

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE DERECHO



**BARRERAS CULTURALES AL DERECHO A LA SALUD DE GESTANTES DEL
HOSPITAL DE LIRCAY II-1**

Tesis para obtener el título profesional de Abogada
presentada por:

Capani Zorrilla, Naomy Isabel

Asesor:

Peña Jumpa, Antonio Alfonso

Lima, 2024

Informe de Similitud

Yo, **Peña Jumba, Antonio Alfonso**, docente de la **Facultad de Derecho** de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada:

BARRERAS CULTURALES AL DERECHO A LA SALUD DE GESTANTES DEL HOSPITAL DE LIRCAY II-1

De la autora:

- **Capani Zorrilla, Naomy Isabel**

Dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **23%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el **28/10/2024**.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 21 de octubre del 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
PEÑA JUMPA, ANTONIO ALFONSO	
DNI: 07427813	Firma: 
ORCID: 0000-0003-1571-0139	

DEDICATORIA

A mi madre, quien me ha apoyado desde el primer día que comencé la universidad, y, aunque no siempre cerca, supo darme el apoyo necesario para enseñarme a ser independiente. A ella se lo debo todo. Asimismo, dedico este trabajo a mí misma, por no claudicar después de tantos años, y por siempre recordar la responsabilidad e importancia del tema que aborda este trabajo.

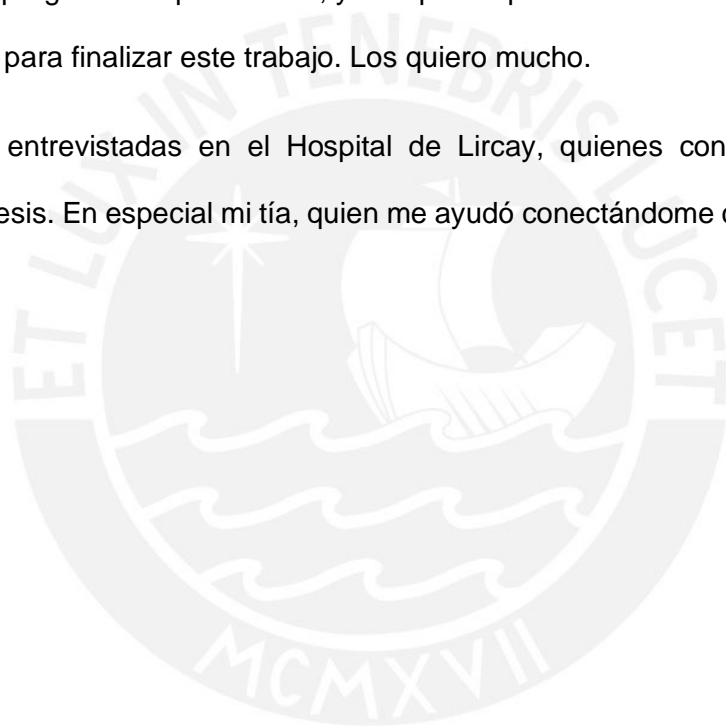


AGRADECIMIENTOS

A mi estimado asesor, el profesor Peña Jumpa, quien siempre me animó a concluir esta investigación, dando de su tiempo y esfuerzo para ayudarme a cumplir este objetivo.

A mis queridas amigas y amigos, en especial a Lucero, Karen, Zarela, Jannet, Mia y Fiorella, que siempre me preguntaban por la tesis, y aunque respetaban mis tiempos, me daban el apoyo necesario para finalizar este trabajo. Los quiero mucho.

A las personas entrevistadas en el Hospital de Lircay, quienes contribuyeron con el contenido de la tesis. En especial mi tía, quien me ayudó conectándome con el personal de salud necesario.



RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de determinar si existen o no barreras culturales al acceso al derecho a la salud de las gestantes en el Hospital de Lircay. La hipótesis de esta investigación plantea la existencia de distintas barreras culturales que se demuestran con la normativa y aplicación de la misma de forma inadecuada para la atención de las gestantes, la carencia de personal médico competente en salud intercultural y la falta de educación en derecho a la salud en las gestantes. Así, esta investigación plantea que las barreras culturales, forman parte del contenido social de esta región del país, pero que se originan en algunos casos desde el gobierno central y desde una visión moderna de la atención médica, que no toma en cuenta la cultura de las comunidades atendidas en este hospital. La metodología que utiliza esta investigación es cualitativa y el método de investigación aplicado fueron las entrevistas semiestructuradas realizadas a diversas obstetras y personal médico del Hospital de Lircay, así como al personal de la Red de Salud, durante los años 2016 y 2017. La conclusión a la que esta investigación, arriba es que, es necesaria a corto plazo la participación del Estado mediante la adecuación de la normativa de salud respecto a la atención de gestantes, además de una correcta capacitación al personal médico y sensibilización de las pacientes. Finalmente, este tipo de investigaciones resulta necesario para entender mejor el desarrollo del derecho a la salud fuera de la centralidad de Lima y repensar las propuestas que parten del gobierno central para dar una adecuada atención intercultural a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	4
Capítulo 1: Marco teórico y normativo: Derecho a la salud y barreras culturales.....	8
1.1 Derecho a la salud como derecho humano y como derecho social-base jurídica	8
1.1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos.....	9
1.1.2. Observación General N° 14 de la Organización de la Naciones Unidas ..	9
1.1.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).....	10
1.1.4. <i>Visión integral del derecho a la salud</i>	14
1.1.5. <i>Pacto San José de Costa Rica y Convención Americana de Derechos Humanos</i>	15
1.1.6. <i>Constitución Política del Perú</i>	16
1.1.7. <i>Problema de la salud internacionalmente</i>	16
1.2 Normativa referida a la atención obstétrica y ginecológica.....	22
1.2.1 <i>Normativa nacional</i>	24
1.2.2 <i>Normativa internacional</i>	25
1.3 Barreras culturales e identidad cultural.....	27
1.3.1 <i>Cultura</i>	27
1.3.2 <i>Identidad</i>	30
1.3.3. <i>Identidad cultural</i>	32
1.3.4 <i>Barreras culturales</i>	34
1.4 Salud intercultural.....	36
1.4.1 <i>Interculturalidad</i>	36
1.4.2 <i>Interculturalidad en salud</i>	39
Capítulo 2: Situación del Hospital de Lircay II-1 -Angaraes-Provincia de Huancavelica.....	47
2.1 Hospital de Lircay y población: centro de referencia de 47 poblaciones.....	47
2.1.1. <i>Ubicación geográfica</i>	48
2.1.2. <i>Pobreza de la población de Lircay</i>	48
2.1.3. <i>Gestantes y mortalidad materna en el Hospital del Lircay</i>	49
2.1.4. <i>Infraestructura y falta de presupuesto</i>	51
2.1.5. <i>Categoría II-1 del Hospital de Lircay- Centro de Referencia Hospitalario</i> ..	52
2.2 Actores: Red de Salud de Lircay y profesionales de la salud.....	56

2.2.1 Red de Salud de Lircay, representante del Ministerio de Salud y Gobierno Regional	56
2.2.2. Profesionales de salud	60
Capítulo 3: Barreras culturales en el derecho a la salud de madres gestantes en el Hospital de Lircay II-1	63
3.1 La normativa inadecuada para la atención de gestantes	64
3.1.1. Resolución Ministerial N°598-2005/MINSA “Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”	65
3.1.2. Resolución Ministerial N°815-2010/MINSA “Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna”	77
3.2 La carencia de personal médico competente en salud intercultural	89
3.2.1. Implementación de salud intercultural en la capacitación del ministerio de salud	93
3.2.2. Problema de comunicación- Necesidad de atención en Quechua	107
3.2.3. Reconocimiento de la medicina tradicional	114
3.3. La falta de educación en derecho a la salud en las gestantes	120
3.3.1. Limitaciones del derecho a la salud en la población de gestantes	120
3.3.2. Acercamiento del derecho de salud para las madres gestantes	123
Capítulo 4: Hacia un derecho a la salud intercultural en Lircay	128
4.1 Sistematización de la experiencia en Lircay	128
4.2. Experiencia comparada en México	135
4.3. Propuesta: adecuación de la normativa sectorial de salud respecto a las gestantes por la Red de Salud de Lircay	140
CONCLUSIONES	150
BIBLIOGRAFÍA O FUENTES DOCUMENTALES	153
Aguirre Beltrán, G. (1980). <i>Programas de salud en la situación intercultural</i> . México, D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.....	153
ANEXOS	161

Introducción

En la actualidad, aún no se puede hablar de un derecho a la salud digno en todo el territorio nacional, y mucho menos en regiones olvidadas como las de la sierra y la selva del Perú. Esto se debe a que, para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, es necesario primero entender y aceptar la diversidad y la identidad cultural de las comunidades donde se va a aplicar dicho derecho. Lamentablemente, la realidad del Perú es adversa a la diversidad de las zonas rurales. La presencia desigual del Estado, especialmente en las zonas rurales más remotas, implica que muchos hogares todavía no tienen acceso a algunos o a todos los servicios básicos, por lo que deben encontrar la manera de abastecerse por sí mismos. Las personas de estas regiones consideran que el acceso deficiente a oportunidades de educación, a los servicios de salud y al sistema de justicia son las manifestaciones más graves de la desigualdad en sus países, como lo reafirma el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021).

Esta realidad se manifiesta en el Perú, donde el 36,1% de la población rural se identifica como quechua (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). La autoidentificación étnica y la percepción que tienen de sí mismos no solo rigen sus prácticas culturales, sino también sus prácticas relacionadas con la salud, la economía y el ámbito social. Por ello, es deber del Estado peruano atender de manera urgente esta problemática, no solo para comprender lo culturalmente distinto, sino también para armonizar estas diferencias con el derecho a la salud. En este escenario se encuentra nuestra población de estudio: mujeres que forman parte de una minoría cultural, en la sierra central del departamento de Huancavelica. Estas mujeres enfrentan una triple vulnerabilidad: por ser mujeres en una sociedad machista, por la falta de reconocimiento de sus creencias y

prácticas culturales respecto a la salud, y, sobre todo, por su estado de gestación, que requiere una atención médica adecuada que vaya más allá de los servicios básicos.

Estas mujeres demandaban no solo normativas y protocolos de salud orientados a prevenir y controlar la mortinatalidad, sino también protocolos de salud que consideren la adecuación y pertinencia cultural durante su implementación, así como personal de salud capacitado en atención intercultural y conocimiento de sus propios derechos. Las investigaciones jurídicas sobre este tema son aún escasas. Si bien existen estudios generales importantes sobre salud e interculturalidad, son limitados los estudios sobre la aplicación del enfoque intercultural y los efectos de su mala o nula implementación en la normativa de salud, especialmente en lo que respecta a la prevención y control de las barreras culturales en las poblaciones de la sierra central de nuestro país. Estas limitaciones evidencian la necesidad de investigaciones cualitativas que permitan identificar actores y factores en la implementación de normativas de salud intercultural, así como otras barreras culturales presentes en la atención a las usuarias.

Es en este vacío de conocimiento donde surge el interés de la presente investigación, la cual tiene como objetivo general “explicar las barreras culturales en el acceso al derecho a la salud de madres gestantes en el hospital de Lircay II-1, ubicado en la región Huancavelica”. Asimismo, se plantearon tres objetivos específicos: 1) analizar las normas que provienen del gobierno central sobre salud de gestantes; 2) analizar la eficacia de las directrices sobre salud para gestantes que se aplican en el hospital de Lircay; y 3) analizar la salud intercultural desde el punto de vista de su aplicación en la normativa específica ya antes identificada. Como marco orientador de la tesis, se plantea la siguiente pregunta principal de investigación: “¿Porqué las normas sobre el derecho a la salud intercultural de gestantes no son efectivas en el hospital de Lircay- Huancavelica?” De manera preliminar, se propuso que “El acceso al derecho a la salud no es efectivo en el hospital de Lircay- Huancavelica, porque existen barreras culturales, las cuales son: la

normativa y directrices inadecuadas para la atención de gestantes, así como una aplicación inadecuada de las mismas, la falta de médicos especialistas en salud intercultural y la falta de educación de las gestantes respecto a sus derechos a la salud”.

Con el fin de comprobar la hipótesis, se llevó a cabo un estudio de caso con una metodología cualitativa, utilizando tanto fuentes de información primarias como secundarias. En cuanto a las fuentes primarias, se realizaron un total de 47 entrevistas semi-estructuradas, dirigidas a dos grupos de actores clave: (i) personal de salud del hospital de Lircay II-1, quienes atienden a gestantes de Lircay y sus anexos, entre otras comunidades; y (ii) gestores públicos de la Red de Salud de Angaraes, quienes trabajan en la parte administrativa del hospital y son el vínculo con el gobierno central en lo referente a las necesidades del establecimiento de salud, entre otros. Estas entrevistas fueron complementadas con observación de campo en el Hospital de Lircay y la perspectiva de la investigadora. A cada entrevistado se le solicitó su consentimiento informado. Para respetar la confidencialidad de la información y de los informantes, en algunos casos se optó por no citar sus nombres completos, utilizando solo sus iniciales, el lugar y la fecha de la entrevista.

En cuanto a las fuentes secundarias, se realizó una revisión documental, incluyendo documentos académicos como libros y tesis sobre salud e interculturalidad, así como normativa internacional y nacional, que abarca leyes, resoluciones ministeriales, marcos normativos, normas técnicas y protocolos de atención a gestantes. Además, se incluyeron informes del sector, como los de la Defensoría del Pueblo sobre avances en salud e interculturalidad, y datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. En el primero se expone la doctrina y normativa relacionada con el derecho a la salud, considerándolo como un derecho humano y social, de acuerdo con diversos organismos internacionales. Asimismo, se presentan los conceptos clave que enmarcan la investigación y que constituyen el problema de las

barreras culturales, tales como: cultura, identidad, identidad cultural y barreras culturales. Finalmente, se aborda la conexión que establece esta investigación entre el derecho a la salud y la cultura, a través de los conceptos de interculturalidad e interculturalidad en salud.

El segundo capítulo aborda la situación del Hospital de Lircay y la población atendida en dicho hospital, así como los actores que influyen en su desarrollo. En la primera parte, se describe brevemente la localidad de Lircay y su población, donde se ubica el hospital objeto de estudio. En la segunda parte, se identifican y describen los actores involucrados en este estudio, como el Ministerio de Salud, el municipio de Lircay y los profesionales de salud. En la tercera parte, se presenta una enumeración, descripción y análisis de la normativa específica relacionada con la atención de gestantes (atención obstétrica y ginecológica).

En el tercer capítulo se examinan y analizan las barreras culturales al acceso a la salud identificadas en la población de Lircay: la normativa inadecuada para la atención de gestantes y la aplicación inadecuada de la misma, la falta de personal médico capacitado en salud intercultural y la carencia de educación sobre el derecho a la salud para las gestantes. Asimismo, se destaca la limitada capacidad de comunicación intercultural, las percepciones de desconfianza hacia el personal y los servicios de salud, el bajo nivel educativo de las pacientes y, finalmente, la escasa capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

En el capítulo final de esta tesis se presenta una síntesis de toda la experiencia vivida en el Hospital de Lircay desde una perspectiva subjetiva y observacional. Además, se recoge la experiencia de México en cuanto a salud intercultural y la atención a gestantes. A continuación, se propone una solución al problema de las barreras culturales en el acceso al derecho a la salud. La tesis concluye con la presentación de las conclusiones obtenidas a partir del estudio, con el objetivo de comprobar la hipótesis inicial sobre la existencia de barreras culturales en el acceso al derecho a la salud, las cuales se evidencian

específicamente en el capítulo 3. Asimismo, busca contribuir al análisis de la aplicación de la salud intercultural y su importancia, no solo en la normativa preexistente, sino también en las prácticas de atención del personal de salud, con el fin de comprender mejor la relación entre las acciones del Estado y el acceso a la salud de poblaciones vulnerables y andinas.

Capítulo 1: Marco Teórico y Normativo: Derecho a la Salud y Barreras Culturales

En el primer capítulo se expone la doctrina y normativa relacionadas con el derecho a la salud, destacándolo como un derecho humano y social según diversos organismos internacionales. Además, se introducen los conceptos clave que enmarcan la investigación y que constituyen el problema de las barreras culturales: cultura, identidad, identidad cultural y, finalmente, barreras culturales. Asimismo, se aborda la conexión que establece esta investigación entre el derecho a la salud y la cultura, a través de la definición de interculturalidad e interculturalidad en salud.

1.1 Derecho a la salud como derecho humano y como derecho social-base jurídica

El derecho a la salud es definido tanto por organismos internacionales como por la doctrina en general. No obstante, para comprenderlo adecuadamente, es necesario primero centrarse en el concepto de salud y, posteriormente, en el de derecho a la salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado integral de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones. El acceso al más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental para cada ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Además, la salud de todas las poblaciones es fundamental para lograr la paz y la seguridad, lo que requiere la cooperación plena tanto de las personas como de los Estados (Organismo Mundial de la Salud, 2006).

Esta definición refleja una concepción holística de la salud, que trasciende la simple ausencia de enfermedad y abarca aspectos físicos, mentales y sociales. Se subraya que el disfrute del máximo nivel de salud posible es un derecho humano fundamental, accesible a

todas las personas sin importar su origen étnico, religión, creencias políticas o situación económica y social. Asimismo, se destaca que la salud de las poblaciones es esencial para alcanzar la paz y la seguridad, y que su logro requiere la cooperación tanto de individuos como de Estados. Por lo tanto, esta concepción de la salud enfatiza la importancia de adoptar un enfoque integral y la necesidad de colaboración global para garantizar el bienestar de todas las personas y comunidades.

Por lo tanto, como se menciona, la salud es un derecho inherente a cualquier ciudadano. Además, no se trata solo de estar libre de enfermedades, sino de alcanzar el más alto nivel de bienestar, de manera equitativa para todos. Entonces, ¿qué sucede cuando la ubicación geográfica determina cómo se garantiza el derecho a la salud de una población? Cuando la atención sanitaria depende de la proximidad a la capital, esto define el grado de abandono que muchos sufrirán, limitando su acceso al nivel óptimo de salud que deberían tener.

1.1.1. Declaración Universal de Derecho Humanos

La existencia y reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano se remonta a 1948, cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos lo establece en su artículo 25.1. En este se señala que cada individuo tiene derecho a un nivel de vida adecuado que garantice tanto su bienestar como el de su familia, lo cual incluye la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales esenciales (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948). Aunque este artículo no señala explícitamente el derecho a la salud como tal, de él se deriva el reconocimiento de la salud como un aspecto fundamental para el desarrollo de la persona. Para la época, esto marcó el inicio de lo que hoy conocemos como los derechos humanos.

1.1.2. Observación General N° 14 de la Organización de la Naciones Unidas

Por otro lado, otros organismos internacionales también han definido este derecho. La Organización de las Naciones Unidas, en su Observación General N° 14, señala que el

derecho a la salud está conectado y depende del ejercicio de varios otros derechos (ONU: Comité de Derechos Económicos, 2000). Como analizaremos más adelante, para lograr un verdadero disfrute del derecho a la salud, es necesario garantizar el acceso a otros derechos, como el derecho a la identidad cultural y a la educación. Tal como mencionamos anteriormente, el derecho a la salud no se reduce simplemente a estar sano o en buen estado de salud, sino que incluye tanto libertades como derechos que facilitan que el individuo alcance el máximo nivel de bienestar posible (ONU: Comité de Derechos Económicos, 2000). Estas libertades y derechos coexisten con diversas realidades que, en muchos casos, condicionan su correcto ejercicio, siendo estas realidades determinantes en la efectividad del derecho a la salud.

1.1.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

Para que surgiera una obligación para los Estados de actuar en favor de la protección de este derecho, fue necesario esperar hasta 1966, con la adopción del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece en su artículo 12:

1. 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.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estado Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesidades para:
 - a) Reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (ONU A. G., 1966, pág. 5)

En este caso, la falta de especificidad no radica en el reconocimiento del derecho, sino en su definición, ya que se le otorga un significado amplio y subjetivo. Esto permitió que los Estados no estuvieran obligados a implementar todas las acciones necesarias para cubrir a toda su población, asegurando únicamente la efectividad de los puntos a), b), c) y d). Sin embargo, no se definió claramente lo que se entiende por "el más alto nivel de salud física y mental". En relación con lo anterior, los Estados están obligados a garantizar la reducción de la mortalidad, lo cual está directamente relacionado con nuestro tema de investigación, ya que la salud de las gestantes en poblaciones rurales también se rige por estas normas de protección. Todas las medidas a favor de este grupo vulnerable tienen como objetivo reducir la tasa de mortalidad e incrementar la institucionalización de los partos.

A menudo asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales, lo cual es correcto, pero el derecho a la salud abarca mucho más. Incluye un amplio conjunto de factores que contribuyen a una vida saludable. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha definido el derecho a la salud como el derecho a acceder a una diversidad de facilidades, recursos, servicios y condiciones indispensables para lograr el mejor nivel de salud posible (ONU: Comité de Derechos Económicos, 2000). Además, ha identificado cuatro componentes esenciales del contenido del derecho a la salud, conocidos como "factores determinantes básicos de la salud":

- a) La disponibilidad la cual implica que el Estado Parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Lo que debe incluir los determinantes básicos de la salud como agua limpia potable y

condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado.

b) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud (6) deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i. **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii. **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.

iii. **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

iv. **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c) **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir

respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (ONU: Comité de Derechos Economicos, 2000, págs. 4-6)

Estos componentes básicos son tan esenciales para el ejercicio del derecho a la salud que la falta de uno de ellos crearía una barrera para su cumplimiento, lo que podría derivar en la vulneración no solo de este derecho, sino también de otros que lo complementan y que son necesarios para el desarrollo integral de la persona. Al analizar cada uno de estos componentes y su relevancia para nuestro objeto de estudio, podemos destacar, por ejemplo, la disponibilidad. Para las poblaciones rurales del Perú, es crucial contar con un número adecuado de establecimientos de salud, lo que implica no solo atención básica, sino que dichos centros cuenten con las herramientas necesarias para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En cuanto a la accesibilidad, es tan importante como los demás principios, ya que determina el acceso al derecho a la salud para las personas en situación de vulnerabilidad e implica que dicho derecho trascienda, adaptándose a la realidad de cada sociedad en la que debe aplicarse. Estos componentes también evidencian la conexión del derecho a la salud con otros derechos, como la educación, la vida, el bienestar familiar y la identidad cultural. Un ejemplo de esto es la aceptabilidad, que exige que los servicios de salud respeten la cultura del usuario, y, por tanto, su identidad cultural. Por lo tanto, es relevante tener en cuenta que, como afirman Corcuera et al. (2006), los principios fundamentales del derecho a la salud, al igual que en todos los derechos humanos, incluyen su obligatoriedad,

la no discriminación, la equidad, el avance progresivo en su realización, la participación genuina de la población, la accesibilidad, la igualdad y la gratuidad. Corcuera et al (2006) reafirma algunos de los factores determinantes básicos de la salud establecidos por el Comité de Derechos Humanos de la ONU y, además, establece una conexión entre el derecho a la salud y otros derechos humanos que son esenciales para su desarrollo. En particular, destaca factores fundamentales que deben ser igualmente garantizados al hablar del derecho a la salud.

Esto coincide con lo establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aunque resaltando algunos aspectos que merecen mayor atención por su relevancia. Entre ellos, la participación de la población, ya que esta contribuye al desarrollo del derecho y facilita su aceptación por parte de la sociedad, lo que a su vez simplifica su cumplimiento. Asimismo, el concepto de progreso adecuado en su implementación se refiere a las mejoras y al desarrollo integral del derecho, abarcando todas sus etapas, desde la admisión de un paciente hasta su alta.

1.1.4. Visión integral del derecho a la Salud

En línea con lo señalado previamente por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Paul Hunt (2003), plantea que el derecho a la salud abarca tres consideraciones: primero, es un derecho incluyente, ya que no solo implica la atención oportuna y adecuada, sino también los factores subyacentes a la salud, como el acceso a la educación e información adecuada sobre salud sexual y reproductiva. Segundo, debe entenderse como la posibilidad de acceder a los establecimientos, bienes y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Tercero, los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes, deben ser accesibles, aceptables, de buena calidad y estar disponibles para todos.

Como ya hemos señalado, el derecho a la salud va más allá de simplemente estar sano. Se define por una serie de factores, incluyendo otros derechos que deben ser garantizados de manera conjunta para asegurar un verdadero acceso. No se trata solo de recibir atención médica, sino también de aspectos como la educación y el derecho a ser debidamente informado. Cumplir con el derecho a la salud no implica únicamente brindar atención al paciente, sino que los establecimientos deben ser de alta calidad y ofrecer las mejores condiciones posibles. Todos estos elementos forman parte integral del derecho a la salud.

1.1.5. Pacto San José de Costa Rica y Convención Americana de Derechos Humanos

Asimismo, en el sistema interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, también conocida como el Pacto de San José de Costa Rica de 1978, menciona de manera general los derechos económicos, sociales y culturales en su artículo 26. Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos de 1988, en su artículo 10, establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y a adoptar medidas como la atención primaria de la salud, entendida como la asistencia sanitaria esencial accesible para todos los individuos y familias de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos bajo la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, ocupacionales y de otro tipo; la educación de la población en la prevención y tratamiento de problemas de salud; y la atención a las necesidades de salud de los grupos más vulnerables y en mayor riesgo, especialmente aquellos afectados por condiciones de pobreza (OEA, 1988).

En este instrumento, el significado del derecho a la salud no se expresa de manera completamente clara. No obstante, se mencionan las medidas necesarias para garantizarlo,

las cuales coinciden con los cuatro componentes del derecho previamente señalados y establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para este instrumento internacional, es fundamental satisfacer las necesidades de salud de los grupos más vulnerables, como las gestantes, especialmente cuando su situación de pobreza y/o analfabetismo las hace aún más susceptibles.

1.1.6. Constitución Política del Perú

En el caso de Perú, la Constitución vigente de 1993 aún no ha incorporado adecuadamente las definiciones acordadas por el Estado peruano en relación con los pactos internacionales firmados, y ha eliminado el concepto de integralidad. El Estado no ha cumplido con su obligación de avanzar progresivamente en las normas constitucionales, las cuales no alcanzan los estándares internacionales ni están alineadas con las recomendaciones del Relator de Derechos a la Salud de la ONU. Sin embargo, el Estado ha reconocido el derecho a la salud como un derecho social en la Constitución Política del Perú, según el artículo 7, donde se establece que es el Estado quien garantiza este derecho y gestiona el sistema de salud (artículos 9 y 11) (Constitución Política del Perú, 1993), esto pone de manifiesto que es responsabilidad del Estado proteger el derecho a la salud, especialmente en poblaciones vulnerables como niños, ancianos y mujeres.

1.1.7. Problema de la salud internacionalmente

En la actualidad, se entiende que todos los derechos fundamentales —civiles, políticos y sociales— consagrados en la constitución son derechos subjetivos y, por lo tanto, gozan de fuerza normativa derivada de su configuración general o específica establecida por el poder constituyente en el texto constitucional, lo que los convierte en obligaciones de cumplimiento para el Estado (Abramovich, 2009). Esto deja atrás la creencia de que los derechos sociales son de segunda categoría, ya que, al igual que otros derechos, merecen

el mismo respeto y esfuerzo por parte del Estado para su cumplimiento, requiriendo, incluso, un mayor esfuerzo para su efectiva implementación.

Por supuesto, cuando se habla del esfuerzo del Estado, no nos referimos únicamente a la creación de normas que promuevan un entorno en el que el derecho a la salud se desarrolle con normalidad, sino a que estas normas se reflejen en una ejecución adecuada. El Estado puede redactar muchas leyes interculturales, pero si no se corresponden con la realidad, estas terminan quedándose en el papel, como un simple cumplimiento formal de los tratados internacionales para aparentar ante otros países u organismos con los que el Estado peruano se ha comprometido. Como señala Pisarello (2001), a veces, los derechos se restringen a derechos sociales fundamentales que se limitan a ser una responsabilidad de las políticas públicas del Estado, con una estructura normativa cuestionable y sin posibilidad de exigirlos judicialmente.

1.1.8. Problema de la salud en el Perú

A pesar de los compromisos legales y políticos asumidos por Perú, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática y el Ministerio de Salud respecto a la atención prenatal, solo el 60.1% de las mujeres en el área rural fueron atendidas por obstetras, y apenas el 17.1% por médicos. Además, en las áreas rurales del interior del país, las enfermeras tuvieron una mayor participación, alcanzando el 11.7% en las zonas rurales y el 9.4% en la región de la Sierra (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013). Estas cifras son alarmantes en el contexto de la salud, ya que indican que solo el 17.1% de las mujeres recibió atención prenatal de un médico.

Por otro lado, en cuanto al ámbito geográfico, es relevante el caso de Huancavelica, donde el porcentaje de partos en establecimientos de salud aumentó considerablemente, pasando del 67.4% en 2009 al 88.7% en 2013 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013). Sin embargo, esto sigue siendo preocupante, ya que aún existe un porcentaje superior al 10% de madres que no

dan a luz en centros médicos, ya sea porque no tienen acceso a establecimientos cercanos o, en caso de tenerlos, estos no pueden brindarles la atención adecuada para garantizar su cuidado y acceso al derecho a la salud.

La Ley del Ministerio de Salud (Ley 27657, del 29 de enero de 2002) establece que las finalidades del MINSA se llevan a cabo respetando plenamente los derechos fundamentales de la persona, desde el momento de su concepción hasta su fallecimiento (Ministerio de Salud, 2002). Entre sus competencias se incluyen el análisis, desarrollo y evaluación de las políticas públicas de salud, junto con la promoción de la cultura sanitaria, la educación y la difusión de información sobre salud a la población (Ministerio de Salud, 2002). Asimismo, el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud (D.S. 013-2022-SA, del 22 de noviembre de 2002) fija como objetivos estratégicos la reducción de la mortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles (Ministerio de Salud, 2002).

Para el Estado, la salud es una obligación jurídica de realización progresiva, mientras que para el ciudadano es un derecho subjetivo de aplicación inmediata. Esta discrepancia en la forma de abordar el derecho a la salud provoca tensiones entre el Estado y los ciudadanos, ya que, mientras el Estado se restringe a ejecutar políticas de salud conforme a los recursos presupuestarios, los ciudadanos demandan que se cumpla plenamente con este derecho (Centro de Asesoría Laboral, 2008). Esta es una problemática constante para el Estado: aunque para algunos funcionarios la asignación presupuestaria parece resolver todos los problemas, en realidad no soluciona los desafíos reales que enfrentan las poblaciones rurales en el acceso a la salud. Muchas veces, una asignación presupuestaria genera más puestos de trabajo y normativas relacionadas con la adecuación intercultural, pero no garantiza que los mejores profesionales ocupen esos puestos, ni que dichas normativas se apliquen correctamente o sean efectivas en los contextos en los que deben implementarse.

Los esfuerzos del Estado han permitido que la salud llegue a más personas, al transformar el sistema de prestación de servicios de salud en uno más flexible, donde la salud se percibe como un producto accesible a través de entidades privadas, graduado según las necesidades, la oferta y la demanda del mercado. Esto ha hecho que el sistema sea más asequible para muchas personas. Sin embargo, en el proceso, se ha dejado de lado a aquellos que, incluso con este nuevo modelo, no cuentan con los recursos suficientes para acceder a un nivel básico de atención. Esto se refleja en que, en los últimos quince años, las reformas en el sector salud no han estado enfocadas en asegurar el derecho a la salud para toda la población, sino en transformar el sistema de prestación de servicios en una manifestación del mercado, priorizando su eficiencia y eficacia (Conferencia Nacional de Salud, 2003).

Sin embargo, el órgano de interpretación de la Constitución, el Tribunal Constitucional, ha establecido que, aunque los derechos sociales no conllevan prestaciones concretas por sí solos, ya que dependen de los recursos que el Estado tenga disponibles, esto no excusa la inacción del Estado, ya que tal inacción constituiría una omisión inconstitucional (Alvitez, 2004). Esto significa que, aunque el cumplimiento de las obligaciones del Estado en relación con el derecho a la salud sea progresivo y tenga una proyección a largo plazo, no se justifica la dejadez o inacción por parte del Estado. Si existe una carencia en el acceso o en el ejercicio del derecho a la salud, de acuerdo con los marcos establecidos por organismos internacionales que el Estado peruano ha suscrito, es necesario un esfuerzo constante y continuo por parte del Estado para su implementación, de lo contrario, se incurriría en una omisión inconstitucional.

Asimismo, el Tribunal Constitucional ha precisado en diversas sentencias el alcance del derecho a la salud y su exigibilidad al Estado. El Tribunal ha establecido que estos servicios deben brindarse de manera integral, lo que implica ofrecer prestaciones que incluyan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, garantizando

condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad tanto física como económica, como elementos esenciales de la atención sanitaria.

Por ello, es fundamental establecer la importancia del concepto integral de salud, que va más allá de un simple estado de bienestar, abarcando el aseguramiento del acceso a este derecho y las condiciones necesarias para que se otorgue de manera efectiva. Esto se reafirma en la siguiente cita: La preservación del estado de salud, como parte del derecho constitucional a la salud, incluye el derecho de acceso y disfrute de los servicios de salud. No es posible conservar la salud sin acceso y disfrute de las prestaciones correspondientes. Por lo tanto, el acceso y disfrute de estos servicios forman parte del ámbito de protección del derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso, una restricción injustificada de los servicios, una interrupción en su disfrute o una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación constituyen violaciones al derecho constitucional a la salud (Tribunal Constitucional: 2005).

En concordancia con lo anterior, Chiarotti (2003) señala que el inconveniente radica en que la obligación de tomar medidas es algo flexible, y los Estados han pasado por alto que, aunque los derechos debían alcanzarse de forma progresiva, el objetivo debía cumplirse en un plazo relativamente corto tras la entrada en vigor del pacto. Los Estados no pueden tomarse un tiempo indefinido para garantizar que su población goce del derecho a la salud, ya que esto resulta totalmente irrazonable. Por esta razón, debería existir algún tipo de control, como ha intentado hacerlo el Tribunal Constitucional, que ha actuado contra el Estado al detectar que un usuario de los servicios de salud ha sido gravemente desatendido, lesionando gravemente su derecho a la salud. Esto es especialmente importante cuando se trata de poblaciones vulnerables o en condiciones de pobreza o extrema pobreza.

Como se detalla a continuación en relación con la noción de progresividad de los derechos sociales, como es el caso del derecho a la salud, se puede afirmar lo siguiente:

es fundamental subrayar que la progresividad en la realización de los derechos económicos, sociales y culturales no debe servir como pretexto para que los Estados pospongan las acciones necesarias para asegurar estos derechos. Por el contrario, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas que garanticen su cumplimiento, lo que implica asegurar la efectividad del derecho y ampliar su alcance a toda la población, especialmente a los sectores más vulnerables. En cuanto al derecho a la salud, existen elementos esenciales que no están sujetos al principio de progresividad y, por lo tanto, deben ser garantizados de manera inmediata. Estos componentes pueden interpretarse como los aspectos fundamentales del derecho, tal como lo ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Centro de Asesoría Laboral, 2008)

Existen componentes básicos del derecho a la salud que no deben implementarse de manera progresiva, sino que deben ser garantizados de forma inmediata, como se describió de manera específica en párrafos anteriores. Sin embargo, estos cinco elementos no se cumplen en la realidad, ya que el Estado ha dejado en el abandono y el olvido a las poblaciones vulnerables que se encuentran alejadas de la capital, como las de la zona amazónica y andina de nuestro país.

Finalmente, la actuación del Estado, sea progresiva o no, define cómo se desarrollará el derecho a la salud en su población, ya sea conforme o no a lo establecido por los organismos internacionales, nuestra Constitución y el Tribunal Constitucional. Esto da lugar a otras preocupaciones que surgen en el ejercicio del derecho a la salud, tales como la atención, el trato en el servicio y la no discriminación, aspectos fundamentales para nuestra población de estudio. Como señala Corcuera et al. (2006), se identificaron cinco categorías clave del derecho a la salud relevantes para el estudio: a) el acceso a los servicios de atención, destacando la importancia de garantizar las condiciones iniciales para la consulta y el tratamiento, b) la relación entre el prestador de salud y el usuario, incluyendo

el trato adecuado y conforme a las normas de atención, y c) la ausencia de discriminación por género o edad.

Esto implica considerar a los pacientes más allá del simple cumplimiento de las normas, interesarse en hacer efectivo el derecho y su implementación. Es fundamental ponerse en el lugar de los usuarios de los servicios de salud e intentar cerrar la brecha que existe entre el Estado y su población. No se trata solo de abordar los problemas urgentes de salud pública, sino también de garantizar un nivel básico de atención para toda la población.

1.2 Normativa referida a la atención obstétrica y ginecológica

Para los fines de esta investigación, el enfoque estará en la atención obstétrica y ginecológica, que abarca el cuidado de la salud desde el inicio de la gestación hasta su término. Dado que nuestra población de estudio son mujeres gestantes, es fundamental comprender la necesidad de regular el ámbito de la salud obstétrica y ginecológica. Esta necesidad surge a partir de las alarmantes cifras de mortalidad materna y la importancia de promover los partos institucionalizados. Como se destaca en la siguiente cita: la cantidad de mujeres que fallecen debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores disminuyó en un 64.9% entre los periodos 1990-1996 y 2004-2010, reduciéndose de 265 a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. No obstante, esta cifra sigue estando por encima de la meta establecida para el año 2030 (70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos).

En el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud calificados aumentó en 61.1 puntos porcentuales, pasando del 18.7% al 79.8%, mientras que en el área urbana creció en 24.1 puntos porcentuales (del 74.4% al 98.5%). En los últimos cinco años, el incremento en el área rural fue de 8.5 puntos porcentuales y en el área urbana de 1.2 puntos porcentuales. Además, en los últimos 18 años (2000-2018), este

aumento fue de 51.1 puntos porcentuales en el área rural y 13.5 puntos porcentuales en el área urbana (INEI, 2018)

Los datos sobre mortalidad materna no mienten al evidenciar el mayor riesgo que implica nacer, vivir y formar una familia en una zona rural, ya sea en la sierra o en la selva. Por lo tanto, este hecho debería despertar el interés de nuestras autoridades para comprender esta problemática y esforzarse en mejorar la normativa destinada a abordar estas situaciones. El lugar de nacimiento no debería representar un riesgo potencial de perder la vida, ni debería, bajo ninguna circunstancia, poner en peligro la salud de ninguna persona, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad, como las gestantes. Cabe destacar que la mayoría de nuestra población de estudio está compuesta por gestantes jóvenes o adolescentes, lo que incrementa las complicaciones en los partos y eleva el riesgo de mortalidad durante el embarazo.

La necesidad de institucionalizar los partos surge a partir de las alarmantes cifras de mortalidad materna. En el año 2000, el 53% de los casos de mortalidad materna ocurría en el domicilio y el 41% en un establecimiento de salud, lo que representa un riesgo prevenible que el Estado debería abordar. Estas cifras reflejan la realidad de muchas zonas donde los establecimientos de salud son lejanos o carecen de la capacidad necesaria para atender complicaciones. Para el año 2022, la mortalidad materna en el domicilio se redujo al 17.8% y la que ocurre durante el trayecto hacia el establecimiento fue de 13.6%. Sin embargo, la cifra de mortalidad en establecimientos de salud del MINSA sigue siendo preocupante, manteniéndose en un 53.8% (Centro Nacional de Epidemiología, 2024)

Esta problemática implica una necesidad urgente que debe ser atendida por el Estado mediante políticas públicas o normativas que reduzcan o prevengan el aumento de la mortalidad materna. Es fundamental comprender por qué el número de partos en el domicilio sigue siendo significativo y abordar el factor geográfico, así como la lejanía de los establecimientos de salud capacitados para manejar partos complicados. En vista de lo

expuesto, procederemos a revisar la normativa relacionada con nuestra población de estudio, las gestantes, que reafirma sus derechos y les garantiza un estándar de protección tanto a nivel nacional como internacional. Esta normativa es importante no solo porque condiciona el acceso de las gestantes al derecho a la salud, sino también porque regula la actuación de los diferentes actores que acompañan y son determinantes en la garantía de este derecho.

1.2.1 Normativa nacional

Comenzando por las normas que, aunque de manera general, podrían referirse a la atención obstétrica y ginecológica, la Ley General de Salud (Ley 26842 del 20 de julio de 1997) establece lo siguiente: toda persona tiene un derecho irrenunciable a la protección de la salud, incluyendo al concebido como sujeto de este derecho en el ámbito de la salud. Asimismo, se señala el deber del Estado de promover un aseguramiento universal y progresivo para toda la población. Además, la ley garantiza a todas las personas el derecho a recibir atención médico-quirúrgica de emergencia en cualquier establecimiento de salud cuando lo necesiten, siempre y cuando persista un riesgo grave para su vida o salud. La jurisprudencia también respalda la protección del derecho a la salud (Ministerio de Salud, 1997).

La preocupación del Estado por la salud, tal como se menciona en la Ley del Ministerio de Salud, debería reflejarse en la realidad, especialmente mediante un esfuerzo consciente para educar a los usuarios de los servicios de salud sobre sus derechos. Si los objetivos estratégicos del Estado incluyen la reducción de la mortalidad materna, resulta fundamental preguntarse cómo se logrará este objetivo si las poblaciones más vulnerables no conocen sus derechos ni tienen las herramientas necesarias para acceder a ellos. Las

limitaciones no solo provienen de los actores que deberían facilitar el ejercicio de este derecho, sino también de la infraestructura, que a menudo carece de comodidades sanitarias y recursos básicos. Esto nos lleva a concluir que, en un entorno carente de servicios básicos y con una población ignorante de sus derechos, el derecho a la salud es uno de los últimos en recibir prioridad en las mejoras realizadas por el Estado. Esta situación es contraria a la intención de estas normas e incluso contradictoria al analizar la realidad.

En el Reglamento de Organización y Funciones del SIS (D.S. 009-2002-SA), se destacan entre sus objetivos el desarrollo de un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para mejorar la salud de la población, así como el fomento de un acceso equitativo para toda la población, especialmente para los grupos vulnerables y aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza o pobreza extrema (Ministerio de Salud, 2002).

La normativa y la jurisprudencia no tienen en cuenta la desventaja histórica de las mujeres en la búsqueda de su derecho a la salud. En su mayoría, estas mujeres carecen de un seguro de salud debido a las labores que realizan en el hogar. Por esta razón, la implementación del SIS es crucial para reducir, aunque sea parcialmente, la brecha de inequidad en salud que enfrentan las mujeres al no contar con un seguro de salud.

1.2.2 Normativa Internacional

Por otro lado, la Observación General N.º 14 sobre el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva aborda la disminución de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, así como el desarrollo saludable de los niños. Esto implica la necesidad de implementar medidas que mejoren la salud materna e infantil, lo que incluye facilitar el acceso a la planificación familiar, atención prenatal, atención durante el parto y el posparto, así como atención obstétrica de emergencia y proporcionar acceso a información que permita a las personas tomar decisiones informadas (ONU: Comité de Derechos Económicos, 2000).

Lo que concierne a este estudio es el acceso a la atención prenatal, así como a la planificación familiar y la atención obstétrica, ya que son en estas etapas donde más se acentúan las barreras culturales al acceso a la salud de las gestantes. Por ello, es importante reconocer los avances normativos y las experiencias con gestantes en países que están más avanzados en el desarrollo de derechos para este grupo vulnerable. En la Convención sobre los Derechos del Niño, en su segundo párrafo, se establece que los Estados Parte garantizarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas adecuadas para asegurar una atención sanitaria apropiada para las madres durante el embarazo, el parto y el posparto (ONU: Asamblea General, 1989).

De manera similar, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12, establece que los Estados Parte deberán adoptar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación hacia la mujer en el ámbito de la atención médica, asegurando condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. En el párrafo 2, se especifica que los Estados Parte garantizarán a las mujeres servicios adecuados relacionados con el embarazo, el parto y el posparto, proporcionando estos servicios de forma gratuita cuando sea necesario, así como asegurando una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (ONU C. , 1979).

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su Artículo 10, Inciso H, destaca la importancia del acceso a material informativo que contribuya al derecho a la salud. En su Artículo 11, Numeral 1, Inciso F, se menciona el derecho a la protección de la salud y la seguridad en las condiciones de trabajo, incluyendo la salvaguarda de la función reproductiva y la protección de la salud. Además, en el Artículo 14, se establece que los Estados Parte considerarán los problemas específicos que enfrenta la mujer rural y el papel crucial que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluyendo su trabajo en los sectores no monetarios de la economía. Asimismo, se señala que tomarán todas las

medidas necesarias para garantizar la implementación de las disposiciones de esta Convención para las mujeres en las áreas rurales. Los Estados Parte también adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en las zonas rurales, con el objetivo de asegurar su participación, en condiciones de igualdad con los hombres, en el desarrollo rural y en los beneficios que este genera (ONU C. , 1979)

De otro lado, también es necesario ver las experiencias mas específicas en cuando a normativa y directrices en atención al acceso de salud de las gestantes en otros estados, que han pasado por la misma experiencia que nosotros o mejor aún que están mucho más avanzados en salud intercultural en gestantes, como lo veremos posteriormente con la experiencia de México. Con su “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” implementado, logran con esfuerzo el alcance del derecho a la salud a gestantes indígenas de su país.

Finalmente, la identificación de la normativa que regula específicamente la atención de las gestantes en el ámbito de la salud requiere una comprensión tanto general como específica de la cultura de la población usuaria, que será fundamental en este contexto. También es necesario considerar los conceptos de identidad, identidad cultural y barreras culturales para fortalecer las políticas públicas y normativas, asegurando un desarrollo adecuado del derecho a la salud de las poblaciones en el interior del país, especialmente de las gestantes. Por lo tanto, en el siguiente subcapítulo, describiremos cada uno de estos conceptos y su relevancia en la aplicación por parte del Estado.

1.3 Barreras culturales e identidad cultural

Para desarrollar los conceptos de barreras culturales e identidad cultural, es importante primero abordar dos conceptos clave: cultura e identidad. Tras una breve explicación de estos términos, nos enfocaremos en los conceptos de barreras culturales e identidad cultural.

1.3.1 Cultura

El concepto de barrera cultural se origina en el concepto de cultura, que según Albó (2000), se define como el conjunto de características que son compartidas y transmitidas por un grupo humano específico, que ayudan a estructurar su estilo de vida, a otorgarles identidad y a distinguirlos de otros grupos humanos. Esto se refiere a un conjunto de elementos compartidos entre los miembros de un grupo humano, como podría ser el caso de una comunidad rural donde se comparten creencias, costumbres y tipos de cosmovisión en relación con el cuidado de la naturaleza y de las personas.

Según la UNESCO (1982), la cultura se define como el conjunto de características distintivas, tanto espirituales como materiales y afectivas, que definen a una sociedad o grupo social. La cultura incluye, además de las artes y la literatura, los estilos de vida, los derechos fundamentales de las personas, así como los sistemas de valores, creencias y tradiciones. Esto nos lleva a concluir que la cultura comprende, de manera amplia, un conjunto de acciones o prácticas que son propias de un grupo social, que los identifica y que pueden ser transmitidas a otros a lo largo del tiempo y a través de su uso.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2008), la cultura abarca valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones que se han internalizado, así como manifestaciones o expresiones específicas que son adoptadas y, en gran medida, compartidas por un grupo de personas. A partir de este concepto, se puede destacar que para comprender el significado de cultura es necesario asimilar los valores, hábitos y percepciones que son internalizados y compartidos dentro de un grupo. Esto implica que, si un grupo de personas crece y se desarrolla creyendo que las atenciones durante el parto deben realizarse de manera natural y sin la intervención de la medicina moderna, o que diferentes tipos de enfermedades pueden ser tratadas con medicina tradicional, estas creencias deben ser reconocidas como parte de su cultura y respetadas en consecuencia.

Por lo tanto, es deber del Estado comprender estos temas antes de imponerlos de manera directa u obligatoria a una institucionalidad que niega y desprecia este tipo de

conductas. Es fundamental respetar las diversas culturas, así como sus creencias y la manera en que se desarrollan dentro de una comunidad o grupo social, para poder comprenderlas y acercarlas a la medicina moderna. Cuando se actúa de otra manera, sin educación o comprensión hacia las partes involucradas, se generan barreras culturales.

Según Peña (2004), el concepto de cultura se define como el conjunto de características relacionadas con sus interacciones sociales, económicas, sentimentales y con cualquier otra categoría de relaciones, ya sea política, psicológica, técnica, entre otras. Como señala el autor, el concepto de cultura emerge cuando las personas interactúan, lo que genera conductas que perduran a lo largo del tiempo. Estas conductas son llevadas a cabo por un mismo grupo humano, como las prácticas relacionadas con la salud en general, o, más específicamente, los procedimientos utilizados para atender una enfermedad o un parto.

Esto coincide con lo señalado en el Manual de Sensibilización, que define la cultura como un complejo dinámico de conocimientos, creencias, costumbres y prácticas que se aprenden y se transmiten a través de la interacción entre individuos, de generación en generación, y que son el resultado de una construcción social. Es decir, la cultura se forma a través de las interacciones con los demás, en un contexto social, y es compartida por un grupo de personas (Salud Sin Límites Perú y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011). Como hemos establecido anteriormente, la cultura es algo que se desarrolla en comunidad, entre un grupo de personas que socializan y establecen prácticas comunes para llevar a cabo diversas acciones, las cuales se mantienen a lo largo del tiempo, permitiendo que estas prácticas identifiquen a la comunidad.

Así, la cultura es tan importante para una sociedad como lo es para cada uno de sus miembros, ya que define sus prácticas colectivas y su permanencia dentro de un grupo, diferenciándolos de otros. Esto permite que una comunidad sea reconocida como única e incomparable frente a las demás. Finalmente, se crea una identidad entre los miembros del

grupo que comparten las mismas prácticas, lo que hace esencial que el Estado reconozca esta realidad al legislar sobre el derecho a la salud y otros aspectos.

1.3.2 Identidad

La identidad es la suma de todas las cualidades, creencias, personalidades, apariencias y formas de expresión de un individuo (Akhtar, 2021). Esta definición de identidad trasciende a la persona o al grupo y se establece en relación con otros individuos o grupos. No es posible ser consciente de nuestras diferencias si no nos comparamos con un "otro" del que somos distintos. Así, dado que la identidad diferencia a una persona de las demás, así como a un grupo de otro, cuando hablamos de identidad cultural nos referimos a aquello que comparte un grupo y que lo distingue de otro, lo cual, en este contexto, sería su cultura.

La concepción moderna del derecho a la identidad reconoce una doble dimensión: estática y dinámica. La identidad estática o primaria, comúnmente llamada "identificación", se refiere principalmente a la identificación física, biológica o registral de una persona. Esto incluye elementos como el nombre, el seudónimo, la imagen, el sexo, el lugar y la fecha de nacimiento, las huellas dactilares, la filiación y la nacionalidad, entre otros (Delgado, 2016). Sin embargo, para este trabajo, no es relevante el concepto de identidad estática, sino el de identidad dinámica. Esta última trasciende la estática y se refiere a la "verdad personal o proyecto de vida" de cada individuo, que se manifiesta a través de su "proyección social". La identidad personal, que se expresa socialmente, es dinámica; se enriquece de forma continua, puede elevarse o degradarse, y experimenta progreso, involución y cambios. Esta identidad abarca todo lo que el ser humano realiza en su vida y en relación con ella (Fernández, 1992).

Este concepto de identidad también se refiere a actitudes y elementos que la trascienden y que pueden ser compartidos dentro de un grupo o una comunidad determinada, como el idioma, la cosmovisión, entre otros. Además, dado que esta identidad

está en constante cambio, crecimiento y evolución, genera un matiz dinámico que la caracteriza, ya que las relaciones entre los miembros de una sociedad van cambiando con el tiempo.

Asimismo, la identidad es una construcción dialógica, lo que significa que se forma en la relación con otras personas a través de una constante comparación del “yo soy” en relación con “el otro”, así como entre la identificación y la diferenciación, la pertenencia y la diferencia, y entre la “mismoidad” (perteneciente al mismo grupo) y la “otredad” (perteneciente a otro grupo) (Guerrero, 2002). La construcción de la identidad refleja la singularidad de cada individuo, pero también une y permite la pertenencia a un grupo que comparte ciertas características comunes. El reconocimiento de la otredad, es decir, de las distintas identidades de otros grupos humanos, genera relaciones interculturales que deben ser comprendidas, respetadas e impulsadas por el Estado.

1.3.2.1 Discriminación y Racismo

La discriminación es cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferencial que se base directa o indirectamente por motivos prohibidos de discriminación y que tenga la intención o el efecto de anular o perjudicar el reconocimiento, el disfrute o el ejercicio, en igualdad de condiciones, de derechos humanos y libertades fundamentales en el ámbito político, económico, social, cultural o de cualquier otro campo de la vida pública (ONU:2019). Asimismo, también es un fenómeno social que alude al trato diferenciado hacia determinadas personas o grupos sociales por motivos étnicos, raciales, religiosos, de género, de edad, de origen social u otro; trato que supone el menoscabo de sus derechos y sus posibilidades de desarrollo y que por lo general se basa en prejuicios y una subvaloración de su condición y sus capacidades (Valdivia:2010).

Este fenómeno resulta relevante dado que podría estar presente dentro del presente trabajo, ya que algunas conductas realizadas por los profesionales médicos y tanto por el estado, podrían encajar dentro de la definición antes establecida.

De otro lado, el racismo se puede definir como una forma de etnocentrismo extremo y universal, que clasifica a las personas y a las comunidades en virtud de sus atributos físicos, de sus religiones, de sus culturas, y las asocia a algunos rasgos morales e intelectuales de exclusión y de inferiorización, en particular en periodos de crisis (Villasante 2019: 43). Al respecto, este significado cobra importancia entre la tensa relación que posteriormente veremos tejer entre los profesionales de salud y las gestantes, sin bien esta discusión se encuentra soslayada en este estudio por el eje central “barreras culturales”, debemos prestarle atención para futuras investigaciones.

1.3.3. Identidad cultural

Dado que la identidad se construye a través de las acciones de los miembros de una comunidad y las relaciones entre comunidades, y considerando que la cultura es un factor que no solo identifica a un grupo social, sino también a un individuo como parte de ese grupo, al intentar definir el concepto de identidad cultural mediante la combinación de estos dos elementos, se puede llegar a una comprensión más clara de la identidad cultural. Como señala Peña (2004), este concepto abarca el sentido y la experiencia de un grupo humano o social, que involucran un conjunto de rasgos compartidos y transmitidos que estructuran su forma y estilo de vida. Esto incluye: actuar de acuerdo con el sentido del grupo, que reúne intereses y valores; actuar en función de la experiencia del grupo, que abarca hechos y su historia; la existencia de rasgos "totales" basados en ese sentido y experiencia compartidos; y la capacidad de estos rasgos para organizar o definir un estilo de vida en el grupo humano o social.

El concepto mencionado indica que la identidad cultural se refleja en los rasgos compartidos entre un grupo humano, así como en la forma de actuar de acuerdo con esos rasgos y en su transmisión, los cuales son parte de un estilo de vida. Además, la identidad cultural ha sido conceptualizada como el conjunto de referencias culturales a través del cual una persona o un grupo se identifica, se expresa y busca ser reconocido; abarca las

libertades inherentes a la dignidad humana e incorpora, en un proceso continuo, la diversidad cultural, lo específico y lo universal, así como la memoria y el propósito (UNESCO, 1997). También se define como un conjunto de maneras de generar y comunicar significados simbólicos que definen a un grupo social y que les facilitan la autoidentificación y el reconocimiento por parte de los demás (Villoro, 1996). Esto supone la protección de los valores y prácticas sociales y religiosas, así como de los mecanismos o formas de resolución de conflictos propios de esos pueblos (Gonzales, 1996). Lo importante es que la identidad cultural implica que en un grupo humano se comparten características que permiten diferenciarlo de otros. El derecho, por su parte, consiste en reconocer estas características para que sean respetadas como parte de la diversidad de esa comunidad en relación con otras.

De lo anterior, podemos concluir que el derecho a la identidad cultural se basa en el derecho de todo grupo étnico-cultural y de sus miembros a pertenecer a una cultura específica y ser reconocidos como diferentes. Esto abarca la preservación de su propia cultura y patrimonio, tanto tangible como intangible, así como el derecho a no ser obligados a adoptar una cultura distinta o a ser asimilados de manera involuntaria por ella (Ruiz Chiriboga, 2006). Además, se puede afirmar que la identidad cultural tiene una dimensión dinámica que se construye a través de la transformación de la cultura a lo largo del tiempo y de las interacciones entre los miembros que la comparten. Las tradiciones no son estáticas, sino que se desarrollan y se adaptan cuando entran en conflicto con otras culturas (Koonings y Silva, 1999). Tanto Ruiz como Koonings sintetizan el concepto de identidad cultural y el dinamismo que se genera dentro de este concepto y su ejercicio como derecho.

Según Guerra (2005), los integrantes de los pueblos tienen el derecho de conservar un estilo de vida que represente su identidad cultural; sin embargo, esto puede entrar en conflicto con la posibilidad de acceder a los recursos que faciliten su desarrollo personal y su papel como agentes morales con capacidad de decisión autónoma. En estos casos, el

Estado está legitimado para confrontar esta contradicción y buscar una solución, ya que dicha contradicción genera barreras entre la identidad cultural y el acceso a los derechos, lo que impide que las personas desarrollen su identidad cultural en consonancia con el ejercicio legítimo de su derecho a la salud. Por lo tanto, es necesario definir el concepto de barreras culturales, ya que estas representan una gran limitación para el acceso al derecho a la salud.

1.3.4 Barreras culturales

Las barreras culturales están determinadas por las diferencias entre la cultura del "proveedor" y la cultura o "culturas" de los usuarios de los servicios, lo que restringe y/o complica el acceso efectivo de estos últimos a dichos servicios. En términos generales, estas barreras han recibido escasa atención y tratamiento. Están influenciadas por factores como el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, y la asociación gremial, entre otros (Dirección, 2008). En este caso, estas barreras son determinadas por el género, la clase social, la educación y otros aspectos que limitan a la mayoría, o casi a todos, los pobladores de esa zona del país. El Estado es el encargado de confrontar estas diferencias y buscar una solución.

En relación con las barreras determinadas por el género, estas se manifiestan claramente en las tradiciones rurales de ciertas partes de nuestro país, donde existen roles culturalmente asignados a hombres y mujeres. Por ejemplo, hay tareas que se consideran típicamente masculinas y otras que se asocian a las mujeres, como la responsabilidad de la educación y la alimentación de la familia, así como el papel del proveedor familiar. La cosmovisión de cada miembro de la familia también se ve influenciada por su posición y el lugar que ocupa en ella. Es común que la opinión de los hombres tenga un mayor peso, ya que suelen tener más educación. Esta dimensión de género en las identidades culturales genera brechas que, en este caso, limitan el derecho a la salud de las mujeres.

Por otro lado, también consideramos que las barreras culturales surgen tanto del lado del usuario de servicios como del prestador. Es importante señalar que la definición de barreras culturales para algunos se refiere a las dificultades que enfrenta el personal de salud al brindar sus servicios. Por lo general, estas dificultades se reflejan en características del usuario, como el idioma, los olores, la vestimenta, la pasividad, las creencias, las costumbres y el nivel educativo, entre otros (Dirección, 2008). Aunque esta definición es algo limitada, abarca una de las principales barreras culturales entre los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios: la falta de personal médico capacitado en salud intercultural.

Asimismo, como señala la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, una actitud intercultural que valore otras culturas implica reconocer la existencia de diferentes conocimientos y lógicas que no son las del proveedor de salud, así como también aceptar las propias limitaciones para comprender esas diferencias (Dirección, 2008). Reconocer las limitaciones que pueden surgir de las barreras culturales desde ambos lados del servicio de salud facilita una mejor comprensión del problema y de su posible solución. Al entender y valorar que existen otras prácticas en la medicina tradicional que abordan los mismos problemas, además de la medicina moderna, se fomentaría una mayor confianza por parte del usuario para institucionalizar su relación con la salud.

Por tanto, las barreras culturales surgen del limitado entendimiento que tiene el Estado sobre la identidad cultural de las poblaciones del Perú, lo que les impide o limita el acceso a su derecho a la salud, como se mostrará en este caso. También se deben a la falta de reconocimiento por parte del Estado hacia las poblaciones vulnerables, lo cual es, en gran medida, resultado de la ausencia de una política intercultural que eduque tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios de los servicios, facilitando así una mejor comprensión mutua y el aprecio por las expresiones culturales de los usuarios. Esta

solución debería respaldar y ayudar a que estas expresiones culturales, como la medicina tradicional, no se extingan, sino que sean compartidas y respetadas.

1.4 Salud intercultural

La salud intercultural nos proporciona una herramienta valiosa para comprender mejor el concepto integral del derecho a la salud y, posteriormente, nos ayudará a analizar nuestra hipótesis sobre las barreras culturales que afectan el acceso a este derecho. Además, este concepto nos permite integrar el marco teórico relacionado con la salud y las barreras culturales que hemos abordado en los subcapítulos anteriores.

1.4.1 Interculturalidad

Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos [IIDH] (2006), la interculturalidad es un proceso dinámico y continuo de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas, caracterizado por el respeto, la legitimidad mutua, la simetría y la igualdad. Es un intercambio que se establece entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturales diversas, con el objetivo de desarrollar un nuevo sentido de convivencia que reconozca y valore esas diferencias. Se trata de un espacio de negociación y traducción donde se reconocen y confrontan las desigualdades sociales, económicas y políticas, así como las relaciones y los conflictos de poder en la sociedad, en lugar de mantenerlos ocultos.

Entonces, la interculturalidad representa una forma de acercar la salud y la cultura. Si la salud no se comprende ni se compromete con la cultura del lugar donde se reciben los servicios, no habrá un intercambio adecuado que permita desarrollar los cimientos legales y médicos que regulan las prácticas obstétricas. La sinergia entre culturas debe lograrse a través de la interculturalidad, por lo que es necesario y recomendable establecer un proceso de negociación y traducción que reconozca esas diferencias y genere herramientas para su reconocimiento.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1996) señala que la interculturalidad se basa en el diálogo, donde ambas partes comparten y toman de la otra lo que consideran valioso, o simplemente respetan sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer ni de dominar, sino de llegar a un acuerdo. Al crear cualquier política pública que implique la intervención en la vida de una comunidad rural o rural-urbana, es fundamental considerar las creencias, costumbres y cosmovisión de las personas a las que se aplicarán dichas políticas. Se debe “concertar” tanto el concepto de salud moderna como el de salud tradicional para lograr la efectividad de esas políticas. La meta del gobierno, durante muchos años, debería haber sido fomentar la interculturalidad como una forma de responsabilidad ante las carencias de un sector de la población, que también tiene derecho a acceder a la salud como un derecho básico.

El objetivo de la interculturalidad es promover un cambio en la aplicación de la igualdad dentro de una sociedad. En nuestro caso de aplicación, resulta particularmente interesante que las políticas públicas incluyan la dosis necesaria de interculturalidad para garantizar la igualdad en el derecho a la salud de un sector vulnerable de la población, respetando y valorando sus diferencias en la implementación de dicho derecho. Esto coincide con que la interculturalidad puede ser vista como la capacidad de reconocer, armonizar y negociar las numerosas diferencias presentes en cada sociedad. Al entenderla de esta manera, puede convertirse en un elemento esencial para promover valores democráticos y la responsabilidad política, además de ser una estrategia dentro de un sistema que busca mayor igualdad para todos (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, el concepto de interculturalidad abarca interacciones equitativas y respetuosas que consideran las diferencias políticas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diversos contextos, culturas, pueblos y

etnias, con el objetivo de construir una sociedad más justa (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1998). Es fundamental que se tenga en cuenta y se respete las diferencias culturales y lingüísticas, especialmente cuando se trata de poblaciones con lengua materna quechua, así como las cuestiones de género, particularmente en el caso de mujeres gestantes. La OMS y la OPS aciertan al señalar este concepto, ya que las "interacciones equitativas y respetuosas", término que utilizan, son esenciales para la eficacia de un derecho y para eliminar las barreras culturales. Por lo tanto, es necesario que el Estado internalice este concepto y lo implemente en sus políticas, teniendo en cuenta la multiculturalidad del Perú y la población y cultura del lugar donde se aplicarán cualquier ley o política pública.

Para que se implemente la interculturalidad, el Estado debe conocer e identificar completamente las culturas en cuestión, a fin de aplicar correctamente una política pública. Esto es especialmente importante cuando se trata de un tema tan sensible como la salud de las gestantes. Por lo tanto, la interculturalidad implica la interacción entre diversas culturas, pero también requiere que estas culturas sean previamente identificadas como un requisito esencial para que se produzca un reconocimiento. Por lo tanto, es crucial identificar a los pueblos indígenas, lo que significa reconocer a un grupo humano distinto de los demás y, posteriormente, comprender su identidad (Salaverry, 2010).

La aplicación de la interculturalidad tiene como objetivo unir las diferencias para que las minorías excluidas dejen de serlo y puedan tener una intervención real en la administración del poder y en los asuntos que les afectan directamente. En concordancia con lo mencionado en los párrafos anteriores, la interculturalidad se concibe como un principio normativo (una propuesta ético-política) que nos impulsa a establecer formas de relación armónica basadas en el reconocimiento y respeto de las diferencias. Esta perspectiva es fundamental para construir un sistema verdaderamente democrático, donde las diferencias culturales no den lugar a desigualdad ni exclusión, y donde no existan

minorías marginadas, como nuestros hermanos originarios que habitan en la región amazónica y las comunidades de la sierra, en lo que respecta a su representación, opinión y capacidad de decisión en la administración del poder (Ilizarbe, 2002).

En conclusión, es importante destacar que, en la interculturalidad, el concepto fundamental es el diálogo. Este enfoque retoma en cierta medida el multiculturalismo, ya que para dialogar es esencial suponer un respeto mutuo y condiciones de igualdad entre los participantes en la conversación. Sin embargo, a diferencia del multiculturalismo, la interculturalidad se centra específicamente en fomentar el diálogo y el encuentro entre culturas (Etxeberria, 2004). Todo esto contribuye a la construcción de un Estado intercultural, donde se respeten estos derechos y se eliminen las barreras que obstaculizan el progreso de toda la sociedad. Ahora nos corresponde desarrollar el concepto de interculturalidad específicamente en el ámbito de nuestra investigación: la salud.

1.4.2 Interculturalidad en salud

En el ámbito de la medicina, aunque el término "interculturalidad en salud" es relativamente nuevo, gran parte de lo que abarca esta noción no es innovador; más bien, representa un retorno a una tradición antigua de la medicina occidental que intenta incluir una perspectiva étnica en la comprensión de la enfermedad (Salaverry, 2010). Como se mencionó anteriormente, el concepto en sí es actual, pero su aplicación y la comprensión de la interculturalidad en salud han evolucionado con el tiempo, lo que ha permitido construir un significado más completo. Esto incluye una nueva perspectiva en la aplicación del derecho a la salud, especialmente en la implementación de procedimientos médicos.

En el campo de la salud, específicamente en la atención de los servicios de salud, Ibacache et al. (1996) define la interculturalidad como la habilidad de navegar de manera equilibrada entre distintos conocimientos, creencias y prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, así como el cuerpo en sus dimensiones biológica, social y relacional; percepciones que, en ocasiones, pueden ser incluso

contradictorias. En términos operativos, la interculturalidad se entiende como la capacidad de resaltar los aspectos comunes entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando y preservando la diversidad.

Según Piñón (2004), la interculturalidad en salud se entiende como las diversas percepciones y prácticas relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención que interactúan, se combinan y se integran, aunque con ciertas contradicciones, en las estrategias de cuidado y en las acciones de prevención y tratamiento de la enfermedad, los accidentes y la muerte en contextos pluriétnicos (Piñón, 2004). Teniendo esto en cuenta, la aplicación de la interculturalidad en salud puede desarrollarse en todas las estrategias de atención y tratamiento de enfermedades actuales, siempre que se realice con la adecuada adecuación cultural, acorde a la población a la que se dirige (que debería contar con sus propias normativas y procedimientos). Según la autora, el objetivo final de la interculturalidad en salud es beneficiar a la población, reduciendo las barreras culturales en el acceso a la salud, las cuales son avaladas y creadas por el propio Estado a través de sus diversas formas de organización, como el Ministerio de Salud, la Red de Salud, y los gobiernos regional y municipal.

La interculturalidad en salud es crucial, ya que podría facilitar un encuentro entre la medicina tradicional y la medicina occidental, lo que promovería el desarrollo del derecho a la salud de tal manera que toda la población pueda disfrutar de él. Esto representaría un avance significativo en cualquier política de atención a la salud de un Estado. Además, la interculturalidad en salud, o salud intercultural, se refiere al conjunto de acciones y políticas que tienen como objetivo comprender, respetar, dialogar e interactuar con la cultura del usuario durante el proceso de atención en salud (Pintado, 2017). Esto resalta la necesidad de que el Estado se acerque a las creencias de salud de la población, las cuales se busca integrar en sus políticas públicas.

Actualmente, la incorporación de la perspectiva intercultural en los proyectos de desarrollo y en los servicios de salud busca reducir las brechas entre grupos étnicos y eliminar los desencuentros interculturales. Este paso es fundamental si se desea abordar el derecho a la salud como un derecho que debe ser accesible para todos, ya sea en áreas remotas o en la capital. Por lo tanto, es necesario asegurar que los proyectos de salud, normativas y otros enfoques utilizados para atender a pacientes en regiones alejadas sean apropiados y respeten las creencias culturales en salud de la población local.

No obstante, el aspecto principal que debe abordar la salud intercultural en las políticas públicas es el acto médico, donde confluyen tanto el médico como el paciente, cada uno con conceptos preconcebidos sobre su conocimiento en salud y lo que debería ser la atención médica. Por ello, la salud intercultural debería enfocarse en la creciente tensión entre una identidad cultural global, que se fortalece por la expansión de los contextos de referencia (cultura global), y las raíces nacionales y étnicas locales (culturas específicas). Durante el acto médico, las culturas médicas indígenas, la cultura médica nacional y la cultura médica global interactúan y se comunican. No solo se reconocen por sus diferencias y distintos estatus, sino también por las formas en que se superponen y combinan (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Por otro lado, varios organismos internacionales han contribuido en relación con el rol de la interculturalidad en salud. Entre ellos se encuentra la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada en septiembre de 2007, que establece, entre otras cosas, el derecho de los pueblos indígenas a conservar y mantener sus prácticas de salud, incluyendo el uso de la medicina tradicional. Asimismo, se destaca el derecho a acceder a todos los servicios de salud de calidad (ver Art. 24) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007). Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1989) resalta la responsabilidad de los gobiernos de modificar los servicios de salud para atender a la población indígena, lo que requiere una

adaptación que tenga en cuenta las condiciones socioeconómicas, culturales y geográficas, así como sus prácticas curativas y el conocimiento local.

Lo anterior implica que se deben preservar las prácticas de los pueblos en armonía con las acciones del Estado, el cual debe fomentar que estas prácticas no se pierdan y sean respetadas al interactuar con cualquier comunidad que las posea. Además, se debe garantizar que reciban un servicio de salud adaptado a sus necesidades y que esté en consonancia con sus prácticas ancestrales. Esto requiere adecuar las prácticas tanto en el ámbito de la salud como en otros aspectos, especialmente en poblaciones con culturas y economías completamente diferentes. Por esta razón, la interculturalidad es fundamental en todas las prácticas y políticas del Estado.

Por su parte, Ramírez (2011), en un estudio sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad en Bolivia, realiza un análisis interesante sobre el surgimiento del concepto de interculturalidad y su aplicación en el ámbito de la salud. El autor destaca que la interculturalidad es un concepto creado por organismos internacionales, que suelen estar alejados y desconectados de las realidades indígenas en las que se implementa, lo que explica en parte sus limitaciones operativas. Según el autor, la interculturalidad se concibió como un reconocimiento y revalorización de lo propio —lo indígena— frente a la cultura dominante, enfatizando el respeto por la diversidad cultural (Ramírez, 2011). Esta perspectiva es relevante para nuestro estudio, ya que al señalar que la interculturalidad es un concepto desarrollado lejos de la realidad en la que se aplica, se ofrece una explicación para su limitada e ineficiente operatividad. La generación de barreras culturales se origina en la implementación de políticas públicas y normas que provienen de un Estado que desconoce completamente la realidad en la que se llevarán a cabo.

Entre los hallazgos de Ramírez (2011), se evidencia que el verdadero problema radica en las deficiencias del sistema público de salud, las cuales se reflejan en su ausencia en diversas zonas del país, especialmente en las comunidades indígenas más remotas de

Bolivia. El autor destaca la importancia de los aspectos culturales y del diálogo intercultural para comprender al Otro; sin embargo, sostiene que esto solo tendrá efectos positivos si se acompaña de cambios estructurales en el sistema de salud (Ramírez, 2011). Es evidente que la interculturalidad y su correcta aplicación presentan desafíos para el sistema de salud, desafíos que deben reflejarse en acciones concretas y transversales en todo el sistema. Sin embargo, este es precisamente el problema que enfrentamos en la actualidad, ya que la interculturalidad a menudo se reduce a buenas intenciones dentro de un sistema de salud no descentralizado y poco comprometido con sus usuarios en necesidad. Por ello, es crucial considerar las experiencias de otros estados en materia de interculturalidad en salud, ya que pueden ofrecer una mejor comprensión del trabajo intercultural en un país, enriquecer y facilitar su correcta implementación al aprender de los errores y aciertos de otras sociedades con problemas similares, como se podrá apreciar más adelante con la experiencia mexicana.

Como ya se ha establecido, la interculturalidad es un concepto que debe traducirse en políticas públicas para acercar la población a la salud. Sin embargo, esto aún no se ha logrado, ya que los Estados no se han esforzado por consolidar este derecho, limitándose a cumplir formalmente con los acuerdos internacionales. En segundo lugar, así como es necesario reconocer las diferencias culturales de la población, estas diferencias también deben reflejarse en el sistema de salud, no solo a través de normativas, sino también en el punto de interacción con el usuario, capacitando al personal que lo atiende.

La interculturalidad debería permitir el respeto y la coexistencia de dos culturas, pero con los matices necesarios para que ambas se desarrollen en igualdad de condiciones, lo que redundaría en un beneficio para el paciente. Sin embargo, la realidad es diferente, ya que la medicina tradicional ocupa una posición de inferioridad en relación con la medicina occidental, y en la práctica no se respetan las creencias y costumbres asociadas a la medicina tradicional. Este daño es particularmente grave en una población que desconfía

de la medicina occidental, ya que se desincentiva a la comunidad a acudir a los hospitales, lo que impide la institucionalización y garantía del derecho a la salud con los cuidados necesarios. En el ámbito operativo, la interculturalidad en salud se manifiesta a través de la coexistencia de diversas tradiciones médicas en un mismo espacio territorial y clínico (en la relación entre sanador y enfermo).

Sin embargo, el contexto social en el que se desarrollan estas interacciones está influenciado por factores históricos y políticos que se reflejan en las dinámicas de poder que tienen las diferentes culturas en relación con el contexto nacional. Así, otra característica de la salud intercultural contemporánea es que la medicina indígena se encuentra en una posición de inferioridad y subordinación frente a la salud y medicina oficiales occidentales (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Los Estados pueden incluir la interculturalidad en los protocolos y normas que rigen los procedimientos de salud, pero esto debe reflejarse en la práctica al implementar dichos protocolos y procedimientos. Como se mencionará más adelante al analizar otras experiencias en Estados donde el desarrollo de la interculturalidad es más avanzado, a menudo es la presión de los grupos vulnerables y su número dentro del territorio lo que les permite obtener sus derechos.

En la mayoría de los casos, esto no sucede porque el personal no está capacitado en los procedimientos, debido a la urgencia o a la falta de empatía con pacientes que poseen creencias y cosmovisiones diferentes, lo que genera una gran barrera para el acceso a la salud. Esta situación se origina en que la interculturalidad en salud es un concepto en desarrollo, lo que provoca confusión entre los profesionales de la salud debido a las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las escuelas de medicina (Salaverry, 2010). Un paso importante hacia la correcta implementación de la interculturalidad en salud es la formación en este ámbito para los primeros profesionales que tienen contacto con los pacientes.

De esta manera, la salud intercultural puede interpretarse de diversas formas según las perspectivas adoptadas. A veces, se considera una herramienta útil en los procesos de cambio; en otras ocasiones, se convierte en un ámbito donde se resuelven conflictos; y en ciertos contextos, es un reconocimiento del dominio y la subordinación de la cultura médica predominante sobre los saberes populares (Piñón, 2004). Aunque es un concepto en desarrollo y puede ser observado y analizado desde diferentes ópticas, debe tener como objetivo final facilitar el acceso a la salud de los pacientes. Esto puede lograrse ya sea mediante prácticas alineadas con la medicina tradicional o a través de un diálogo entre el paciente y el médico, pero siempre debe contribuir al reconocimiento de una cultura con el fin de promover un mejor desarrollo del derecho a la salud.

En el contexto peruano, se han registrado avances significativos hacia la implementación de la salud intercultural, como se evidencia en la Política Sectorial de Salud Intercultural del Ministerio de Salud. Esta política tiene como objetivo principal regular las acciones de salud intercultural a nivel nacional, con el fin de garantizar el derecho a la atención médica como un derecho humano, promoviendo la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos del país. Entre las políticas establecidas en esta normativa se incluyen la promoción del derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático-peruanos. También se fomenta la medicina tradicional y su integración con la medicina convencional, se desarrollan investigaciones en medicina tradicional, se fortalecen las capacidades del personal de salud en salud intercultural y se promueve la participación de las organizaciones de los pueblos indígenas, andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático-peruanos en la planificación y ejecución de programas de salud en sus comunidades. Además, se establecen mecanismos que valoran, promueven y fortalecen los sistemas médicos tradicionales y los métodos de autocuidado, respetando la diversidad étnica, lingüística y cultural (Ministerio de Salud, 2016).

Esto denota una clara intención del Estado de implementar la salud intercultural en la atención médica, aunque en la práctica esto no se materializa. Al analizar la segunda política mencionada, se observa su importancia para entender la cosmovisión y las creencias de comunidades con culturas diferentes, ya que reconoce sus diferencias con respecto a la medicina tradicional. La cuarta política también es relevante, ya que la participación ciudadana en los procesos de integración intercultural y otras prácticas es fundamental para que se efectivicen estos derechos y la planificación por parte del Estado. Sin embargo, estas políticas quedan relegadas a la realidad del sistema de salud, que no logra poner en práctica la interculturalidad que supuestamente forma parte de la política sectorial en salud. Esta realidad es, en parte, nuestro objeto de estudio, el cual analizaremos para identificar las barreras culturales presentes en ella.

En conclusión, la interculturalidad en salud es un concepto que, aunque se originó de manera aislada de la realidad, se concibe como una herramienta para el reconocimiento y la valoración de dos o más culturas. En el ámbito de la salud, este concepto cobra especial importancia, ya que integra las relaciones y cosmovisiones de los pueblos con el sistema y la estructura de salud, lo que permitiría garantizar el acceso a la salud, un derecho constitucional que todas las personas deben poder disfrutar dentro de un Estado. Por lo tanto, una correcta aplicación de la interculturalidad en salud sería un gran avance para facilitar el acceso a la salud de todas las poblaciones, sin distinciones, y respetando y valorando sus creencias en salud. En consecuencia, es fundamental establecer parámetros claros que contribuyan a garantizar este acceso.

Capítulo 2: Situación del Hospital de Lircay II-1 -Angaraes-Provincia de Huancavelica

El presente capítulo aborda tanto la situación de nuestro objeto de estudio, el hospital de Lircay, como la de la población en estudio, que incluye a las gestantes de Lircay. Se presenta la ubicación geográfica, el estado de la población y sus condiciones de vida, así como el impacto de estos factores en la mortalidad materna. También se analiza el estado del hospital, su categoría administrativa y sus características. A continuación, se discuten los actores involucrados en este estudio, incluyendo el Ministerio de Salud, el municipio de Lircay y los profesionales de la salud. Finalmente, se realiza una enumeración y descripción de la normativa específica relacionada con la atención de las gestantes, incluyendo la atención obstétrica y ginecológica.

2.1 Hospital de Lircay y población: centro de referencia de 47 poblaciones

Nuestro estudio se centra en el distrito de Lircay, ubicado en la provincia de Angaraes. En este lugar se encuentra el hospital de Lircay, que se caracteriza por su precariedad y posee una categoría administrativa superior a la que le correspondería según sus recursos e infraestructura. Esto lo convierte en un centro de referencia para numerosos anexos, distritos e incluso departamentos cercanos.

2.1.1. Ubicación Geográfica

Como se ha mencionado anteriormente, el Hospital de Lircay se encuentra en el distrito de Lircay, en la provincia de Angaraes, dentro del departamento de Huancavelica. Esta área cuenta principalmente con una población dispersa, que se localiza mayoritariamente en zonas rurales o urbanas-rurales. El hospital de Lircay está a dos horas de la ciudad de Huancavelica, desde donde se derivan los casos más complejos que no pueden ser atendidos en los centros de salud cercanos.

Lircay es un distrito que muestra un mayor nivel de urbanización y diversificación económica. Prácticamente, se considera una "ciudad intermedia", donde se ha concentrado una parte significativa de la población de la provincia de Angaraes, mientras que los distritos rurales han experimentado estancamiento e incluso disminución de su población en algunos casos. Sin embargo, también cuenta con parte de su población en zonas rurales y remotas, que a menudo viajan desde Ayacucho para recibir atención en el Hospital de Lircay, ya que este es el hospital más cercano en comparación con los hospitales de Ayacucho o Huancavelica.

2.1.2. Pobreza de la población de Lircay

La pobreza afecta alarmantemente a toda la región de Huancavelica, y esta situación se deriva de la falta de presencia del Estado, que no proporciona servicios básicos. Según el Censo de 2017, la tasa de pobreza en esta región oscila entre el 32.9% y el 36.2%, mientras que la tasa de pobreza extrema se sitúa entre el 6% y el 7.7% (INEI, 2019). En Lircay, que es una zona urbana de Angaraes, no hay acceso a agua potable ni servicios de desagüe; esta carencia es aún más pronunciada en las zonas rurales aledañas al distrito. Es en este contexto donde se enmarca la presente investigación, ya que en la región, y específicamente en la comunidad de Lircay (Angaraes), la tasa de pobreza varía entre el 35.8% y el 52.4%, según el INEI (2020).

La pobreza afecta a la mayoría de la población de Lircay y sus alrededores, y los grupos más vulnerables, como niños, ancianos y gestantes, son quienes más sufren las consecuencias de esta situación. Las personas en situación de pobreza en Lircay y en todo Huancavelica a menudo viven en condiciones que les impiden acceder a documentos de identidad, lo que a largo plazo puede afectar su acceso a la salud. Como señala la Defensoría del Pueblo, los Centros de Salud de Huancavelica han reportado un alto porcentaje de inaccesibilidad administrativa (60%), ya que muchas personas, debido a su situación económica, no cuentan con documentos como el DNI o la partida de nacimiento. Esta circunstancia ha llevado al departamento de Huancavelica a tener la mayor tasa de inaccesibilidad, especialmente en el tercer nivel de atención, debido a la compleja situación de los hospitales nacionales. Por ejemplo, a pesar de su alto índice de pobreza extrema, Huancavelica presenta un bajo porcentaje de personas en esta situación que están afiliadas al SIS (Defensoría del Pueblo, 2007).

La pobreza en una población normalmente complica significativamente su situación de salud, ya que las preocupaciones primordiales, como la supervivencia, suelen relegar la atención médica a un segundo plano. Esta dinámica ilustra la situación de la población vulnerable en esta región del Perú, donde la extrema pobreza dificulta el acceso a recursos básicos, como la obtención de documentos de identidad, y, por ende, a servicios de salud esenciales.

2.1.3. Gestantes y Mortalidad materna en el Hospital del Lircay

La población vulnerable que estudiamos está compuesta por gestantes que han nacido y crecido en Lircay y las zonas rurales aledañas, en una sociedad culturalmente diferente a la de Lima. Muchas de ellas son adolescentes o jóvenes que no han recibido educación primaria ni secundaria, lo que dificulta su acceso al conocimiento de sus derechos básicos. Derechos fundamentales, como el derecho a una vida digna, a la salud y a la educación, no se aplican en su realidad. Estas limitaciones agravan la brecha cultural

y afectan la salud de las gestantes, lo que, a su vez, contribuye a la existencia o aumento de la mortalidad materna.

En concreto, no disponemos de un número exacto de gestantes en Lircay ni de las que son atendidas en el Hospital de Lircay, así como tampoco de la tasa de mortalidad materna desglosada por ubicación. Sin embargo, se ha obtenido la tasa de mortalidad materna para la provincia de Angaraes, donde se ubica Lircay, lo cual es relevante para este estudio, ya que esta provincia representa la mayor parte de la población atendida en el hospital. La información del INEI de 2007 nos sirve como referencia para establecer la situación de las gestantes y la mortalidad materna en el hospital de Lircay.

Según el INEI (2017), la tasa de mortalidad materna para el año 2014 en la provincia de Angaraes, donde se encuentra la mayoría de los pacientes del Hospital de Lircay, fue de 139.28 por cada 100,000 habitantes. Aunque este número puede no parecer alarmante, indica que este tipo de muertes sigue siendo recurrente en la provincia. Lamentablemente, no hay datos actualizados sobre la mortalidad materna; sin embargo, esta información proporciona una visión sobre la situación en esta zona del país.

A pesar de la falta de bibliografía específica, durante la etapa de inmersión en el campo de estudio se ha observado que la mayoría de las gestantes son jóvenes, muchas de ellas menores de 20 años e incluso adolescentes. La frecuencia con la que asisten a sus controles prenatales depende de su ubicación residencial. Esta situación se confirma con la investigación realizada por la doctora Amesquita (2019), quien llevó a cabo un muestreo de gestantes en un periodo determinado en 2019. De enero a junio de 2019, la edad promedio de las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo fue de 25.1 años, con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 43 años. Además, la edad más frecuente fue de 19 años, mientras que el 10% de las gestantes eran menores de edad y el 50% eran menores de 23 años.

Lo anterior representa una realidad preocupante, ya que se evidencia que la mayoría de los partos en el Hospital de Lircay son de menores de edad o de mujeres menores de 23 años, lo que sin duda incrementa la posibilidad de un aumento en la mortalidad materna. Esto se debe a que, cuanto más joven es la gestante, mayor es el riesgo de presentar distintos tipos de complicaciones durante la gestación. Esto refleja la situación de las gestantes y la mortalidad materna entre las pacientes del Hospital de Lircay, por lo que es fundamental implementar medidas que garanticen el acceso al derecho a la salud.

2.1.4. Infraestructura y falta de presupuesto

Según las obstetras y el personal del hospital, es bien conocido el pésimo estado de las ambulancias y la infraestructura necesaria para la atención de los pacientes. Una de las principales quejas del personal del hospital, derivadas de las entrevistas, es la falta de infraestructura y de presupuesto, no solo para mejorar las instalaciones del hospital, sino también para contratar más personal y mejorar todos los aspectos del servicio. En cuanto al presupuesto, el Informe Defensorial 120 indica que la Dirección de Desarrollo del Gobierno Regional de Huancavelica proporciona información sobre el presupuesto asignado y ejecutado para los años 2005-2006. En relación al presupuesto enviado por el SIS al Gobierno Regional en 2006, este ascendió a S/. 5,421,187.58 nuevos soles, de los cuales se ejecutaron S/. 1,709,343.85 nuevos soles en gastos administrativos y compra de medicamentos. De manera similar, en 2005, la Región de Huancavelica reembolsó S/. 2,777,022.55 nuevos soles. Además, hay un faltante de S/. 934,821.18 nuevos soles, cuyo uso no se puede determinar (Defensoría del Pueblo, 2007).

El presupuesto que tanto aqueja a las personas de Lircay, y al propio hospital, en muchos casos es devuelto por no ser ejecutado. Al respecto, según lo conversado con algunos miembros de la Red de Salud de Lircay, todo presupuesto se ejecuta con un planeamiento, tal planeamiento, depende de gobierno regional con participación de la red

de Salud y el MINSA. Si el gobierno regional de Huancavelica, no es participativo (preguntar por necesidades) con sus distritos en el planeamiento de sus proyectos, el presupuesto no se gastará y se devolverá. Ser participativo con los distritos es invertir, hacer estudios y proyectar propuestas contundentes, actualmente todo ese trabajo no se hace, no hay interés o se prioriza en otras necesidades. Lo que hace difícil o imposible que el presupuesto llegue a un hospital pequeño como es el de Lircay.

Del poco o paupérrimo presupuesto se deriva la falta de infraestructura. Se trata de un hospital de apenas un piso, el cual está construido generalmente por módulos de triple i y madera, no de material noble. Donde se denota la falta de seguridad en su infraestructura y su antigüedad, donde los equipos se ven con una apariencia de obsoletos, y cuando se habla de renovación, significa volver pintar el exterior e interior. Como lo refirma una de las trabajadoras del hospital:

Empezando por la infraestructura para que haya mayor equipamiento de personal y de recursos humanos, y los materiales, es decir equipos que se necesitan en un hospital porque ahora prácticamente somos como un Centro de Salud, y no contamos con los suficientes materiales o equipos para un hospital (L. Edano, comunicación personal, 19 de julio de 2016). Prácticamente los trabajadores cuentan con los recursos de un centro de salud y no de un hospital, y esto porque la infraestructura y el presupuesto no se condice con su categoría administrativa actual.

2.1.5. Categoría II-1 del Hospital de Lircay- Centro de Referencia Hospitalario

El Hospital de Lircay es un establecimiento de salud de categoría II-1, destinado a atender problemas de salud de mayor complejidad. Sin embargo, solo en 2016 pasó de ser un centro de salud a convertirse en un hospital, aunque en términos de infraestructura y recursos humanos, no experimentó cambios significativos a pesar de su nueva categoría. La calidad resolutive II-1 implica, según Eyzaguirre (2007), que estos hospitales están clasificados por el MINSA para realizar cirugías menores y cuentan con capacidad de

internamiento. Además, ofrecen atención en cuatro especialidades: medicina interna, ginecología, pediatría y medicina general. La decisión de subir su categoría fue presionada por la demanda de pacientes y ordenada desde el gobierno regional por la necesidad de la población, que muchas veces tenían que llegar hasta el hospital de Huancavelica para atenderse, sometiéndose a un traslado precario y hasta la misma muerte por la lejanía del hospital.

El Hospital de Lircay, que cuenta con la categoría II-1, debería ofrecer servicios ambulatorios, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, y estar rodeado de puestos de salud que se encarguen del primer nivel de atención. Sin embargo, todos estos puestos y centros de salud son totalmente insuficientes para brindar una atención básica, lo que lleva a que los pacientes sean derivados al centro de referencia más cercano, que es el Hospital de Lircay. Sin embargo, en este hospital tampoco se encontrará una atención adecuada, ya que carece de la indumentaria y la infraestructura necesarias para resolver problemas complejos. Eyzaguirre (2007) reafirma esta situación al señalar que los hospitales intermedios en estas zonas dispersas tienen solo el nombre, ya que no cuentan con una verdadera capacidad de respuesta para realizar atenciones quirúrgicas de urgencia ni con los métodos necesarios. Por lo tanto, no solo hay una carencia en la atención, sino que la continuidad del servicio no está garantizada.

Este es el caso del Hospital de Lircay, donde el personal de salud menciona de manera recurrente que el hospital carece de la capacidad necesaria para atender diversas especialidades. Según indican distintas obstetras y miembros del personal, definitivamente, este es un hospital que recién tiene 3 años como hospital; sin embargo, como todos saben, está bajo una infraestructura adecuada para un nivel 1-3, mientras que actualmente funcionamos como un 2-1, pero la infraestructura no es adecuada (C. Flores, comunicación personal, 20 de julio de 2016).

Nuestro centro de salud ha sido creado como un hospital 2-1, pero lamentablemente tenemos muchas falencias en cuanto a lo que es infraestructura es uno de los limitantes más grandes; y el otro es la parte presupuestal, lamentablemente el hospital no tiene asignado un presupuesto netamente para el hospital (García, comunicación personal, 21 de julio de 2016). El nivel de atención del hospital, que se cambió de un nivel 1-3 a un nivel 2-1, que no se condice con los servicios e infraestructura ofrecidos por el mismo, lo que representa un problema para la comunidad cercana que son referenciados a este hospital, en vez de a un hospital como el de Huancavelica, ya que se espera que se brinde la atención de salud óptima y lo que encuentran es un centro de salud con denominación de Hospital, lo que representaría un riesgo si alguno tiene una condición más grave que tratar.

Los problemas acá en el hospital son diversos, como es un hospital nuevo, como se categorizó hace 3 años a Hospital 2-1, requerimos de muchas cosas; por ejemplo, uno de ellos es Recursos Humanos, no es suficiente en los niveles de servicio para una buena atención, para cubrir las expectativas de la población necesitamos bastante recursos humanos en todos los grupos ocupacionales (Ramos, comunicación personal, 19 de julio de 2016). De la misma forma, el cambio de nivel del hospital, debe ir de la mano con la mejora de los recursos humanos y recursos para atención de los pacientes, lo que tiene que ser coordinado con la red de salud y que no ha visto una mejora en los últimos años. No solo se debe garantizar un mayor número de personal de salud, sino un personal de salud adecuado y capacitados para la atención intercultural.

Porque primero el hospital como bien se sabe recién ha obtenido su categoría hace 3 años, a partir del cual se tiene que hacer cambios en el tema de personal, infraestructura, insumos y todo eso; entonces poco a poco ese proceso recién está pasando, por lo cual el hospital se tiene que adecuar a lo que tiene. El hospital es centro de referencia, atiende a un montón de establecimientos, si no me equivoco a 46 establecimientos, y no está

adecuado a eso. En otras palabras, se atiende por atender, ese es mi punto de vista personal (I. Ramos, comunicación personal, 19 de julio de 2016).

Al convertirse en un hospital II-1, donde se realizan operaciones y se atienden cinco especialidades en el primer nivel, el Hospital de Lircay se ha consolidado como un centro de referencia para otros centros de salud y puestos de salud. Por lo tanto, si alguno de estos se encuentra más cerca del hospital de Lircay en comparación con otros, el paciente será derivado a este último. Así, el hospital no solo atiende a usuarios de Lircay y sus alrededores, sino también de otros departamentos o zonas cercanas. Como señala el señor Castro, es un centro de referencia (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Antes, la zona de Jicamarca y Sepia enviaban sus referencias a Ayacucho, pero ahora las derivan aquí; antes, ESSALUD, cuando no teníamos convenio con ellos, refería a pacientes a Huancavelica, y ahora los derivan aquí. Por lo tanto, ha aumentado la demanda de pacientes.

Entonces, al ser un centro de referencia, el personal se somete a un mayor número de pacientes lo que influye en su estrés laboral y el trato con el paciente. Además, no hay suficiente personal no solo en el área de atención del paciente sino en el área de orientación de los mismos. Como concuerda el administrador Hurtado, los aspectos negativos es la falta de infraestructura y de repente contar con más personal; por ejemplo, en la puerta deberíamos de tener un personal para orientar a los pacientes a los diferentes servicios, quien quizás debería de ser quechua hablante porque la mayoría de la población habla quechua (E. Hurtado, comunicación personal, 21 de julio de 2016).

La realidad de Lircay está determinada por esas dificultades, que viven los pacientes, cada vez que sufren una dolencia. Esto demuestra la indiferencia del propio Estado, al no apostar por mejorar la situación de un hospital que atiende a muchos pacientes a diario, entre ellos, usuarias en estado de vulnerabilidad, como son las gestantes. Estos problemas son evidentes para los trabajadores del hospital, y hacen que

la atención del servicio de salud no sea la correcta, ni la que merecen sus usuarios, no correspondiéndose a un efectivo goce de su derecho a la salud. En conclusión, hablamos de una población que es aquejada tanto con temas de pobreza, como de precariedad en la atención en salud. Precariedad no solo en la atención de la zona urbana del distrito de Lircay, sino para toda la zona rural que comprende el territorio de atención del Hospital del Lircay, que abarca muchas zonas de Huancavelica y Ayacucho, donde se requiere atención básica y de calidad acorde con su derecho a la salud.

2.2 Actores: Red de Salud de Lircay y Profesionales de la salud

Los actores que intervienen en la salud de las gestantes se pueden analizar por niveles: a nivel nacional, el Ministerio de Salud; a nivel regional, la Dirección Regional de Salud; y a nivel local, la Red de Salud de Lircay, el municipio y los profesionales de la salud que intervienen directamente en la atención de los pacientes del Hospital de Lircay. El interés de los actores representantes del Estado se refleja en la protección del derecho a la salud y sus implicancias. Sin embargo, la población de Lircay y alrededores no solo merece un derecho a la salud precaria y básica, sino un derecho completo y de calidad. Cabe resaltar que en muchos aspectos la población de Lircay aún no goza de este derecho tanto como se goza en muchas regiones del país.

2.2.1 Red de Salud de Lircay, representante del Ministerio de Salud y Gobierno

Regional

Con el afán de eliminar la brecha entre el gobierno central, regional y local, se creó la Red de Salud de Angaraes, red donde se ubica el hospital de Lircay. De esa forma, se descentraliza la salud que principalmente se concentra en Lima, a través del Minsa, y se pueda llegar a las regiones y distritos de todo el Perú. Por eso mismo, es importante la

creación de las redes de salud, entre ellas la propia Lircay. La descentralización es una oportunidad a aprovechar para promover la promoción de la salud. La coordinación intersectorial e interinstitucional en el nivel regional, local y comunal puede encontrar espacios y dinámicas más propicias, y enfocarse a los problemas de salud que directamente enfrenta la población, los que se hacen más evidentes (Forsalud, 2006).

La red de salud en la provincia fue creada a finales de 2015. Anteriormente, los problemas relacionados con el derecho a la salud eran atendidos por la Municipalidad, que tenía capacidades limitadas, o por el gobierno regional, que carecía de conocimiento sobre la realidad y necesidades de la población local. Un trabajador de la Red de Salud de Angaraes comenta, sobre su función, que son una ejecutora nueva, creada recientemente en este año, y comenzamos a funcionar en abril de manera no tan completa en todas las áreas. En este sentido, necesitamos mejorar mucho en lo que respecta a la administración y la funcionalidad orgánica de la institución, ya que esto influye directamente en la cantidad de recursos humanos y el presupuesto. Nos falta fortalecer ciertas áreas debido a la limitación de recursos humanos, y necesitamos profesionales competentes, ya que todos los profesionales en el servicio de salud deben ser personas capacitadas y con una remuneración adecuada, que sea mucho mayor que la de personal CAS. Esto representa una limitación considerable en Angaraes, además de que los profesionales de salud con formación completa a menudo no se trasladan a la red para trabajar, debido a la distancia y las condiciones laborales que enfrentan aquí (García, comunicación personal, 21 de julio de 2016).

Según lo reconocido por el propio personal de la Red de Salud, todavía tienen problemas de organización y recursos humanos, al ser una red relativamente nueva, por lo que, canalizan sus esfuerzos en mejorar esos defectos. Para la red su necesidad primordial es contratar personal para las diferentes áreas administrativas, para poder controlar y dirigir todo. Es entendible que, a la fecha de las entrevistas, no tuvieran un óptimo nivel de

atención y respuesta hacia las necesidades de los usuarios. A pesar, que tienen las áreas destinadas para distintas tareas, inevitablemente sus carencias son notorias. Siendo esto así, lastimosamente para comienzos del 2017, aun no se podría hablar de una correcta puesta en marcha de la Red de Salud de Angaraes.

Por otro lado, las directrices y demás normativas que son promulgadas en el Ministerio de Salud (Minsa) y posteriormente son trasladadas al Hospital de Lircay a través de una serie de organismos, finalmente alcanzan a la Red de Salud de Lircay. Sin embargo, este proceso de traspaso de directrices se asemeja a una cascada hasta llegar a las microredes, lo cual ocasionalmente se asemeja a un juego de teléfono descompuesto, ya que el mensaje correcto o completo sobre cualquier atención en salud no siempre llega íntegro. Aunque las directrices son implementadas por la Red de Salud, la determinación de cómo se priorizará la capacitación del personal necesario para cumplir con una directriz específica recae en una instancia intermedia, como el gobierno regional, y no en el propio Minsa ni en la microred.

Lo anterior indica que no se priorizan los protocolos ni la capacitación necesaria en función de la realidad en la que se aplicarán, sino en función de las necesidades de las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS). Esto impide una adecuada estructuración de las capacitaciones, ya que no se les da prioridad a los principales problemas de las microredes. La situación de una DIRESA y de una microred es diferente, y cada una presenta distintas necesidades y capacidades resolutorias. Por lo tanto, para abordar el problema de la correspondencia del servicio de salud con las realidades locales, es fundamental escuchar y convocar a los representantes de las microredes y hospitales. La retroalimentación desde cada microred hacia arriba debe ser obligatoria, lo que permitirá capacitaciones en los temas más relevantes, beneficiando así la salud de la población en torno a cada microred. Esto se refleja en el testimonio de un trabajador de la Red de Salud de Angaraes, quien señala que, Aunque el MINSA es la autoridad principal, cuenta con

estructuras equivalentes a nivel regional, provincial y distrital: primero están las DIRESAS, seguidas por las Redes, luego las Micro Redes y, por último, los Establecimientos de Salud.

A pesar de que el MINSA se enfoca en mejorar las capacidades y competencias del personal de salud, la información que se transmite desde el ministerio hasta los establecimientos no siempre es la adecuada y funciona de manera cascada. Si el MINSA sugiere capacitaciones para todas las DIRESAS, son estas las que determinan si dar prioridad a una capacitación en parto vertical, pero ¿qué sucede si no lo consideran una prioridad? (R. Chavez, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Todo este cambio de organización hacia la nueva red de salud, así como antes de la existencia de la misma, crean demasiadas barreras que se evidenciaban en el acceso a la salud de los usuarios.

Las barreras al acceso se encuentran agravadas por las denominadas “barreras organizacionales”, entre las que se encuentran problemas de diseño y articulación del sistema de servicios de salud: fragmentación del sistema de atención, con instituciones como el MINSA y EsSalud que no complementen adecuadamente sus sistemas de atención; con horarios de atención inadecuados y parciales, con redes de servicios débilmente organizadas, y con problemas de comunicación y transporte hacia niveles de mediana y alta complejidad (Forsalud, 2006).

Con la creación de la Red de Salud de Angaraes muchos de estos problemas antes mencionados deberían eliminarse y reducir la barrera de acceso a la salud, pero hasta la fecha que se realizó el estudio, aun contaban con problemas para manejarse y organizarse dentro de la red. Por lo que se pudo observar, los trabajadores están hacinados y no hay espacio para todos, y sobre esa desorganización trabajan todos, haciendo lo posible para cumplir con todos los planes que se envían desde la región y cumplir con lo requerido por el hospital y los centros de salud de la provincia.

De otro lado, es notable también la desorganización entre el propio Minsa y Essalud, ya que no están sincronizados los usuarios que se atienden por el SIS con los usuarios que

están asegurados, y todos son atendidos por el hospital de Lircay. A pesar de que, los asegurados tienen un centro de salud, a parte del hospital, la atención en ese centro es básica, y tiene que recurrir al hospital, donde a veces se demora su atención por el tema de administrar y verificar si están asegurados o solo tienen SIS.

A pesar de que la red de salud está en el mismo distrito donde se ubica el hospital de Lircay, cualquier requerimiento todavía sigue procedimientos altamente burocráticos que imposibilitan y muchas veces retrasan una buena atención básica y de calidad de derecho de salud. Obligando muchas veces a los pacientes, hacer gastos personales para materiales y cosas necesarias para las intervenciones menores. Es por eso que, la Red de Salud reconoce que las deficiencias de personal se originan en una carencia de presupuesto que afecta directamente al hospital de Lircay y al personal administrativo de la propia red.

2.2.2. Profesionales de la salud

Los profesionales de la salud, quienes directamente atienden a las gestantes y demás usuarios de los servicios de salud que brinda el hospital de Lircay, como luego profundizaremos, cargan demasiados problemas relativos a su capacitación y llegada a los usuarios. Problemas que no se pueden corregir desde la red de salud sino desde el gobierno central. Muchas veces los profesionales especialistas no quieren trabajar para esa red porque es muy lejos de la capital, o de ciudades céntricas. Lircay es un distrito aproximadamente a tres horas de Huancavelica, lo que la hace de difícil acceso para cualquiera, hasta para alguien que vive en Huancavelica. Entonces, no cuentan con ningún incentivo para tener un puesto en un lugar tan alejado como Lircay. Es muy común, que no tengan familia en el distrito, o se tienen que mudar con su familia para que sea viable, mantener su trabajo.

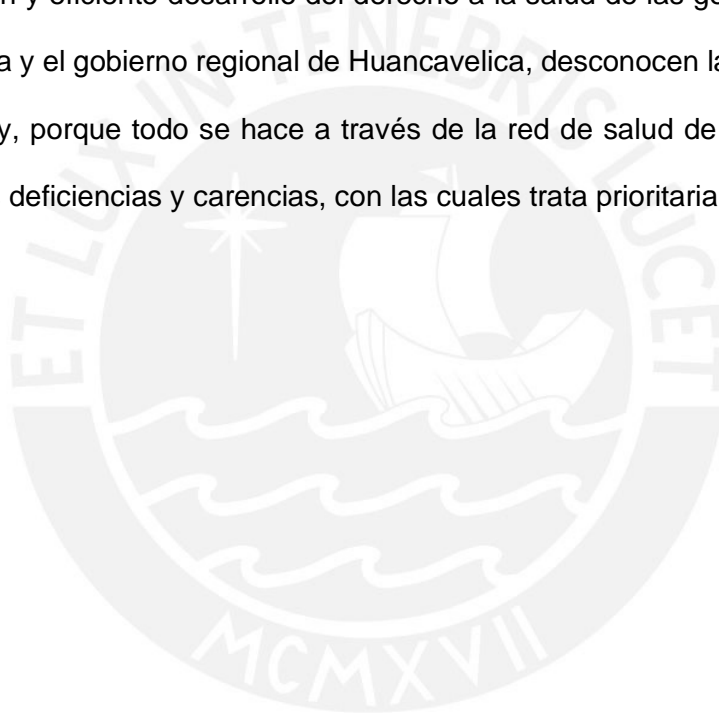
El personal tendría que residir en el mismo Lircay o recibir un incentivo monetario significativo (algo que, lamentablemente, no se ha implementado hasta la fecha) para estar

dispuesto a trabajar en un hospital tan distante. La Red de Salud es consciente de este problema, pero su única opción es solicitar más presupuesto, lo cual puede llevar mucho tiempo o simplemente ser rechazado por el gobierno regional. Como menciona la jefa de la Unidad de Atención Integral, Ramos, su labor en la Red de Salud consiste en garantizar el derecho a la atención y mejorar la sensibilidad. En comparación con hace cinco años, la Red ha incrementado su número de establecimientos de salud en 11. Sin embargo, uno de los principales problemas es el presupuesto que se les asigna. De acuerdo con las normas de categorización, cada establecimiento de salud debe contar con al menos un profesional de la salud, pero enfrentan una notable escasez de recursos humanos, especialmente médicos y enfermeros. A pesar de las convocatorias realizadas, es difícil cubrir estas plazas, posiblemente debido a la remuneración que se ofrece. Muchos de los profesionales contratados provienen de ciudades cercanas como Ica, Huancayo o Lima, y resulta complicado para ellos trasladarse hasta la región, a pesar de los esfuerzos por garantizar los recursos humanos necesarios. Esta situación se encuentra fuera de su control. Esto provoca que no se asegure que sean los mejores profesionales los que se contraten por la Red de salud, sino que, en las convocatorias con el afán de no quedar desiertos, se termine contratando a persona sub-calificada por la urgencia. Esto no es responsabilidad de la Red de salud, pero es un tema muy profundo que termina generando problemas en la atención de toda la población de la zona (Ramos, comunicación personal, 19 de julio de 2016).

Otro de los problemas recurrentes para los profesionales de la salud es la diferencia del tipo de contrato, porque hay unos a tiempo indefinido y otros a tiempo determinado, lo que genera una inestabilidad que se traduce en mayor estrés y peor desempeño. De otro lado, los que tienen un puesto seguro, no siempre son los más productivos. Tampoco existe un área que garantice el buen clima laboral y psicológico de los empleados, lo que hace que muchas veces existan tensiones de todo tipo entre las áreas. Tampoco se pudo ver horizontalidad en el trato con los jefes, puesto que el director del hospital no recibe

sugerencias y raramente está en el hospital. Lo que hace difícil que pueda saber sobre las quejas de los trabajadores.

En conclusión , el acceso a la salud de los usuarios del hospital de Lircay dependen de dos actores principalmente, como son la micro red de Angaraes, relativamente nueva y deficiente en su organización y delegación de funciones y presupuesto; y los profesionales de salud, con un desincentivo monetario y una carga de trabajo inmensa, sin contar con la poca capacitación y gestión de los recursos humanos del propio hospital, lo que hace aún más difícil el buen y eficiente desarrollo del derecho a la salud de las gestantes en Lircay. Además, el Minsa y el gobierno regional de Huancavelica, desconocen la situación real del hospital de Lircay, porque todo se hace a través de la red de salud de Angaraes, la cual tiene sus propias deficiencias y carencias, con las cuales trata prioritariamente.



Capítulo 3: Barreras culturales en el derecho a la salud de madres gestantes en el Hospital de Lircay II-1

En este capítulo se presentan tres barreras culturales que limitan el acceso a la salud en la población de Lircay. Estas barreras son: la normativa inadecuada para la atención de gestantes, la escasez de personal médico competente en salud intercultural y la falta de educación sobre el derecho a la salud para las gestantes. En el primer subcapítulo se analiza dos resoluciones ministeriales que tanto estas normas como su aplicación crean barreras culturales. A continuación, el segundo subcapítulo aborda los problemas relacionados con los profesionales médicos que, al no estar capacitados en salud intercultural, no reconocen la medicina tradicional o no se comunican en quechua, lo que contribuye a la generación de barreras culturales. Finalmente, se examina cómo la falta de educación de las pacientes también genera barreras culturales.

Como ya se estableció en el Capítulo 1, el acceso a la salud viene siendo un derecho que se efectiviza poco en algunas poblaciones de nuestro país. Esta idea anterior, ya ha sido notada por los organismos internacionales, que, en un afán de garantizar el derecho, crean el concepto de interculturalidad en salud, con el fin de garantizar un acercamiento de este derecho a la población. Pero ante la aplicación de este concepto surgieron barreras de distintos tipos. En este trabajo identificaremos las barreras culturales que se generan contra el derecho a la salud de las gestantes de esta población.

Estas barreras de acceso a la salud son identificadas por la Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud, que establece que el derecho a la salud incluye de manera fundamental el acceso universal a una atención de salud de calidad, abordando todas las barreras existentes, ya sean económicas, geográficas o culturales. Se señala que las principales barreras son de índole económica, pero también se relacionan con la falta de establecimientos cercanos, la desconfianza y los retrasos en la atención. Además, en estudios y encuestas posteriores, se ha evidenciado que un motivo recurrente por el cual la población no accede a los servicios públicos de salud son las actitudes y el trato inadecuado del personal, así como la existencia de prácticas discriminatorias en la atención sanitaria (Forsalud, 2006).

Como bien lo señala la Conferencia Nacional de Salud, las barreras al comienzo se representaban mayormente por las económicas, sin embargo, ahora se ha demostrado que los motivos por los cuales la población no se acerca a los servicios de salud son por temas que se podrían definir como culturales. Es por eso, que este estudio desarrollará algunas de las barreras culturales, que representan un gran problema para acceso a la salud y que impide que se ejercite un servicio de salud de calidad o al menos básico.

3.1 La normativa inadecuada para la atención de gestantes

En este acápite ingresa toda la normativa específica a la atención prenatal y postnatal que el Estado crea con el afán de generar un trato intercultural con las gestantes, de esa forma lograr más partos institucionales. Recordemos que un gran número de la población gestante que deben ser atendidas en el Hospital III-1 de Lircay, provienen de zonas aledañas del mismo Lircay, Huancavelica, anexos y hasta provenientes de Ayacucho. Las mismas que son atendidas con procedimientos y medicina moderna, cuando muchas veces no creen en tal o los mismos procedimientos no están bien creados, implementados o no cuentan con la infraestructura necesaria para aplicarlos. Lo que genera que sean normativas poco adecuadas para la población que será atendida conforme a

estas. Es a razón de eso que el Estado crea diferentes elementos normativos para lograr cubrir la necesidad de interculturalidad y obligatoriedad de esta. Como veremos a continuación, estas resoluciones ministeriales o protocolos de atención, no son lo suficientemente idóneos para tratar esta problemática.

3.1.1. Resolución Ministerial N°518-2016/MINSA “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derecho Humanos con Pertinencia Intercultural”

Esta Resolución Ministerial apunta a revalorizar una práctica cultural relacionada a la atención del parto, la cual es la posición que adapta la mujer al momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentadas, arrodillada, a comparación de la horizontal (parto tradicional). Sin embargo, el personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada). Estas dos practicas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales, que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo su salud y su vida, tanto de ella como la del /la niño/a por nacer, en el caso que se presenten complicaciones (Ministerio de Salud, 2005).

Ante este desencuentro cultural, se estableció una normativa destinada a generar mayor confianza en las usuarias y fomentar su asistencia a los centros de salud. De este modo, se busca atender sus partos de la manera más segura posible, brindándoles las comodidades necesarias y respetando su decisión al momento de dar a luz, haciendo que todo el proceso del parto sea más participativo. Esto asegura la salud tanto de la madre como del bebé. El autor Gonzalo Aguirre coincide con esta perspectiva al señalar las marcadas diferencias culturales que se observan en los entornos hospitalarios, las cuales pueden provocar conflictos interculturales entre la gestante y los médicos. Aguirre explica que las reglas hospitalarias suelen colocar a la mujer indígena en un entorno ajeno a su

cultura, alejándola de sus seres queridos y sometiéndola a normativas de espacio y tiempo poco habituales. Los cuidados que se brindan en ese contexto durante el trabajo de parto y la posición exigida para el período de expulsión son, en efecto, totalmente distintos a los métodos tradicionales (Aguirre, 1980).

En otras palabras, esta normativa técnica tiene como objetivo institucionalizar la atención de las gestantes, de modo que acudan a los centros hospitalarios y se sientan cómodas al dar a luz de acuerdo con sus costumbres, como si estuvieran en sus hogares. La norma técnica establece que se deben crear puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional. Aunque estos son marcos conceptuales diferentes, no tienen por qué estar en oposición, sino que pueden complementarse. Esto implica rescatar las costumbres y afirmar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en que desean ser atendidas, fortaleciendo así el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar (Ministerio de Salud, 2005).

Sin embargo, el error principal de esta norma técnica, es el desconocimiento de la realidad a la que se aplicara, evidentemente el sentar las bases para el conocimiento de esta práctica cultural es importante para revalorizarla, pero la falta de obligatoriedad y capacitación del personal de salud que la practicara, hace que la norma de fondo sea inútil, como los testimonios lo han confirmado. De que sirve una norma intercultural si esta no recoge las complicaciones de su aplicación en la misma, esto solo demuestra el limitado estudio que se hizo para la realización de esta normativa. Porque una correcta investigación de fondo en algunos pueblos rurales donde se aplicaría, daría como resultado una mejor elaboración normativa y esto no significa que se destine más presupuesto o personal, sino que se entable una correcta comunicación con las redes de salud del interior del país, que tienen de primera mano esta información y limitantes.

Como lo mencionamos en el párrafo anterior es importante que la normativa en salud intercultural recoja y solucione los problemas que puedan surgir en su aplicación,

porque de lo contrario esta norma no sería efectiva en ningún o en muchas de las instancias de aplicación, como lo podremos ver en el Hospital de Lircay. Esto es causado por que son normativas creadas desde el gobierno central, en específico desde el Ministerio de Salud, con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, fomentando así más parto institucionales, y efectivamente queriendo lograr una correcta adecuación intercultural.

Lo que se puede observar de la normativa anterior, la Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, es que al momento de su creación y como la misma señala en el punto VI Aspectos Históricos y Epidemiológicos, lo único que se señala respecto a la práctica de posición vertical en Perú, es que ha sido implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales, nada más.

De otro lado, en la nueva normativa, se hace un apartado en el Anexo N° 2: Fundamentos Históricos y Científicos de la atención del Parto Vertical, sin embargo, en este acápite solo se recoge los antecedentes del parto vertical y que, en el Perú, la práctica más común es el parto horizontal, a pesar que desde el 2005 ya había sido normada. También afirman que modificar la concepción respecto a la posición del parto no solo corresponde al ministerio de salud, universidades, sino también a las mujeres en edad reproductiva, lo que de nuevo es preocupante, porque traslada la responsabilidad a las gestantes por no valorar el saber tradicional.

Asimismo, en el anterior acápite señala las evidencias nacionales, donde muestran algunos estudios cuantitativos en el 2006, 2008 y 2013, que el parto vertical es una mejor práctica que el horizontal. Sin embargo, no muestran nada respecto a las problemáticas que surgen de su aplicación, que son cosas que la normativa debería recoger, ya que son estas las que impiden su aplicación, siendo que las mismas afirman el valioso aporte del parto vertical. Más aun, cuando es el ministerio de salud el mayor interesado en conocer al

menos desde la primera normativa hasta el 2016, sobre los resultados de la aplicación esta normativa en las comunidades rurales de la sierra y de la selva del país.

Por lo que, creo que es inevitable observar lo deficiente que es el conocimiento de esta práctica en el mismo Perú, conocimiento que si existe, la misma norma lo señala, pero que no ahonda, en cómo se realiza , que se necesita para realizar o algún estudio empírico respecto a la práctica. Lo cual genere un gran problema de fondo al momento de concebir tal norma.

Al respecto, el eje principal de la norma técnica es el parto vertical, que se define como aquel en el que la gestante adopta una posición vertical—ya sea de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o en cuclillas—mientras el personal de salud se coloca frente o detrás de ella para esperar y atender el parto. Esta posición permite que el bebé, que actúa como el vector final de las fuerzas expulsivas, se oriente principalmente hacia el canal del parto, facilitando así el nacimiento y reduciendo los traumatismos en el recién nacido (Ministerio de Salud, 2005).

La norma técnica refuerza la importancia cultural de la posición vertical para dar a luz, al ser más cómoda para la gestante, ya que muchas veces es demasiado intrusivo el estar en posición horizontal, al no poder observar bien y esperar que los doctores u obstetras realicen todo el tratamiento y procedimiento del parto. Además, que, al ser una posición más natural para la expulsión, facilita el nacimiento. Lo que genera que los partos se hagan con más rapidez y menos estrés para la gestante.

En ese sentido, la norma revaloriza las prácticas culturales, dotando su importancia y otorgándole un significado formal y jurídico para su práctica, sin embargo, este trabajo es meramente conceptual y genera muchas deficiencias. Como es el caso de la ausencia de la capacitación obligatoria del personal de primera línea (obstetras y ginecólogas) para la atención de este tipo de partos, asimismo la falta de obligatoriedad de la comunicación asertiva y en quechua para las pacientes.

Además, entre las prácticas que favorecen esta resolución se encuentra el uso de plantas medicinales que son familiares para la paciente, así como la preparación del entorno para que se sienta como en casa. De esta manera, el parto se lleva a cabo de una forma más natural, acorde a sus costumbres y prácticas habituales, pero siempre con las medidas necesarias y bajo la supervisión médica adecuada. En este sentido, el señor Villanueva, personal de la Red de Salud de Lircay, señala que el parto vertical a nivel nacional ha sido una estrategia desarrollada por el MINSA, dado que, históricamente, los partos se atendían de diversas maneras, priorizando que la paciente se sintiera cómoda. Se ha demostrado que es mucho más fácil y menos traumático para las madres gestantes dar a luz en una posición vertical, una práctica que se utiliza ampliamente en las regiones altoandinas. La atención del parto vertical con adecuación intercultural implica ambientar el espacio con elementos que sean familiares para ellas, como hierbas, sogas o alimentos que forman parte de su cultura, actividades que a menudo se restringen en los centros de salud (C. Villanueva, comunicación personal, 11 de enero de 2017).

Sin embargo, el entendimiento de esta normativa por parte de las obstetras del hospital de Lircay es bastante básico, puesto que no han tenido una capacitación al respecto. A pesar de eso, tuvieron que aprender e implementar el parto vertical, porque en la realidad es algo que se pide por algunas pacientes y que a veces están obligadas a atender, por la diferencia cultural entre la usuaria y el personal de salud. Por lo que, podemos establecer que, ante los vacíos de la norma técnica en estas situaciones, es la realidad quien prevalece, cuando se atienden estos casos. Es probable que a la norma le falto entender o explicar algunas situaciones modelo, donde esta se aplicaría, para que sea sencillo de entender y poner en práctica sus conceptos.

Como lo señala la obstetra Marcañaupa, el parto vertical se refiere a la posición que puede ser de cuclillas o en sentadillas, y muchas gestantes eligen adoptar esta postura para dar a luz. En la mayoría de las comunidades, esta elección se debe a que han sido

educadas en esta práctica y han observado a sus madres dar a luz de esta manera (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Las pacientes eligen tal posición porque es como han visto dar a luz a sus madres, que probablemente hayan dado a luz en sus propias casas y sin atención médica. Es por eso, de la importancia del parto vertical, de esa forma se incentiva que más mujeres opten por un parto en el hospital y no en su casa donde los riesgos son mucho mayores y no se puede prestar el auxilio necesario.

Nos podemos dar cuenta que el conocimiento del parto vertical en el personal de salud y las pacientes, es algo intrínsecamente cultural, más allá de que exista la norma que le otorga significado a esta práctica, ya que esto es un conocimiento ancestral de la medicina tradicional, donde normalmente no intervenía la medicina moderna, por lo que la norma viene a solidificar conocimiento que ya se impartía desde años entre las comunidades cercanas en Lircay. Lastimosamente, la norma en el fondo no especifica los medios de aplicación de esta práctica, por lo que no mejora el estado de implementación de esta práctica, sino que deja las limitaciones de la medicina moderna en comprender este conocimiento.

Al respecto, el Ministerio de Salud (MINSA) establece que los hospitales y centros de salud deben ser adecuados para brindar atención sanitaria óptima. Según las directrices, los establecimientos de salud deben ajustar y desarrollar procesos organizacionales esenciales para ofrecer una atención de calidad en el parto vertical. Es fundamental que estos centros consideren los recursos disponibles en su entorno y su nivel de complejidad dentro de la red de servicios de salud a la que pertenecen. Además, el personal de salud debe poseer las competencias técnicas necesarias y un conjunto de habilidades que le permitan establecer desde el inicio una relación empática con las parturientas y sus familias, creando así un ambiente de confianza y seguridad (Ministerio de Salud, 2005).

Tal como señala la cita anterior los establecimientos y la normativa se deben adecuar a lo que requiera la realidad, para que esto suceda el hospital o centro de salud

debe tener la infraestructura adecuada y el personal de salud debe estar capacitado y tener la competencia para atender los partos verticales. Es el hospital quien debe hacer el esfuerzo de encontrar la adecuada atención de acuerdo a las necesidades de las pacientes y no viceversa. Sin embargo, creo que eso es trasladar la responsabilidad a los actores, que muchas veces están incluso más limitados por los procedimientos y la cotidianidad de sus trabajos, por lo que debería ser parte del sentido de la norma configurar como sería la adecuación de la norma a la realidad, sobre todo ante casos complejos o ante una realidad que no cuenta con presupuesto ni recursos humanos.

De otra forma, la naturaleza de esta norma técnica es vacía, dado que puede tener las mejores intenciones, pero no se condice con la obligatoriedad de sus estipulaciones. Por lo mismo que debería ser más precisa respecto a los recursos que necesitara y asegurar la competencia técnica del personal, no esperar que la red de salud se encargue, porque si no hay una obligatoriedad normativa, esto no se va a traducir en acciones, lamentablemente se ha comprobado que solo de esa forma se cumplen a cabalidad las normas técnicas. Como se apreciará a continuación a pesar de que el hospital intente cumplir con tal norma técnica está limitado de muchas maneras.

En el caso del hospital de Lircay, la disponibilidad de todos los elementos necesarios para hacer viable un parto vertical no se refleja en la realidad. El hospital presenta fallas tanto en infraestructura como en recursos humanos, lo que afecta toda la cadena que debería estar al servicio de las usuarias, impidiendo así un funcionamiento eficiente, tal como se establece en la norma técnica. La obstetra Chávez lo expresa claramente al señalar que, a pesar de que sus establecimientos de salud están clasificados como categoría 1-3 y 1-4, así como un nivel 2-1 que también realiza atención de parto, no cuentan con el equipamiento básico necesario para llevar a cabo un parto vertical de manera adecuada (R. Chavez, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

No solo eso, sino que la atención debe considerar los recursos de acuerdo a su nivel de complejidad; al ser un hospital II- 1 cuenta con 4 especialidades básicas (medicina interna, ginecología, cirugía general y pediatría), entre ellos ginecología, que abarca la atención obstétrica tanto de partos naturales como de partos por cesárea. A pesar de eso, si un parto se complica o tienen que hacer una cirugía mayor de emergencia, se tienen que referir a la parturienta al hospital regional, que está mucho más lejos y con lo cual se pone en riesgo la vida de la gestante como del nonato. Esto se hace con la finalidad de que las pacientes sean atendidas con un mayor número de especialistas, así como una mejor infraestructura para atender idóneamente la emergencia.

Asimismo, la norma técnica resalta “la habilidad para formar una relación empática” con las pacientes, la cual es esencial para el cumplimiento de la norma, pero que apunta demasiado alto y muy alejado de la realidad. En primer lugar, porque las obstetras se limitan a su trabajo profesional; segundo, ellas señalan que no pueden encariñarse porque corren el riesgo de faltar a su profesionalismo, pero confunden esto con la empatía, pensar desde la posición de la paciente, hacerla sentir más cómoda en ese momento tan crucial, no debe resultar en dejar el profesionalismo de lado, sino comunicarse más con la paciente. Sin embargo, al no reconocer lo que significa una relación empática, el personal de salud debería recibir una capacitación respecto al parto vertical y a su finalidad, para entender el problema desde un prisma intercultural y de aceptación a la medicina tradicional, y conocer la forma correcta de desenvolverse con las usuarias, lo cual debería estar plasmado explícitamente en la normativa.

Como se sabe, en el Hospital de Lircay son atendidas gestantes de muchas zonas aledañas y que es muy probable que vivan distintas realidades a la de las gestantes del pueblo alrededor del hospital, lo cual dificulta la labor de las obstetras y personal médico. Por eso mismo, se debe reconocer esas realidades que tienen un denominador común, el cual es la diferencia cultural de las usuarias. Como lo señalan las obstetras es difícil lograr

un acercamiento con las pacientes después y antes del parto, es por eso la importancia de establecer en la normativa la obligatoriedad de la capacitación en parto vertical y en salud intercultural, puesto que los partos verticales están en concordancia con las creencias de las usuarias, quienes al sentirse en confianza permitirán una mejor labor del personal médico, que redundará en una mejor atención para ellas.

La idiosincrasia, sus costumbres, su interculturalidad es diferente a la nuestra. Entonces el MINSA debe hacer sus directivas de acuerdo a la realidad de ellos mas no a la nuestra, lo que ellos deberían de hacer es recoger data cualitativa y cuantitativa respecto al a aplicación de la normativa técnica del 2005 y hacer sus directivas de acuerdo a la realidad de Huancavelica y otras regiones que padecen por la falta de aplicación de la misma. Es más, la realidad entre Huancavelica y Lircay es distinta, en cuanto a las zonas Chopcas, porque esas con más aguerridas y recias, es difícil atender un parto horizontal porque ellos quieren que sea vertical; tratamos de respetar sus costumbre y creencias de cada pobladora. Por ejemplo, hacer un degrado uterino cuando queda resto placentario, es muy difícil tratar con ellos, se les tienen que explicar de todas las formas para que puedan entender, pero ni aun así dejan que se les haga tacto vaginal para poder evaluar su dilatación. Por eso, del MINSA tienen que hacer sus directivas de acuerdo a la realidad (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017).

Para tener este entendimiento es necesario y urgente una capacitación en parto vertical y comunicación asertiva para todos los profesionales de salud de primera línea, lo que debería estar estipulado en la normativa dado que, si no es algo presupuestado o previsto por el gobierno central, no va partir de las redes hacerlo ya que ellos se rigen de lo señalado por su plan operativo institucional, que se planea anualmente antes del inicio del año, por lo que es importante establecerla como algo obligatorio en la misma concepción de la norma técnica. Como se comprueba de lo conversado con las obstetras, otras dan su parto vertical agarradas, otras en una sogá, otras sentadas con sus parejas que las agarren

viendo al personal de salud o volteadas; es decir, es diferente y nunca nos han capacitado en cuanto al parto vertical o su idiosincrasia (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017).

Según lo conversado con las obstetras, en general, no se ha implementado la atención del parto vertical, porque solo una persona en todo el hospital fue capacitada, pero la capacitación se basó en el procedimiento obstétrico y no se refirió al plano intercultural. Por lo general, las obstetras realizan el procedimiento de forma horizontal, el cual han aprendido en sus años de carrera, y solo excepcionalmente si la paciente lo pide, lo hacen de forma vertical. Esto no es muy común dado el poco conocimiento de las pacientes o el temor hacia los médicos, las pacientes no tienden hablar mucho y usualmente sus esposos hablan por ellas y es difícil que se dejan auscultar por la obstetra hasta el momento inminente del parto.

Para abordar estas dificultades, lo ideal es establecer un proceso de atención prenatal y postnatal que incluya un registro desde las primeras atenciones prenatales, así como un seguimiento sobre cómo podría desarrollarse el parto. Esta práctica debe estar respaldada por la normativa vigente. En los casos en que las gestantes residen en áreas remotas, las obstetras realizan consultas externas, visitando sus hogares para llevar un control adecuado. El Obstetra Gálvez (2017) describe este procedimiento con precisión, explicando que durante las atenciones prenatales se indaga a las pacientes sobre sus preferencias, ya que existen tres tipos de plan de parto, información que se registra en sus fichas. Al llegar al hospital, se revisa esta información; si la paciente ha optado por un parto en posición vertical (ya sea de pie o sentada), se le lleva al área designada para este tipo de atención. Sin embargo, si la paciente presenta complicaciones, como ser múltipara, tener placenta previa o estar experimentando sangrado, no se podrá realizar un parto vertical y se deberá optar por un parto horizontal. Así, se enfrentan a la realidad de que las pacientes ya tienen un plan de parto documentado.

Sin embargo, en la realidad, muchas pacientes no recurren con regularidad a sus consultas, no solo porque no quieran, sino porque viven lejos, tienen otras responsabilidades más importantes que atender. Muchas veces su alimentación depende de su trabajo del día, y si tienen otros hijos, se dedican a su cuidado y a sus labores domésticas. Además de las labores de cosecha y siembra o cría de ganado, entre otras labores esenciales para su subsistencia, lo cual no es tomado en cuenta cuando se crea este tipo de normas, que, aunque amables con sus intenciones, no ven la profundidad del problema de las gestantes y en general de las mujeres. Estos problemas deberían ser entendidos y reflejados en la normativa técnica, se debe entender la complejidad de las pacientes que no son nuevas, son ya conocidas por el personal del hospital y la red de salud. Se debió recopilar la información de estas zonas donde será aplicable para tener una mejor y completa norma técnica.

Para las obstetras, la falta de una relación empática con las pacientes a menudo se minimiza, ya que las consideran simplemente un número más en el sistema. Esto puede afectar negativamente su profesionalismo, ya que no sienten la necesidad de empatizar profundamente con ellas. Sin embargo, deberían estar preparadas para reconocer la importancia de las diferencias culturales, interactuar de manera efectiva con diversas culturas y comprender mejor estas interacciones. A veces, debido a la falta de capacitación adecuada, optan por lo más sencillo, que en este caso sería realizar un parto horizontal. Esta elección puede llevar a que la paciente se sienta obligada a aceptar la situación, incluso soportando algún tipo de violencia obstétrica. Según las obstetras, la decisión de optar por un parto horizontal se toma por varias razones. Una de ellas es que las pacientes suelen desgarrarse. Por el riesgo y la facilidad, se prefiere que el parto sea horizontal. La posición vertical puede causar incomodidad incluso para las obstetras, ya que tenemos que adaptarnos a esa postura. Aunque el descenso de la cabeza puede ser más rápido, si no

se acuesta inmediatamente a la paciente, pueden presentarse muchas complicaciones debido a desgarros (G. Salvador, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

El hecho que sea más fácil el parto horizontal no es motivo para negar un parto vertical, la propia norma técnica señala que el trabajo de la obstetra es de acompañamiento y si tienen que cambiar de posición, tienen que hacerlo, según se mueva la paciente y según su comodidad. Con ese pensamiento se demuestra que no están preparadas ni capacitadas para atender un parto vertical porque no tienen en cuenta la importancia para una gestante dar a luz en una posición donde se siente cómoda, ellas no deberían tomar esa decisión basada en la opción más fácil. Es claro que no está bien especificado el trabajo de acompañamiento al que se refiere en la norma técnica ni la obligatoriedad de la capacitación para las obstetras.

Según el testimonio de otra obstetra, el personal médico intenta que las pacientes elijan la posición en la que desean ser atendidas, ya sea para un parto vertical, horizontal o en posición ginecológica, que es la más común. Sin embargo, a pesar de aplicar esta estrategia, solo logran atender entre 5 y 6 partos verticales al mes de un total aproximado de 80 partos. Esto significa que la proporción de partos verticales en el hospital y en algunos otros centros es de aproximadamente 7 a 8 por mes (C. Villanueva, comunicación personal, 11 de enero de 2017).

Esto no coincide con lo anteriormente señalado por el otro obstetra, puesto que obviamente quitando los partos por complicaciones, que solo sean 6 o 7 partos verticales, es un número muy bajo. Lo que significa, que las obstetras terminan decidiendo que sea horizontal por la facilidad y porque han sido educadas por medicina moderna sobre esa forma, porque no tienen esa educación respecto al respeto de lo ajeno, a la diferencia de las creencias de las usuarias, lo que muchas veces determina que la atención medica sea lo más fácil para ellas y no para la paciente. Entonces significa que los problemas de la

norma técnica terminan reflejándose en la aplicación de la misma, que termina siendo nula en la mayoría de los casos.

Si bien la norma técnica habla centralmente del parto vertical, describe específicamente todo lo que puede ser permitido dentro del ambiente donde se realizara el parto, e incluso antes del parto, todo lo necesario, la participación de parteras y familiares, la ambientación del lugar, el tipo de asiento, que pueden o no tomar para que ayude con el parto, entre ellos hierbas con propiedades oxióticas. La norma técnica es muy específica y bastante completa para el propósito, pero no es suficiente si no obliga a las que aplicaran tal a tener una capacitación en parto vertical y sobre todo en salud intercultural, lo cual se observa en la realidad. Entonces, donde en principio, no existió capacitación alguna, las obstetras optan por practicar lo que es más conocido por ellas (parto horizontal), las pacientes desconocen sus derechos y siguen ciegamente las indicaciones de las profesionales de la salud.

A pesar de otras complicaciones alrededor del parto; por ejemplo, que la usuaria como en muchos casos mencionan, no se dejan tocar o el hecho de que van con sus propias parteras. Muchas de estas se solucionarían con una buena capacitación en el tema de la aplicación de la norma técnica, concientización sobre la interculturalidad y encontrar un equilibrio entre lo tradicional y lo occidental.

Finalmente, concluimos que la norma técnica es totalmente inadecuada en los términos que se describen en la misma y sus carencias, al no generar una obligatoriedad en consideraciones respecto a la capacitación, presupuesto, y otras limitantes que hemos enunciado con anterioridad. Por tanto, genera una barrera cultural entre las usuarias del servicio de salud y su acceso al derecho a la salud.

3.1.2. Resolución Ministerial N°815-2010/MINSA “Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna”

Respecto a esta resolución, es importante aclarar que el Artículo 3 de la Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA, titulado “Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna”, anula la anterior Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA sobre casas de espera materna. Este cambio de nomenclatura responde principalmente a la necesidad de evitar confusiones, ya que el término "Casa de Espera Materna" puede generar incertidumbre en las comunidades indígenas, donde la palabra “espera” está asociada a un futuro incierto. Por lo tanto, el uso del término "Casa Materna" facilitaría que los pobladores, especialmente las gestantes, se sientan identificados y familiarizados con este lugar, el cual está diseñado de acuerdo a sus características y necesidades (Ministerio de Salud, 2010).

Idealmente, la casa materna está diseñada para ofrecer un espacio completo que permita a las gestantes realizar diversas actividades durante su estancia. De esta manera, se busca que el tiempo que las gestantes pasan en la casa materna sea productivo, centrándose en su educación y asistencia hasta el momento del parto. Según la norma técnica, este espacio no solo se considera un lugar donde la gestante, acompañada o no por sus familiares, puede esperar la llegada del parto, sino que también se transforma en un entorno que promueve prácticas y comportamientos saludables. Esto se logra mediante actividades educativas y comunicacionales que fomentan la integración y la interrelación, no solo para la gestante, sino también para el neonato y su familia. Estas actividades se enmarcan dentro de los derechos humanos y están orientadas desde una perspectiva de género e interculturalidad, con el objetivo de garantizar una buena salud materna y neonatal (Ministerio de Salud, 2010).

Respecto a lo anterior, la norma técnica hace bien es gestar una propuesta integral al problema de las gestantes. Sin embargo, la falta de obligatoriedad de sus propuestas y la falta de coordinación con los actores principales, así como la falta de presupuesto para la misma, la hacen imposible o lejana de cumplir. El primer error es no establecer cuestiones

básicas de aplicación de la casa materna en la realidad. Si bien se toman conceptos muy importantes en esta norma técnica, hay una clara ausencia de los mismos cuando se habla de cómo llevar a cabo estas propuestas y creo que es algo que la norma técnica debería concebir. Ya que la primera barrera de aplicación de lo más mínimo de esta norma en la realidad es la presupuestaria, esto es algo que la norma debería tener claro.

La finalidad de la norma es asegurar el parto institucional, por lo que, todas las herramientas implementadas alrededor de la casa materna son para que más mujeres opten de forma voluntaria, a un parto con la seguridad que brinda la medicina occidental, pero con las comodidades que encuentran en la medicina tradicional, de forma que confluyan pacíficamente y exista un punto de encuentro entre estas dos medicinas que redunden en una mejora en la salud de las usuarias. Estas se plantearon como una alternativa para asegurar que las mujeres que viven en lugares lejanos pudieran permanecer, días antes del parto, en una casa cercana al establecimiento de salud, de manera que se asegurase la atención oportuna tanto si el proceso era normal como si surgiera alguna complicación (Eyzaguirre et al., 2007).

La idea de tener un lugar donde las gestantes se puedan atender cerca al hospital previo a la fecha de parto, es utópica hasta cierto punto. Como se señala en la norma técnica, porque esta plantea tantas alternativas para una mejor casa materna. Sin embargo, obvia que para que esto funcione básicamente debe existir interés y obligatoriedad en las autoridades para exigir su ejecución. Porque con la simple renuencia de presupuesto, esta norma técnica no funciona y eso es algo que tiene que tomar en cuenta al momento de gestarse esta norma, lo cual no hace.

De otro lado, es fundamental comprender el concepto de la Casa Materna, ya que no se trata solo de un espacio destinado a las gestantes hasta el momento del parto, sino que también define la finalidad y los objetivos del Estado en relación con el problema de la interculturalidad y el encuentro cultural. En este sentido, la Casa Materna se define como

un espacio comunal, gestionado, construido y sostenido de manera coordinada entre la comunidad y el gobierno local o regional. Este espacio se utiliza para el alojamiento temporal de mujeres gestantes y de cualquier acompañante que ellas decidan traer, como hijos, parejas, otros familiares o parteras, y está diseñado para ofrecer un ambiente cálido similar al de sus hogares, incorporando sus prácticas alimenticias. Aunque en estas Casas Maternas no se llevan a cabo los partos, se brinda cuidado y preparación a la gestante, facilitando su acceso a los servicios de salud y asegurando un parto institucional, especialmente en las zonas rurales, andinas y amazónicas (Ministerio de Salud, 2010).

El hecho que la norma técnica transfiera la responsabilidad del sostenimiento de la casa materna tanto a la comunidad y al gobierno local/regional, es irresponsable dado que como hemos visto en Lircay, no hay lugar para prácticas culturales fuera de los establecido como obligatorio por el gobierno central y el presupuesto que este brinde. Por lo que, el simple hecho de versar la norma técnica de esa manera denota la falta de conocimiento y planificación al crearla. Simplemente no es realista y eso es algo que se debió tener en cuenta al realizarla.

Entonces, idealmente la casa materna serviría como un espacio de retención de la madre, hasta el momento del parto, un espacio donde estén protegidas, donde se les brinde lo que necesiten si están en posición de precariedad o con un parto complejo. De esa forma asegurar que pueda acudir al hospital al momento del parto y evitar poner en riesgo la vida del neonato, así como de la madre, de encontrarse fuera del radio cercano al hospital. Como lo señala el propio personal obstétrico, ellos identifican claramente el uso y beneficio de la implementación de la casa materna.

La Casa Materna es un lugar donde alojamos a las pacientes de alto riesgo obstétrico, por ejemplo, puede ser una paciente que tiene preclamsia o antecedentes de que haya tenido preclamsia severa o eclampsia, pacientes que tienen placenta previa como diagnóstico. En la Casa Materna se alojan todas las pacientes de zona rural, que están

alejadas al hospital de Lircay y vienen a alojarse (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017). En ese sentido, la generación de un espacio de esa magnitud y con esas finalidades, es importante en regiones como Huancavelica, porque ayudaría a las gestantes a acercarse a un derecho a la salud de calidad. Sin embargo, no es fácil poner en práctica e incorporar una casa materna en cualquier realidad rural o semi-rural, puesto que, hay muchos factores e implicaciones que se deben considerar obligatoriamente en la norma técnica, además de tener un ambiente apto y cuidar de las gestantes. Siendo esto así, concordamos con Eyzaguirre y la propia norma técnica en señalar los elementos que se deben considerar para la implementación de una casa materna:

- A) Fortalecimiento de las capacidades técnicas locales.
- B) Adecuación cultural de los servicios materno para la atención del embarazo, el parto y el puerperio
- C) Participación comunitaria
- D) Comunicación y movilización social.

Al respecto, la norma ha puesto énfasis en aspectos importantes, el primero es la capacitación, que como hemos hablado en el subcapítulo anterior es pobre con respecto a los conocimientos de servicios de salud intercultural y que no está establecida en las normas técnicas como algo obligatorio para su desarrollo. El segundo, sobre la adecuación cultural de los servicios médicos, en este caso podría ser la aplicación del parto vertical y de un ambiente un poco más cómodo y habitual para las gestantes, lo cual no ocurre en su mayoría o de existir no se usa, lo que como hemos apreciado en el numeral anterior.

El tercero, de participación comunitaria es muy importante para dar a conocer la forma correcta de aplicación o adecuación cultural, con ayuda de personas como parteras que sepan bien cómo funciona este tipo de procedimientos o permiten conocer el estado de las gestantes con menos aproximación de la medicina moderna para comodidad de ellas. Sin embargo, esto podría ser mejor normado, porque se debe establecer quienes

sería las personas convocadas de la comunidad para ayudar, por lo que, la falta de claridad genera una ambigüedad que no se puede superar en la realidad por falta de interés de las autoridades.

Respecto del último, este va de la mano con los anteriores, mucha de la aplicación de la norma técnica tiene que ver la existencia de voluntad, tanto en el personal de salud, las pacientes y los otros intervinientes en el proceso. En el caso de la casa materna, requiere participación y movilización de la comunidad interesada para mantenerse porque no hay suficiente personal de salud que se dedique exclusivamente a la atención en la casa materna y la falta de recursos es evidente. Sin embargo, esto debe ser planeado y presupuestado por la norma técnica, es irreal que se planifique un proyecto tan grande sin presupuesto y con la sola ayuda de la comunidad, como veremos esta ausencia de obligatoriedad en los compromisos con el municipio o red de salud, general la imposibilidad del cumplimiento de la norma.

En ese sentido, los elementos de la norma, nos remarcan la importancia de la adecuación cultural de cualquier norma a la realidad donde se aplicará, esto se traduce como la finalidad de la norma, la cual en el caso de la casa materna es aumentar los partos institucionales, reducir los partos en casa y la probable alza en la mortalidad materna. Las casas de espera buscaron incrementar la cobertura de la atención del parto institucional para reducir la mortalidad materna y perinatal (Eyzaguirre et al., 2007). Como ya se ha mencionado con anterioridad, la importancia de los partos institucionales para el acceso de la salud de las gestantes representa el espíritu de la norma de la casa materna, lo que finalmente garantiza el acceso a su derecho a la salud. Pero como hemos señalado, las limitaciones de su concepción hacen que esta finalidad se vuelva imposible de cumplir.

Por otro lado, la norma técnica subraya la importancia de la participación ciudadana en el desarrollo de los derechos de sus miembros, como señala el Ministerio de Salud. La Casa Materna, al facilitar el acceso al parto institucional, garantiza los derechos de las

gestantes que provienen de zonas de difícil acceso y que poseen diferencias culturales. A través de estas casas, se permite y se facilita el acceso a los servicios de salud, lo que a su vez implica la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del niño o niña que está por nacer. Además, esta iniciativa evidencia el ejercicio del derecho a la participación social, articulando a la población, actores sociales y autoridades. Estos, en su calidad de miembros de una comunidad organizada, también asumen la responsabilidad en el cuidado de la salud materna y neonatal (Ministerio de Salud, 2010).

La norma técnica se tendría que desenvolver con presupuesto y participación de los diferentes actores, como la propia ciudadanía, así como las autoridades locales, quienes tienen que gestionar, el presupuesto para implementar lo necesario para que pueda marchar como se espera. Para su funcionamiento regular, una casa materna necesita, por ejemplo, la seguridad del lugar aparte del personal médico, los víveres para la comida, los servicios (gas, agua, luz), que dependerían participativamente de los gestores locales y la comunidad. Esto como hemos visto es generado por la ausencia de visión de la complejidad del problema que no se aborda en la norma técnica y en su creación, como una exposición de motivos de una norma técnico no prevé que los actores llamados a realizarla no tienen los medios para hacerlo.

Adema, el gobierno central no destina un presupuesto mensual para los gastos que puedan surgir de su mantenimiento, lo único que garantiza el gobierno central a través de su gobierno regional es la construcción de la casa materna e implementación de muebles para la misma. Por lo que, si no se estable las funciones de cada participante y coadyuvante para la casa materna, entonces no se va a poder cumplir con la finalidad de la misma, ni su cobertura. Puesto que, las gestantes necesitan una persona que las ayuden a tiempo completo, además de alimentación, atención medica constante, recreo, entre otras cosas.

Por otro lado, es fundamental reconocer la importancia del embarazo como una expresión cultural de la gestante. Este proceso está inmerso en un conjunto de tradiciones

y costumbres que la acompañan desde los primeros días del embarazo hasta el nacimiento del bebé. La norma técnica, junto con varios autores que abordan el aspecto cultural del evento, señala que el embarazo, el parto y el puerperio no deben ser considerados únicamente como fenómenos biológicos, sino, sobre todo, como eventos sociales y culturales que son construidos por la población en función de su propia realidad natural y espiritual, involucrando a la familia y la dinámica comunal. Al concebir y construir una Casa Materna, es esencial tener en cuenta los aspectos que cada comunidad establece de manera diferente. Así, la implementación de las casas maternas debe proyectarse como un espacio familiar que responda a las expectativas de las usuarias y sus familias, con el objetivo de reducir la brecha cultural y facilitar el acceso al parto institucional, promoviendo el ejercicio de los derechos y deberes, así como el respeto mutuo, para lograr la equidad en la diversidad de sistemas culturales (Ministerio de Salud, 2010).

Como se señala en la anterior cita, el parto es algo más que un simple hecho aislado en el seno de una familia, sino que trasciende a un evento comunitario que afecta a todos alrededor y por tal requiere la colaboración y el entendimiento de tal fenómeno dentro de una comunidad. Es por esto, que es necesario que la norma responda de la mejor forma a las necesidades de este evento, entendiendo complementemente sus efectos dentro y fuera de familia que lo alberga. En tal sentido, corresponde institucionalizar todas las herramientas que las comunidades usan para el parto, de alguna u otra, para la protección de las gestantes y la procuración de los partos institucionales.

Más allá del tema presupuestario y los factores que contribuyen o que condicionan de algún modo el funcionamiento de las casas de espera, es importante tener presente el hecho de que, en las comunidades rurales, el parto es un hecho que pertenece al ámbito familiar y está condicionado por aspectos culturales incuestionables. El sector salud debe tener la capacidad de responder en la forma más pertinente a estas características de la población y de institucionalizar aquellas estrategias que se reconocen como válidas para

acercar a la población excluida geográficamente a los servicios de salud (Eyzaguirre et al., 2007).

El reconocimiento de la diferencia intercultural significa un primer paso hacia el funcionamiento de cualquier norma técnica existente al respecto, el que los profesionales de la salud sepan que el dar a luz es todo un evento social, rodeado de prácticas culturales que probablemente no entiendan, pero que deben respetar, es importante para que ellos puedan realizar con más facilidad su función de atender a la gestante, lo cual debe ser entendido y explicado en la norma técnica. Ya que se debe resaltar que el beneficio es tanto para la usuaria como para el profesional de la salud.

No obstante, si se habla de dos frentes opuestos, con dos realidades distintas, como lo son: el profesional de la salud, que finalmente va a atender dentro de sus recursos y la diferencia cultural no le afecta, se limita al recibir su pago o terminar su turno. Pero en el caso de la usuaria, la importancia de no entender su diferencia cultural, supone alejarla totalmente al acceso a su derecho a la salud, en una etapa donde la atención médica es altamente recomendable y en el peor de los casos conllevar hasta su muerte, si no es atendida idóneamente. Entonces una de las principales razones de la mortalidad materna estaría representada por la falta de atención de salud idónea.

En el análisis de la mortalidad materna se identifican cuatro demoras. La primera, relacionada a falta de reconocimiento de las señales de peligro; la segunda, en tomar la decisión de buscar ayuda, ambas relacionadas con la toma de decisiones de la mujer y su familia; la tercera demora asociada al proceso de traslado de la gestante al establecimiento de salud que implica el apoyo que debe brindar la comunidad donde habita la mujer; estas tres demoras se hacen aún más relevantes y críticas en zonas de población dispersa, de pobreza, pobreza extrema y de grupos poblacionales étnicos. La cuarta demora está relacionada a la atención oportuna en los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2010). Estableciendo las implicancias de la norma técnica; así como, el beneficio de la misma y

del reconocimiento de la diferencia cultural que propiciaría un mayor número de partos institucionales, así como de sus limitaciones al momento de su concepción. En contraposición a lo anterior, analizaremos lo que pasa en la realidad del hospital de Lircay, así como el funcionamiento de la casa materna.

Según las obstetras y el personal especializado del Hospital de Lircay, así como de la Red de Salud de Lircay, la situación actual de la Casa Materna y su funcionamiento es problemática. En la actualidad, la Casa Materna no opera adecuadamente; aunque está bajo la administración del hospital, carece de funcionalidad debido a la falta de personal asignado. Este déficit está relacionado con la persona que debería dirigir esta área, y dado que el hospital cuenta con un personal limitado, no puede activar el funcionamiento de la Casa Materna. Además, existen desafíos culturales, ya que muchas personas se resisten a trasladarse al hospital, manteniendo la creencia de que el parto solo debe ocurrir cuando se presentan los dolores. Esta perspectiva minimiza los riesgos asociados con los partos y se limita a las decisiones tomadas por el esposo o la familia de la paciente (C. Flores, comunicación personal, 20 de julio de 2016).

Según las entrevistas recogidas del personal de salud del Hospital de Lircay, estos afirman que la casa materna no tiene funcionamiento, por dos motivos principales; no tiene presupuesto para su funcionamiento (incluido personal, mantenimiento, servicios, alimentos y etc.) y el poco entendimiento de la realidad de las gestantes, en específico, las gestantes en zona rural no tiene la costumbre de acercarse al hospital porque deben cumplir su rol dentro de su hogar y comunidad, por lo que esta normalizado solo acercarse al hospital en el caso de que surja dolor.

Como lo señalan algunas obstetras, la casa materna actualmente no funciona, pues el personal del consultorio solo trabajamos 4 obstetras y no estamos yendo a trabajar allá porque de haber una gestante se debería de hacer un seguimiento permanente, por lo que no podemos. Si tuvimos 2 o 3 casos que se han alojado, pero se necesita hacer seguimiento

y estar viéndolas, les damos la casa para que se alojen, pero no tenemos control si salen o a qué hora salen, hemos tenido casos en que se han escapado, o que están un par de días y se van, por el mismo hecho de que allá tenemos cocina y está equipado, pero no contamos con los víveres ni verduras para su alimentación tendrían que ser compradas por ellas. Se habló con el área de Nutrición, para que pudieran proporcionarles comida, pero solo desayuno y almuerzo, ya la cena tendría que ser cubierto por ellas y los domingos no hay atención en Nutrición. Anteriormente, solo tuvimos 2 o 3 casos que se dio atención (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

En los pocos casos donde se ha logrado dar uso de la casa materna, se identificaron rápidamente lo problemático que resulta mantenerla pues no puede asegurar la comodidad, control y monitoreo de las gestantes, como debería ser. Generando una carga más que una ayuda para las mismas, lo que originaría que estas tomen la decisión de irse del lugar. Por lo que, en esas circunstancias solo se usó la casa dos o tres veces y por un par de días, antes que las gestantes volvieran a su hogar.

En ese sentido, la casa materna no es adecuada para asegurar el acceso del derecho a la salud, porque hay demasiados problemas pendientes a solucionar que se basan principalmente en las limitaciones de la norma técnica. El principal problema es que no hay personal para hacerles seguimiento a las pacientes, en las necesidades que tengan en su estadía en la casa materna. Son pacientes que en muchos casos podrían tener complicación y que necesariamente necesitan asistencia por la posibilidad de un parto inminente. Ellas no podrían sentirse cómodas, si no hay un personal de salud a tiempo completo en el lugar donde se quedan, que les aseguraría la buena atención, si se quedan solas en la casa materna, porque de repente sus familiares no pueden estar todo el día y cuidar de ella a tiempo completo. Esto va de la mano con que la norma técnica no establece cuanto personal debe estar en la casa materna y mientras no haya una obligatoriedad de parte de esta, no habrá presupuesto para que se planifique acorde a esas necesidades. La

norma técnica se basó en señalar el problema y dar sugerencias de solución, nada que se pueda traducir a la realidad lastimosamente.

Además, otro problema que claramente no podría permitir y no ha permitido la implementación de la casa materna, es que al no haber presupuesto tanto para pagar a una persona capacitada para la atención de las gestantes, tampoco hay presupuesto para alimentación de las mismas. Ni siquiera para solventar los servicios básicos y necesarios para su mantenimiento diario, como luz y agua. No hay alimentos y cosas para la atención básica, para garantizar la correcta alimentación de las usuarias. Y como nos señalan, han existido casos donde las pacientes se escapan, porque no cuentan con la comodidad, que les brinda su propio hogar.

Es porque no tiene presupuesto. No tiene presupuesto de personal, ni de funcionamiento, ni para alimentos, ni de vigilancia, ni de luz o de agua. La han creado sin presupuestos, y esta no puede funcionar sola, tiene que haber control sobre el ingreso y salida, porque ya ha sufrido hasta 2 robos. Entonces, no se puede trabajar en esas condiciones y el paciente no se siente seguro ya que no hay nadie a su lado. No hay responsabilidad de nadie en ese lugar (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

Se espera que la Casa Materna sea un lugar donde las gestantes se sientan seguras y atendidas antes de dar a luz. Sin embargo, la falta de servicios básicos dificulta que puedan disfrutar de una estancia cómoda. Además, otra de las deficiencias de la Casa Materna de Lircay, aparte de las mencionadas, es su lejanía del hospital, lo que complica que las obstetras puedan visitar a sus pacientes con facilidad, obstaculizando así una atención adecuada. La ausencia de personal asignado a tiempo completo para la Casa Materna agrava esta situación, ya que hace aún más difícil, e incluso imposible, proporcionar atención de calidad. Las obstetras no pueden abandonar su turno debido a posibles urgencias en el hospital, lo que también retrasa la llegada de ayuda para cualquier

emergencia que surja en la Casa Materna. Como señala la obstetra Castro, la Casa Materna del Hospital de Lircay está aproximadamente a 10 minutos, y hubiera sido ideal que se construyera cerca para poder atender a las gestantes hospedadas (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Sin embargo, el problema es que está lejos y no contamos con personal exclusivo para esa Casa. Por eso, es rara la ocasión en que se utiliza, ya que no tenemos personal ni alimentación para esas pacientes.

Por esos motivos, la casa materna de Lircay no es usada con regularidad, es rechazada y poco conocida, o lo que se sabe de ella es respecto a su falencia y al porqué de su no funcionamiento. Por tanto, la misma no cumple con la función de reconocimiento intercultural de las gestantes y acercamiento de la medicina occidental con la tradicional. En la realidad de Lircay y del hospital específicamente, esta normativa técnica no es la adecuada porque no toma en cuenta, problemas de presupuesto, personal capacitado, concientización y mantenimiento de esta iniciativa al momento de su concepción, que luego generan un problema en su aplicación. Es por eso que, la norma técnica y su aplicación generan una barrera cultural del acceso a la salud para las gestantes de la comunidad de Lircay.

3.2 La carencia de Personal médico competente en salud intercultural

En Perú, la normativa sobre salud intercultural es limitada, y la existente no se desarrolla ni se implementa de acuerdo con las necesidades de los profesionales de salud que trabajan directamente con los pacientes. Este problema no solo radica en la falta de personal capacitado en el Hospital de Lircay, sino también en la escasez de profesionales en diversas áreas de especialización. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado no solo capacitar a su personal de salud, sino también enviar y distribuir este personal en función de las carencias de la población. Como señala el Centro de Asesoría Laboral (2008), debe tenerse en cuenta que los centros con menor porcentaje de empleados del sector pertenecen a zonas rurales. Debido a ello, la política de salud de la región deberá considerar

los mapas de pobreza contruidos por FONCODES como un reto para garantizar el pleno cumplimiento del derecho a la salud.

Como veremos la falta de personal se debe a muchos factores, no solo de omisión del Estado si no sociales, que explicaremos a continuación y que se podrían replicar no solo a realidad de Lircay sino de todo el Perú. Por tanto, es primordial reconocer la gran barrera cultural que se presenta desde el primer acercamiento de la salud con el paciente, o sea a través de un médico o especialista en salud, sea enfermera, obstetra, etc. Si un médico no habla la lengua nativa del lugar donde va a trabajar, ya se genera una fuerte barrera lingüística que raya en una diferencia cultural inmensa entre el médico y el paciente. Lo que genera que exista poca o nula comunicación entre el paciente y el médico, lo que en muchos casos implica que una tercera persona sirva de traductora para el paciente y que, al haber un intermediario entre el médico y el paciente, exista la posibilidad que se pierda el mensaje primordial que quiere transmitir la paciente.

Este problema de comunicación y la falta de capacitación del personal no se limita a un solo aspecto, sino que afecta todas las esferas de la atención médica. Esto genera desconfianza en los pacientes hacia los médicos, no solo si no hablan su lengua, sino también cuando no saben cómo tratar a un paciente con un contexto cultural diferente. Si el profesional de la salud se limita a aplicar únicamente sus conocimientos (medicina occidental) y a explicar todo en términos médicos, sin prestar la debida atención a las razones por las cuales el paciente se encuentra allí, es probable que el paciente no regrese para recibir ningún tipo de atención médica.

En esta instancia, si tenemos personal médico que no está preparado en salud intercultural y desconoce por completo la cultura de los pacientes que atiende. Como pudimos observar desde nuestra experiencia en el hospital II- 1 de Lircay, algunas obstetras señalan que hay un gran desincentivo para que los buenos profesionales de la salud acudan a una plaza en hospital rural. En primer lugar, tal plaza tiene, en muchos casos, la misma

paga que en la capital, por tanto, los que llegan a la plaza rural son gente que simplemente no vino voluntariamente, sino que, por lo general, no accedieron a una plaza de la capital.

En segundo lugar, cuando no existen incentivos para realizar un trabajo, este tiende a realizarse de manera deficiente. Algunas obstetras destacan que su labor es sumamente importante y delicada, y buscan contar con profesionales comprometidos con los pacientes. Sin embargo, esta dedicación a menudo no se logra, ya que, debido a la escasa remuneración, los profesionales prefieren cumplir con el mínimo de horas requeridas en el hospital y luego regresar a la capital para ofrecer servicios particulares que son más rentables que su trabajo para el Estado. Esta situación también se observa en otras disciplinas, como la educación y la ingeniería, donde se cree que los empleos en la capital ofrecen mejores condiciones debido a las comodidades que brindan. Por lo tanto, las obstetras de la zona identifican como problemática que la calidad de los servicios de salud está asociada a las competencias y la distribución de los recursos humanos. Actualmente, estos recursos están distribuidos de manera inequitativa y centralizada, con limitadas capacidades profesionales debido, entre otras razones, a las condiciones laborales, salariales y a un escaso conocimiento de la diversidad cultural presente en la región (Forsalud, 2006).

Además, la falta de compromiso del personal de salud también se demuestra con la relación entre diversas áreas del hospital, que en vez de ser simbiótica y unida con la finalidad de otorgar un mejor servicio. Se demuestra que cada profesional tiene su propia agenda y no le importa mucho los pacientes o sus demás compañeros de trabajo. Lo que se comprueba con un siguiente testimonio: “Sí, por ejemplo, voy con mi paciente, lo llevo a psicología a las 5 pm y consulto si lo pueden atender, me dicen que no porque ya es horario administrativo. Si vas a las 11 am llevas al ginecólogo tu historia solicitando una ecografía, indican que es hora de almuerzo” (H. Ramos, comunicación personal, 20 de julio de 2016).

Esta es una problemática terrible, al tener profesionales poco motivados con sus trabajos y en muchos casos alejados de sus familias, genera que haya una mala atención de parte de ellos hacia los pacientes, que es simplemente provocado al poco interés en sus trabajos. Como nos señalan las obstetras de la zona, ellas creen que las cosas cambiarían sin hay más incentivos monetarios para los especialistas que trabajen en zonas rurales. De esa forma, se incentivaría que mejores profesionales acudan y estén más contentos con las plazas, además que evitaría la migración de los profesionales que habitan en esas zonas y que podrían estar aptos para esas plazas, incentivando la permanencia de la gente de esa zona y con mejor entendimiento de los pacientes.

Cuando los funcionarios y prestadores no comprenden la cosmovisión de los indígenas ni sus valores- diferentes de los de la sociedad occidental- se genera rechazo. Asimismo, la atención en zonas rurales es tomada por el funcionario como un “castigo”; no existen motivaciones para trabajar en estos lugares. Por tanto, hay todavía muchas deficiencias en la implementación de los procesos de atención de la salud con enfoque intercultural (Eyzaguirre Beltroy, Fallaque Solís, & Lou Alarcón, 2007, pág. 83).

Lo que quiere decir que la deficiencia de personal o la falta de este, se corresponde y tiene directa relación con la deficiencia en la implementación de la salud intercultural en la atención. Por lo que, es necesario que tanto el ministerio de salud y la red de salud de Lircay deben de retroalimentarse para que se logren mejores técnicas en atención a la salud intercultural de acuerdo a la zona de atención. En este caso en Lircay, la red de salud tiene pocos años de creación y ella sería la más apta para recopilar la información de los mismos pacientes o los profesionales de salud, de esa forma implementar un curso de salud intercultural en la atención, y claro con la colaboración del Ministerio de Salud, en tales iniciativas se lograría mucho respecto al acceso a la salud de las gestantes de la zona.

Debemos tener en cuenta que estas iniciativas son buenas, pero se debería tener una gran alianza con el Ministerio de Salud, para ver el tema en profundidad, no solo

superficialmente, sino que se impliquen en el verdadero trasfondo de problemas, el acceso a la salud. Y para eso es importante tener presente que:

El proceso de formación de personal de salud constituye un proceso de socialización en conocimientos, principios, valores, conciencia sanitaria y habilidades técnicas en los campos científico-técnico, ético político, donde los planes de estudio necesitan estar sintonizados con la realidad y con los contenidos, experiencias y ambientes de aprendizaje; transmitir valores compartidos sobre el respeto por la diferencia, la libertad, la autonomía, la convivencia y la solidaridad. (Conferencia Nacional de Salud, 2003, pág. 62)

De esa forma, eliminar o mitigar la barrera cultural desde los primeros lugares donde se origina, el proceso de formación del personal de salud, e implementar la salud intercultural en una curricular normal de atención a los pacientes.

3.2.1. Implementación de salud intercultural en la capacitación del ministerio de salud.

Como ya hemos retratado líneas arriba el problema es súper serio para el acceso a la salud de las gestantes. Pero la problemática parte desde el gobierno central, porque:

La limitación del gasto público en salud ha sido un muro contra el que no se podría arremeter. Sea porque había que recortarlo durante los ochenta o porque había que hacerle sitio al pago de la deuda externa o a otros rubros en los noventa y no se lo podía aumentar hasta colocarse siquiera en el promedio latinoamericano (Iguíniz Echeverría, 2001, pág. 16).

En el año 2002, el número de médicos era de 11 por 10000 habitantes, 2,4 % para las obstetricias, 1,2% para profesionales de odontología y 8,1 para enfermería. (Consortio de Investigación Económica y Social , Proyecto Observatorio del Derecho a la Salud., & Latin American and Caribbean Committee for the Def, 2007, pág. 177)

Esto nos retrata una imagen bastante dañada, no solo de nuestro sector salud sino de nuestro sector específicamente ginecológico y de atención obstétrica, con números que

son irascibles y que ni siquiera se ven reflejados en cifras estándares con respecto al número de médico por habitantes. Lo que refleja una realidad perturbadora para quienes no tienen privilegios sociales y mucho menos derecho de salud en la realidad. El reconocimiento de los mismos derechos para todos los integrantes de una población es algo que el Estado debe asegurar, la realidad difiere mucho de esto, con las cifras más penosas, ya que, en el hospital de Lircay, no tienen las especialistas necesarias para todos los turnos, y si las hay son personal obstétrico e internas de la carrera y no ginecólogos residentes.

Entonces, es importante la actuación del Estado como ente regente del derecho a la salud, debería destacarse no solo con la creación de normativa para la aplicación de salud interculturalidad sino que como lo señala Walter Pariona y coincidimos; debería:

El MINSA, a través de todas sus instancias normativas debería impartir cursos de capacitación en asuntos de interculturalidad a todos sus trabajadores profesionales y no profesionales, la supervisión de la población civil organizada. (Piñón, Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta, 2004, pág. 54)

Como lo señala el autor el camino de la capacitación tiene que partir del Estado, pero no solo a sus profesionales, sino a todos los que trabajan con él. En el hospital de Lircay no solo trabajan profesionales de la salud sino también personal administrativo, que también tienen acercamiento con el paciente, ya sea para guiarlo o por una consulta cualquiera y, hasta en esa instancia, deberían estar preparados para atender a un paciente con las herramientas que la salud intercultural puede brindar. Es por eso que el autor señala alguno de los retos que puede exigir una verdadera capacitación intercultural, como son

- a) Que el enfoque intercultural sea incorporado en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente.

- b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico.
- c) Que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud.
- d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas para abatir la inequidad en salud y combatir la discriminación.
- e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud.
- f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud. (Piñón, Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta, 2004, pág. 14)

Lo anterior implica que en cualquier capacitación de salud se deba agregar el enfoque intercultural, de esa forma se vuelve una necesidad y se normalice que tanto los doctores y personal que tenga contacto con los pacientes estén preparados para atenderlos. No solo eso, que se adecue interculturalmente muchos procesos médicos, así como el parto vertical o la casa materna, reconociendo el conocimiento de las sociedades a las que se trata y dándole el valor que se merecen. Como fin último de estas medidas, debería ser la equidad en salud, que como ya veremos queda muy lejos del estado en el que está actualmente las cosas en Lima y, en específico en Lircay, a pesar que la salud intercultural si se haya establecido como política de salud en cumplimiento de los ordenado por organismos internacionales. Es por eso, que el deber del Estado en esta instancia es un trabajo continuo y permanente, puesto que es el ente rector de todo el esfuerzo que puede llegar al Minsa.

Todos los puntos antes señalados por el autor apuntan a este ente regente o dependen de él, el Estado. Quien debe salvaguardar a su población, tiene el deber y la obligación de hacerlo, siendo que la salud es uno de los derechos básicos del ser humano,

identificando su importancia sobre todo en el caso de los pacientes vulnerables, como son las gestantes y más aún, de un hospital tan alejado como es el de Lircay.

Es por eso que, el Estado desde su posición debería primero notar la profundidad del problema y de esa forma actuar de forma transversal en todo el sistema de salud. No solo es cambiar el último eslabón de la cadena (profesionales de la salud), que como ya mencionamos, también son importantes, sino cambiar todo el modelo de cómo se educa a estos profesionales de la salud. Imaginemos implantar otra forma de practicar la medicina, diferente a la que han aprendido durante muchos años de carrera:

En ese modelo de pensamiento, ¿cómo es posible el dialogo con interpretaciones basadas en fenómenos no controlables y verificables? Existe un cierto grado de injusticia al juzgar duramente la supuesta falta de competencia intercultural de los profesionales de salud cuando se les exige que actúen en forma absolutamente contraria al modelo en que han sido formados. El problema es estructural y por eso las implicancias de aplicar la interculturalidad en salud significan para la medicina adoptar un nuevo paradigma, no adquirir algunas competencias adicionales dentro del paradigma vigente. La incorporación de la interculturalidad en la salud se torna así en un tema de doctrina médica, de formación de recursos humanos y sólo como consecuencia de esos cambios un problema de sistemas de salud. (Salaverry, 2010, pág. 13)

Como venimos diciendo, debe ser muy complicado, en la realidad, cambiar los cimientos de la educación que reciben los profesionales de salud. Pero si se quiere corregir el problema desde la raíz, el ministerio debería tener puestos sus ojos en hacer un esfuerzo por educar a los médicos y profesionales, para que resulte cada vez más sencillo que los médicos y otros profesionales de la salud, acepten otra cultura como algo de lo que también pueden aprender y tomar como referencia al momento de ejercer la medicina. Cualquier capacitación que se plantee debe ser completa, no solo desde el punto álgido donde se inicia la formación del profesional de la salud, como desarrolla su labor con el paciente y

hasta el momento donde el paciente se encuentra satisfecho con el servicio. Siendo esto así, se deben tomar estrategias que tomen en cuenta estos puntos principales en la capacitación del personal de salud:

Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas nos obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención. La capacitación, como una estrategia para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud, implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, las personas, los grupos y las acciones que desarrollan.

Entre las razones y los motivos de por qué es necesario modificar las conductas del personal de salud en contexto indígena sobresalen:

- a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena.
- b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad, así como de sus prácticas de atención.
- c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico-paciente en zonas indígenas es muy común.
- d) El personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad. (Piñón, Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta, 2004, pág. 9)

Obviamente la falta de empatía y el poco entendimiento de lo otro, es causado por el desconocimiento de lo ajeno, o sea de las otras culturas y el poco interés por hacerlo, justificable si en cierta forma es algo nunca aprendido pero corregible si hay cierto interés

por su labor como profesionales de la salud, que se corresponde de manera directa con tener interés por la salud de sus pacientes al punto de hacer un juramento. Así que tanto una capacitación inclusiva como un cambio estructural no harían el cambio si no se mira desde un cambio en el pensamiento de los profesionales, algo un poco más profundo y difícil de llegar, pero en lo que el Estado también debe trabajar.

El Estado debe identificar estos factores y trabajar en ellos, incentivando que el profesional de salud se interese en esto desde los primeros momentos de su formación como profesional. Garantizando también que sean personas idóneas para el trabajo que hacen porque tiene que ser ellos quienes se interesen por la salud de sus pacientes teniendo un mínimo de empatía hacia el otro y respetando su juramento. Como los señala el propio ministerio:

El personal que trabaja en esta zona debe dedicar parte de su tiempo a conocer los estilos de vida, los patrones culturales de la comunidad, su lengua principal, su religión, sus creencias y costumbres, el rol de la mujer y el varón en la familia, las expectativas de las usuarias/os referente a los cuidados de la salud sexual y reproductiva. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 23)

Lamentablemente este no es el caso de esta realidad, porque los doctores viven alejados del entendimiento de lo que vive la población que ellos atienden, el trabajo extra que representaría conocer todo lo mencionado anteriormente, no es remunerado y si bien algunos los hacen de iniciativa propia, esto exige mayor carga laboral que muchas veces no se ve justificada con el resto de trabajo que tienen que hacer a diario y que los hace indolentes a este tipo de entendimiento hacia el otro.

“Efectivamente, una serie de investigaciones realizadas en la última década en nuestro país confirman la predominancia del enfoque biomédico vertical que sigue siendo asumido por los prestadores de los servicios de salud del Ministerio de salud dentro del

marco de la atención, pero que es común en diversos países del mundo. Entre los que destacan:

- Modelo de comunicación vertical, el personal de salud es el que indica, da instrucciones, los usuarios solo tiene que aceptar y acatar lo que se les indica. No se escuchan ni recogen opiniones de los clientes de los servicios respecto a su satisfacción con la atención recibida.
- Poca comprensión de la cosmovisión del poblador de la sierra o selva, e incluso de las zonas urbano- marginales de la costa y sus concepciones respecto a los temas de salud, dejando de lado el enfoque de interculturalidad.” (Aliaga Huidobro, 2003, pág. 26)

Este modelo no es sostenible si se quiere la erradicación de las barreras culturales, ya que este mismo modelo es el que provoca las barreras. Si el medico solo instruye y solo manda, no se da la oportunidad para que el paciente se puede expresar o señalar sus molestias tanto medicas como culturales, lo que genera una eliminación y poca importancia a la cultura que recibe la atención del médico. De esta forma, se deja de lado el enfoque intercultural, sin ni siquiera comprender la cosmovisión del paciente, la cual puede ser de gran importancia para entender la enfermedad del paciente. Por lo que, se puede decir que, la realidad de la situación intercultural “pone en evidencia la necesidad de tomar en consideración los factores sociales y no solo los médicos sanitarios- si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud implementado en grupos de población de cultura heterogénea” (Aguirre Beltrán, 1980, pág. 12).

Según el ejemplo de la realidad ashaninka retratado por Ángeles Cabria:

“La escasez de profesionales sensibilizados y formados cultural y lingüísticamente para atender las necesidades de salud de las mujeres ashaninkas determina la baja calidad de atención en los escasos servicios existentes junto a un trato culturalmente inadecuado y discriminatorio, lo que hace que las mujeres indígenas decidan no acudir al centro de

salud y hospital rural y prefieran la ayuda de un familiar en la casa, razón por la cual es muy poco común el cuidado prenatal y de parto atendido por profesionales. Muchas mujeres indican que el problema no es tanto con la medicina occidental como con la forma como esta es administrada y dispensada” (Cabria, 2004).

Esto es lo que pasa entonces actualmente con los profesionales de la salud no capacitados y que se enfrentan a los pacientes día a día, si hacemos un símil con lo referido con la población Ashaninka, la población del pueblo de Lircay y alrededores no difiere tanto de esa realidad, ya que al igual que en el caso Ashaninka, se pudo notar de nuestra experiencia, la falta de atención intercultural además del reproche y discriminación. Al punto de señalar a las pobladoras gestantes como desinteresadas por no acudir a su consulta, lo que genera que los profesionales tengan que ir a las casas de las pacientes, pero que es ocasionado justamente por ese pensamiento de desconocimiento de otra cultura. Se ve ese tipo de actuar o al mismo paciente, como una persona de segunda categoría, generando que el problema en el acceso no sea la medicina occidental, sino como esta es administrada por los profesionales de la salud, que tratan en el mejor de los casos paternalmente y en el peor de los casos, como incapaces a sus pacientes, por no tener la misma lengua materna o por no entender mucho de procedimientos de salud.

Sin embargo, aún hay esperanza por parte de los profesionales de salud al observar los cambios tanto en los pacientes como en la valoración de los servicios que se llevan a cabo en los puestos de salud. A pesar de ser básicos, estos servicios cumplen una función importante al acercar a la población a la atención sanitaria. Como se señala Castro, a veces, sus costumbres son muy arraigadas, y muchas veces tienen miedo de que les hagamos daño; sin embargo, ha habido un cambio significativo en comparación con los casos del pasado. Se han creado puestos de salud en los diferentes pueblos, lo que ha permitido que la población se acostumbre al personal de salud (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

Por otro lado, al igual que en muchos hospitales, el éxito del Hospital de Lircay se mide por el número de nacimientos institucionalizados, es decir, aquellos que ocurren dentro de las instalaciones del hospital. Este enfoque no fomenta un entendimiento de la cultura de los pacientes, sino que prioriza el aumento en el número de atenciones, donde los fines parecen superar a los medios. En este contexto, cientos de gestantes acuden con temor de que su salud se vea comprometida si no asisten a sus controles. Dado que la organización de los servicios de salud está muy centrada en lo recuperativo, todo su sistema de registro, y especialmente la medición del factor de productividad de los trabajadores de salud, se basa en la atención (número de atenciones realizadas); no tiene una perspectiva de promoción de la salud, es decir, no está enfocada en el trabajo hacia la comunidad. Así se evidencia una paradoja: los documentos de promoción de salud indican que el proveedor de salud debe ir a la comunidad, pero estas actividades no son consideradas productivas (Aliaga Huidobro, 2003, pág. 34).

Esta paradoja se reproduce en todas las oportunidades en las que el Estado norma y regula la actuación de sus profesionales de salud. Aun así, la participación del Estado directamente con los profesionales de la salud es mínima como lo señalan los mismos trabajadores del hospital de Lircay, al señalar que para las capacitaciones se abren 1 o 2 vacantes para todo el hospital, además de que hace muchos años no se llama a capacitación por diferentes motivos:

No, solo fue la última, y respecto a capacitaciones nos dejaron de enviar hace aproximadamente hace 3 años, ya nadie va a capacitaciones; como refiere algunas autoridades ya que SERVIR o el mismo Estado te paga todo es por meritocracia, el que estudia y se capacita por sus propios medios es a quienes les pagan. Esa son las excusas que tienen para no mandarnos a capacitaciones y seamos nosotros los que nos solventemos las capacitaciones para este nivel de hospital (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

Por lo que, el éxito de un hospital debería medirse de acuerdo con su interacción pertinente con las pacientes; de la intención de la norma respecto al impacto que tendría la misma en la realidad a la que se aplica, ese debe ser un indicador de éxito de cualquier programa o norma que se pueda aplicar a la capacitación del personal de salud:

Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, [...] (Hunt, 2003)

En términos operativos, un modelo de salud con enfoque intercultural debería potenciar y/o incorporar en el sistema de salud todos aquellos conocimientos, recursos humanos y materiales que la población utiliza para la promoción, prevención y recuperación de salud. (Eyzaguirre Beltroy, Fallaque Solís, & Lou Alarcón, 2007, pág. 44)

Esto significa que un modelo acorde con el enfoque intercultural debería incorporar no solo un respeto máximo de las condiciones en las que viven las mujeres atendidas, sino incorporar los conocimientos de la población que se atiende, como algo valioso dentro del aprendizaje de los profesionales de salud. Como antes se señaló, hay un desincentivo por parte del Estado en la capacitación de sus profesionales, haciendo que cada uno se capacite con sus propios recursos para así obtener mejoras laborales, según el modelo de meritocracia. Pero una de las principales fuentes de capacitación en la actualidad es su propia experiencia con los pacientes en diferentes zonas altoandinas antes de su trabajo en el hospital de Lircay.

Todo lo contrario a lo que plantea la Política Sectorial de Salud Intercultural del Ministerio de Salud, el cual señala como objetivo regular las acciones de salud intercultural, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana. Asimismo, señala como objetivos específicos, brindar atención integral de calidad y con pertinencia cultural para los grupos humanos antes señalados;

también que los establecimientos de salud usen tanto el conocimiento tradicional como el moderno; lograr que el personal de salud sea competente en salud intercultural; por último, que se garantice la participación de la población para la evaluación de los servicios de salud. (Ministerio de Salud, 2016: pág. 9)

De la misma forma, la tercera política de la Política Sectorial de Salud Intercultural, comprende en su numeral 3, 4 y 5, reafirma los objetivos específicos, al incorporar el conocimiento tradicional en la formación y capacitación del personal de salud (reconocimiento de las parteras y mujeres con conocimiento de medicina ancestral); garantizar a capacitación en salud intercultural del personal de salud; así como la capacitación del personal de salud proveniente de estas comunidades para que den atención en los establecimientos de salud de su propia comunidad. (Ministerio de Salud, 2016: pág. 10-11)

Las acciones comprendidas en este texto son diversas y abarcan distintos aspectos relacionados con la salud intercultural. En primer lugar, se destaca la necesidad de promover la capacitación en salud intercultural por parte de la autoridad sanitaria, así como su participación en la elaboración de planes de estudio para la formación del personal de salud. Además, se hace hincapié en el fortalecimiento de las capacidades interculturales de los profesionales de la salud y los responsables políticos del Sistema Nacional de Salud, en concordancia con las competencias establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Asimismo, se enfatiza la importancia de integrar conocimientos tradicionales locales en la formación del personal de salud en las diferentes regiones. Por otra parte, se propone el establecimiento de mecanismos de incentivos y estímulos para aquellos profesionales que se capaciten en salud intercultural o brinden servicios a comunidades indígenas y afrodescendientes. Finalmente, se subraya la necesidad de promover la formación y contratación prioritaria del personal de salud indígena en los centros de salud que atienden principalmente a su propia comunidad étnica. Estas medidas buscan mejorar la atención de

la salud y promover la inclusión y equidad en el sistema de salud, especialmente en comunidades vulnerables y culturalmente diversas (Ministerio de Salud, Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016).

Todas las obstetras que se entrevistó habían pasado por un puesto de salud, antes de trabajar en el hospital, y todas saben la escasa situación que viven a diario los pacientes. Cuando hay postas que solo tiene un especialista de Serum y un enfermero, mientras que lo único que pueden hacer es derivar los casos, porque aun así tenga la capacidad para atenderlo, no tiene los materiales para hacerlo, o porque hay tanta precariedad en tales establecimientos que es imposible realizar cualquier labor medica más compleja. Entonces, todas estas profesionales han visto y pasado por situaciones terribles, antes de tener un puesto en el hospital de Lircay y claro. Por lo que, cuando se hablan de prioridades queda al último la implementación intercultural, entre las carencias más resaltantes son más médicos mejor infraestructura, más camas, mejor ambulancia entre otras cosas. Como se reafirma por Chavez, Yon y Cardenas:

A nivel regional y local identifican a personal poco capacitado para viabilizar políticas y estrategias de salud intercultural, situación que se complejiza al identificar que la salud intercultural en las Redes y Microredes de salud, no es un criterio de evaluación del personal de salud ni suma como parte de las principales actividades a rendir. No menos importante son las críticas situaciones en las que labora el personal de salud en estas zonas y la escasa capacidad resolutive de los puestos de salud, que agravan aún más la condición para la implementación de los servicios de salud intercultural para pueblos indígenas (Chavez et al., 2015).

Como se señala en la anterior cita no hay incentivos para que los profesionales se capaciten en interculturalidad, porque el Estado cuando los va a contratar valora sus competencias profesionales respecto a sus conocimientos de medicina. En vez de incentivar que se capaciten en temas de interculturalidad o en quechua, y que estos

estudios tengan repercusión en la calificación, cuando se aplica a un puesto del Estado. Como cualquier diplomado en salud podría tener en el currículo de un doctor o profesional de salud. Eso respecto de la capacitación de parte de los mismos profesionales, porque lo ideal debería ser que del propio Estado surjan estos programas de capacitación, en idioma bilingüe o en salud intercultural para mantener a su personal en sintonía con los deberes y obligaciones que deben cumplir.

Como ya antes se ha citado si existe un documento de parte del Estado que brinda metas y postula los ejes en los que se debe basar las acciones de salud en el próximo quinquenio, metas bastantes específicas respecto a la interculturalidad, lucha contra la discriminación y valoración de medicina tradicional, pero “pese a que el documento (Políticas Sectoriales Y El Plan Estratégico Del Quinquenio) establece como ejes la interculturalidad y el género en las estrategias desplegadas por el sector, en la práctica no se evidencia la aplicación de estos ejes por falta de sensibilización y /o capacitación del personal salud” (Eyzaguirre Beltroy, Fallaque Solís, & Lou Alarcón, 2007, pág. 61). En la realidad no se aplican porque no hay una implementación ni educación en interculturalidad. El resultado de esto es que:

Los prestadores de salud interactúan con las mujeres consultantes en función de su propia construcción de género, femenino o masculino. En la relación ponen en juego sus atributos y carencias genéricas; mujeres y hombres operacionalizan diferenciadamente las relaciones de poder que establecen con las mujeres usuarias. Por consiguiente, las políticas para el cambio en el tema de calidad tienen que ver con cambios culturales que modifiquen la actual aproximación a la salud y los estereotipos de género de quienes intervienen en el proceso de atención. (Gararte, 2001)

Entonces nos encontramos frente a una problemática que parte de una realidad, donde de un lado hay desconocimiento y prejuicios y de otro lado también, pero donde solo un lado pierde derechos por estos motivos. Es el caso, que los médicos y personal de salud

que atienden actualmente a las gestantes en el hospital de Lircay y en muchos lugares alejados del Perú, actúan bajo criterios ganados por la educación tanto social, universitaria y de casa, o sea tiene muchas preconcepciones, que no siempre pueden retirarse de encima antes de atender a una persona culturalmente diferente. Muchas veces atienden con prejuicios y estereotipos hacia las mujeres y más hacia las mujeres alto andinas, tratándolas de irresponsables o poco colaboradoras con la medicina occidental, lo que es lamentable al no entender que significa para ellas la medicina, la salud y la enfermedad, lo que podría sugerir actitudes discriminatorias hacia las gestantes. Concordamos entonces con los autores:

En el estudio se ha constatado que las creencias, prejuicios y valores de los funcionarios de estado guían su comportamiento y el tipo de servicio que brindan independientemente de la norma establecida. De este modo, que el usuario accediera o no al servicio solicitado dependió muchas veces de la decisión del profesional de salud. Asimismo, las personas afectadas en los casos estudiados desconocían su derecho y no se asumían como sujetos de derechos. Estas son expresiones de la limitada cultura de respeto al derecho a la salud que existe en nuestro país, así como también de la primacía que muchas veces tienen los aspectos socioculturales sobre lo jurídico. (Corcuera, Hidalgo, & Quintana, 2006, pág. 130)

Del comportamiento de los profesionales de la salud depende el acceso de la salud de los pacientes, y eso también pasa en el hospital de Lircay. El cómo se trata al paciente, depende, que este vuelva o no acudir al sistema de salud, algunas veces es una puerta que se cierra para nunca más abrirse, una oportunidad que se pierde con un solo maltrato o con una actitud prepotente o condescendiente, lo que divide el acceso de salud del no acceso a sus derechos por completo. Es por eso que se debe dar importancia a la educación y capacitación en salud intercultural, el Ministerio de Salud debe cumplir y asegurar estas

herramientas para los profesionales que ya están ejerciendo en primera línea y atienden a los pacientes a diario.

A qué se debe principalmente la carencia del personal médico competente en Salud intercultural, se debe, en primera instancia, a la nula o inexistente implementación de la salud intercultural en su capacitación de parte no solo del Ministerio de Salud, sino de las escuelas que los educan, hasta de la sociedad en la que habitan y los preconceptos que ganaron en casa. Lo que genera en conjunto que estas personas guiadas por su subjetividad en sus creencias y conocimiento, creen una barrera cultural respecto al derecho de salud y su acceso. A pesar de ello, estos profesionales atiendan a cientos de gestantes, aun existiendo políticas sectoriales respecto a salud intercultural que no son aplicadas, lo que demuestra que el respeto al derecho a la salud y el valor que se le da a este, no depende solo de lo jurídico, sino de lo sociocultural, en lo cual se debe trabajar desde todas las instancias, si se quiere un real cambio respecto a las necesidades de toda la población del Perú.

3.2.2. Problema de comunicación- Necesidad de atención en Quechua

En Perú, según el Censo del 2017, los pobladores que no tienen como lengua materna el castellano son el 17.4% de la población total del país. Del 17.4% señalado; 3'735,682(13,9%) son quechua hablantes; 444,389(1,7%) aimara hablantes; 210,017 (0.8%) habitantes que refieren como lengua materna un idioma perteneciente a uno de los pueblos indígenas de la Amazonía (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perfil Sociodemográfico del Perú. Informe Nacional. Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, 2017). Todos estos habitantes, andinos o amazónicos se encuentran distribuidos en diversa medida en los 24 departamentos del país, tanto en áreas rurales como urbanas.

En el pueblo de Lircay, la lengua materna de la mayoría es el quechua, pero se aprende español desde las escuelas iniciales, así que la mayoría habla tanto español como

quechua. Pero en las zonas más rurales y de alrededores predomina el quechua como lengua materna, por lo que, en su mayoría la gente que se atiende en el hospital de Lircay es quechua hablante. Sin embargo, la atención es por lo general en español. Muchos de ellos sufren no solo con el acceso a la salud sino también con el acceso a la educación. Por lo que es limitado la educación primaria y secundaria, de acuerdo a las obligaciones en la casa de cada miembro de la familia y sus condiciones socio económica, que muchas veces es precaria.

En el departamento de Huancavelica, las personas que tiene como lengua materna es el Quechua, para el 2007 representan el 64.6 % y para el 2017 es de 65.2% representada por 206 087 habitantes, dentro de una población total de 315 924 habitantes de 5 a más años (INEI 2017: Pag. 204,207). Lo que deja claro que aun la mayoría de habitantes de esta región son quechua hablantes, ya que no son un numero menos sino la mayoría de la población tiene como lengua materna el quechua, por lo que es importante que lo servicios de salud, sean garantizados en esa lengua, tanto como en Castellano que representa el 34.1% (2017) de la población de este departamento.

Según lo señala un personal administrativo de la Red de salud, que ha detectado este problema en la atención sanitaria, en general, y la importancia de la valoración de la lengua originaria, en una realidad que compromete el derecho al acceso a la salud:

Entendemos que Huancavelica en un 80% sus comunidades, anexos, centros poblados el porcentaje de la población tiene como una lengua prioritaria el quechua; viendo ello, un límite de acceso al servicio de salud es el idioma. Si yo como poblador demando una atención médica, voy al establecimiento, hablo quechua y el personal de salud no me entiende nada, entonces no estoy logrando acceder al servicio de salud que estoy demandando, pese a que el que está atendido tiene la pro actividad para hacerlo. Por ello el entendimiento es una barrera, ya que el servicio de salud no es satisfactorio y que mi necesidad sea cubierta (R. Chavez, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

De otro lado, la complejidad de la atención necesaria en quechua, porque, en primer lugar, puede ser que la intención del profesional sea entender a su paciente, pero no tiene conocimiento mínimo de quechua. En segundo lugar, que tenga un conocimiento básico, pero no respecto a cómo se hable en esa zona, o sea, la misma lengua se habla de diferente manera de acuerdo al lugar donde se ubica su gente, hasta el significado de las palabras puede variar de acuerdo al lugar donde se habla. Como concuerda García: “Claro que sí, porque no en todos los lugares se habla el quechua de la misma manera. Incluso hay palabras que no son iguales en Huancavelica y en otros lugares el significado es diferente” (M. Garcia, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Entonces, los profesionales de salud deberían ser capacitados de acuerdo a donde se ubican y como se habla en esa zona deberían ser capacitados, para que sea una capacitación idónea.

La atención en quechua y la capacitación en este idioma son fundamentales, ya que el personal de salud debe estar preparado para comprender a sus pacientes y no agravar las barreras culturales existentes, especialmente en lo que respecta al idioma. Al conversar con las especialistas obstétricas, una de ellas destaca que debería ser obligatorio atender en quechua, ya que hay palabras en este idioma que no tienen traducción al español y que se entienden mejor en su lengua original. Aunque ella es una de las pocas que posee conocimientos básicos de quechua, admite que algunos especialistas prefieren comunicarse solo en español, sin darle la importancia necesaria a la lengua de sus pacientes. Esto puede generar un entendimiento incompleto de los problemas de salud del paciente, lo que afecta su bienestar y su disposición para regresar al hospital. Un testimonio de otro profesional del hospital refleja esta situación:

Personalmente, no hablo quechua, pero puedo entenderlo. Reconozco que esto es una limitante en la atención de los pacientes. A menudo, buscamos el apoyo de personal que domina el idioma para que actúe como traductor y la atención se realice con normalidad. Sin embargo, en este establecimiento, muchos de los

médicos especialistas, provenientes de Lima o Huancayo, no hablan ni entienden quechua, lo que dificulta la comunicación con los pacientes. Aunque contamos con personal de apoyo que puede traducir, esto no siempre está disponible, ya que no todos los médicos especialistas de turno tienen un traductor a su disposición. (R. Chavez, comunicación personal, 10 de enero de 2017)

Es una realidad, que, a pesar del esfuerzo de algunos por entender a los pacientes con su conocimiento básico de quechua, no siempre se tiene personas que puedan apoyar con una correcta traducción del paciente, hay turnos donde pueden haber 3 o 4 médicos en el área de obstetricia y ninguno sabe hablar quechua y talvez uno sabe algo básico. Lo que impide el acceso de las pacientes a la salud obstétrica más aun cuando se tratan casos de urgencia o donde todo el proceso de parto debe estar rodeado de una continua comunicación. Entonces es de gran importancia la capacitación en la lengua quechua y que sea obligatorios su aprendizaje por la necesidad de comunicación con las pacientes.

Aguirre (1980), al reflexionar sobre la experiencia mexicana, enfatiza la importancia del conocimiento del idioma indígena como un primer paso esencial hacia un entendimiento más profundo de la cultura indígena. Aunque es posible utilizar intermediarios para establecer una relación más o menos adecuada con las comunidades indígenas, nunca se podrá lograr una comunicación efectiva ni su aceptación si se desconoce su sistema de creencias, valores, instrumentos, habilidades, actitudes y emociones que constituyen su forma de vida. En este sentido, es particularmente crucial contar con un conocimiento preciso de las ideas y patrones de acción que rigen la medicina y la salud entre los pueblos indígenas.

De conformidad con lo señalado por Aguirre, el establecer una conexión con la lengua del paciente, mejora la calidad y el acceso a la salud, pero es el primer paso de muchos para el entendimiento del paciente. Un paso importante, cabe resaltar, puesto que, sin él, seria limitado y es limitado el tratamiento que se le pueda dar al paciente, si el doctor

no lo sigue o no lo entiende por completo, y si no hablan el mismo idioma sería muy difícil de establecer algún tipo de conexión profesional o empática entre ellos.

Entonces, es importante que los profesionales de la salud, en general, todos los que laboran en primera línea al paciente en el hospital de Lircay, hablen y sean capacitados para hablar y entender a sus pacientes. Según una lógica simple, para la mayoría que vive en Lima es natural ser atendidos en nuestra lengua materna porque tenemos el privilegio de que nuestra lengua materna sea el idioma predominante del Perú, pero para la gente que se atiende en el hospital del Lircay esos privilegios no existen, por lo que su derecho a la salud se recorta al no ser atendidos en su lengua materna.

Es fundamental destacar que, para superar las barreras culturales, es necesario implementar, como lo sugiere Aguirre (1980), la atención bilingüe. Según él, las barreras culturales, que son especialmente significativas en el contexto indígena, generan en el personal la necesidad de recibir formación en aspectos que generalmente no se contemplan en la planificación de los programas de salud. Una de las principales exigencias es que el personal debe tener un conocimiento profundo de la cultura de las comunidades indígenas donde va a desempeñarse. Por lo tanto, la capacidad de comunicarse en dos idiomas se convierte en un requisito esencial para lograr la inclusión.

Obviamente esto supone un adiestramiento por encima de la media de los demás profesionales de la salud, pero por este aprendizaje, deberían tener una mejor recompensa salarial y social, un reconocimiento profesional y lo más importante, mejorar sus habilidades en la práctica, puesto que un buen profesional de la salud no se debería identificar como bueno, sino logra la satisfacción de su paciente. Este adiestramiento no solo debe partir de la iniciativa del profesional sino de la misma red de salud, del lugar o localidad donde se encuentra el centro de salud, como requisito antes de ingresar a trabajar, un curso instructivo básico de la cultura y la lengua materna de los habitantes.

Esto es lo que pasa en nuestra realidad, donde obviamente no hay una recompensa ideal o todo lo mencionado en el párrafo anterior, el personal de salud llega a estas áreas con el mismo sueldo de estar en Lima, obviamente por no haber conseguido una plaza en Lima, con ningún incentivo para estar ahí alejado de su familia y de su lugar de origen, y en esas circunstancias, insatisfecho, trabaja en el hospital, ese es un muy claro ejemplo de muchos de los que trabajan en las zonas alejadas del Perú o en el mismo hospital de Lircay. Y es por esa realidad que el personal de salud pública puede manifestar actitudes discriminatorias hacia las culturas y prácticas indígenas, mostrando reticencia a establecerse en regiones alejadas. Además, pueden existir barreras lingüísticas, la infraestructura a menudo es deficiente y los servicios son costosos (Organización Internacional del Trabajo, 2009).

Al indagar sobre la capacitación en el hospital de Lircay, así como sobre los problemas que surgen debido a la falta de entrenamiento en la lengua que hablan los pacientes, se evidencia que el Estado ha otorgado muy poca prioridad a la disminución de esta problemática en la población atendida. Según las obstetras y otros profesionales de salud, no se han llevado a cabo cursos o diplomados organizados por el Ministerio de Salud sobre el quechua; quienes dominan el idioma lo han hecho por iniciativa propia o a través de la experiencia adquirida al trabajar en áreas rurales. Aunque algunos miembros del personal no hablan quechua, lo que representa una barrera en la atención a los pacientes, la mayoría tiene conocimientos de este idioma (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017).

Algunos basan su aprendizaje en la auto capacitación, desconociendo totalmente cualquier esfuerzo de parte de las autoridades, y otros hablan de capacitaciones de años pasados, las cuales no son a la totalidad del personal, sino a unos pocos, lo que impide en el ejercicio, la solución a la problemática respecto a la necesidad que todo el personal hable en quechua. Como lo señala Marcañaupa, “la RED vino solo una vez el año pasado, había

una capacitación del curso de quechua que se dio a nivel de Huancavelica, pero el cupo fue mínimo, asistieron solo 4 personas por provincia” (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

O en otros casos, existió alguna capacitación, pero muchos años atrás, prácticamente 10 años atrás, según recuerdan, lo que nos hace notar, la gravedad y profundidad del problema, y lo poco que se avanzando en los años. Lo que aleja a las personas más necesitadas de los servicios de salud, como es el caso de las gestantes, de la aplicación de su derecho a no poder gozar con personal que las entienda, cuando tienen una dolencia relacionada a la gestación. La burocracia y el poco interés del Estado se muestra en cada uno de los testimonios recogidos, puesto que las obstetras, ni si quiera esperan que se haga otra capacitación, solo están confirmadas con la posición actual en las que estas y confían en que su básica auto capacitación, las ayude a entender y sobrellevar la atención médica, a pesar de las deficiencias, sin costos fatales.

En el año 2005 se tuvo un diplomado en quechua, en donde asistió bastante personal de salud (obstetras, enfermeras, médicos). Desde ahí no ha habido otra capacitación (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero de 2017). Respecto al quechua, yo sí recibí capacitación, pero no ahora, sino en el 2004 que nos hicieron un diplomado en quechua. Hasta la fecha creo que solo el director se ha capacitado en quechua, después no hay nadie más (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

La realidad del hospital se caracteriza por la escasa o nula capacitación proporcionada por el Estado, lo que contrasta con la autoformación básica del personal, que carece de incentivos para mejorar su desempeño. La necesidad de comunicarse en quechua para eliminar esta barrera cultural en el acceso a la salud debe entenderse como un proceso hacia la interculturalidad en salud. Este enfoque va más allá de simplemente hablar el idioma; implica comprender la cultura que lo acompaña y redefinir su importancia

desde las etapas iniciales en el estudio de la salud. Rufino Chuquimamani, experto en Educación Intercultural Bilingüe (EIB) y miembro del equipo docente de la institución Pacha Huñuy, sostiene que la interculturalidad se alcanzará cuando se reconozcan y valoren auténticamente nuestros símbolos, en lugar de ser utilizados solo como mercancía. Será fundamental aprender y aplicar el quechua en la práctica, así como integrar los enfoques indígenas junto con los no andinos en la educación y los servicios de salud, todo ello respetando a los hablantes de quechua y a las comunidades indígenas. Todos compartimos la condición humana, al igual que los blancos, ingleses o chinos; lo que realmente nos distingue son nuestras costumbres y maneras de pensar (Trapnell y Neira, 2004).

Cuando se logre eliminar esta barrera lingüística, se podrá alcanzar una verdadera interculturalidad en salud, una que no solo permita aprender de otra cultura, sino también valorar lo que esta puede aportar al momento de entender una enfermedad. De esta manera, se estará un paso más cerca de eliminar las barreras culturales, ya que la comunicación entre el paciente y el doctor es uno de los aspectos más importantes para lograr este objetivo. En el hospital de Lircay, se puede identificar una carencia casi total de profesionales que atiendan en quechua, lo que genera una gran barrera entre las obstetras y las gestantes. Estas últimas, al encontrarse en un estado de vulnerabilidad, ven restringidos sus derechos al no poder establecer una relación horizontal con su médico. Esto, a su vez, limita su acceso a la salud y resalta la necesidad de eliminar estas barreras culturales.

3.2.3. Reconocimiento de la medicina tradicional

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medicina tradicional se define como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (Organización

Mundial de la Salud, 2002). Siendo esto así, se debe reconocer su importancia y aporte en la estructura de una atención de salud primaria, cuando se deriva de pueblo o comunidades, donde esta medicina forma parte de su día a día, y se manifiesta un uso mayor en comparación a la medicina moderna. Como lo señala el propio Ministerio de Salud (2008) los usuarios actualmente navegan entre dos sistemas de salud paralelos, utilizando cada uno de forma alterna: el sistema moderno, a través de las instalaciones de salud, y el sistema tradicional, que forma parte del conocimiento colectivo de la comunidad. Esto debería generar que cada uno de estos sistemas deba ser respetado y valorado por igual, sin embargo, la realidad dista de esta valoración.

La complejidad de la medicina tradicional se devela con cada nuevo descubrimiento de cada población, puesto que cada población o comunidad ya sea rural o urbana, de algún punto del globo tiene algo que ofrecer respecto a la medicina que se usan desde sus ancestros. Medicina que muchas veces se desarrolló por ensayo – error y ante una necesidad, una carencia y total desconocimiento de la medicina occidental. Además, depende de las plantas y frutos que les brinde su propio entorno, por eso es tan singular al pueblo que la conforma y donde está ubicada. Tal vez por eso su tardío reconocimiento, porque falta aún mucho estudio de por medio respecto los beneficios de estas tradiciones.

Como es el caso en Perú, el uso de la medicina tradicional está extendido en todo el territorio nacional: ya sea, la costa, la sierra y la selva, con las diferentes variantes de acuerdo a las diversas plantas medicinales que cada una tiene, tanto que se pueden encontrar especialistas en diversas medicinas curativas o preventivas de enfermedades. Por lo que, es importante conocer sus alcances y también sus limitaciones, para así encausarlas a una mejora en la salud de los pacientes o una solución muchas veces más económica que la medicina occidental, lo que también contribuye al acceso a la salud de las personas que la usan o acuden a ella. Según las estimaciones de la OMS (1999), al

menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.

Es una realidad de día a día, nuestras abuelas o familiares, intentan curar el resfriado simple o el susto, de cierta o de otra forma, usando hierbas o conocimiento de sus antepasados y que son parte de las variedades que representan la medicina tradicional. Eso desde la perspectiva de alguien que vive en la capital, obviamente desde una zona rural donde tiene al alcance más hierbas y saberes que se pasan de boca a boca en los pueblos pequeños, es fácil que se expanda el uso de la medicina tradicional. Es por eso que, especialmente en zonas rurales se practica más este tipo de medicina.

Es necesario entonces investigar con más profundidad sus beneficios y también sus limitaciones y canalizarlas adecuadamente teniendo en cuenta que es un hecho real que los profesionales de la salud, en muchos países en desarrollo, no está en condiciones de brindar sus servicios en zonas rurales (Álvarez, 1994). Este es el caso del Perú donde, en las zonas rurales no hay centros médicos o los existentes son escasos y con solo un profesional de salud, para atención básica. Lo que limita el derecho a la salud de las personas que viven en esas zonas. Entonces, la medicina tradicional tiene una importancia vital de cubrir una carencia del Estado en proveer salud y especialistas médicos para atenderlos ante una necesidad. Lo que hace vital importancia conocer y estudiar los saberes de la medicina tradicional, para poder compenetrarla con los saberes occidentales y la medicina moderna.

Estas prácticas también se pueden reconocer en una población como la que vive en Lircay y alrededores, creyentes en la medicina tradicional para curar enfermedades dolores y sustos. En el caso de las gestantes también se aplican para los dolores, la hinchazón, entre otras cosas, que aquejan antes, durante y después del embarazo. Es por esto que es importante dar el lugar que se merece a la medicina tradicional y lograr una simbiosis entre

ella y la medicina occidental, para incentivar la confiabilidad en la medicina occidental y generar un apoyo en la medicina tradicional.

Es fundamental considerar que la medicina tradicional, al igual que cualquier otra práctica médica, debe aplicarse de manera adecuada y por personas o proveedores tradicionales que estén familiarizados con su uso para evitar efectos no deseados. Por ello, es crucial que los profesionales de la salud reciban formación sobre las propiedades de las plantas medicinales, lo que les permitirá ejercer su profesión de manera más amplia y en armonía con su entorno y los recursos que ofrece la naturaleza. Además, es importante entender el trabajo de aquellos que practican la medicina tradicional, quienes deben tener un conocimiento previo sobre lo que puede ser perjudicial o beneficioso en ciertos casos, estableciendo un límite a los excesos entre ambas medicinas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) coincide en la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en temas relacionados con la medicina tradicional, con el fin de que comprendan los conocimientos y prácticas curativas de los distintos grupos sociales.

Según la OMS (2013), los Estados Miembros pueden abordar estos desafíos a través de tres áreas estratégicas: en primer lugar, construyendo una base de conocimientos que permita gestionar activamente la medicina tradicional complementaria (MTC) mediante políticas nacionales adecuadas que reconozcan su papel y potencial; en segundo lugar, fortaleciendo la garantía de calidad, seguridad y eficacia de la MTC a través de la regulación de productos, prácticas y profesionales, así como mediante la formación y capacitación de habilidades; y finalmente, promoviendo la cobertura sanitaria universal mediante la integración de la MTC en la prestación de servicios de salud y en la auto atención, aprovechando sus capacidades para mejorar los servicios y resultados sanitarios, asegurando que los usuarios puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

El Estado en su Resolución Ministerial N°598-2005/MINSA “Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”, detalla la aplicación y adecuación

de la medicina tradicional en el momento de parto, viendo como en cada momento puede intervenir en algo importante los conocimientos ancestrales y destacando su valor. De esa misma forma, compila en su anexo N° 2 “Relación de hierbas y otros productos en la atención del parto y post parto”, donde muestra un amplio estudio de las propiedades de muchas hierbas usadas por la población, que ayudarían a los médicos y personal obstétrico para entender y usar estas como herramientas útiles en la atención de las gestantes.

Lamentablemente, la realidad es muy diferente, ya que se desconoce por completo el valor y la riqueza de la medicina tradicional, lo que lleva a considerarla como magia o engaño por parte de algunos profesionales de la salud. Muchos de ellos adoptan una postura renuente hacia su uso y, en menor medida, hacia su recomendación. Esto se debe a que la medicina tradicional está fuera de lo que ellos consideran conocimiento científico o académico, a pesar de que conocer las propiedades de diversas plantas es fundamental para una comprensión más integral de la medicina. Esta situación provoca que, en algunos casos, las pacientes desconfíen de las prácticas médicas convencionales. Por ejemplo, pueden mostrar resistencia a ser evaluadas en el hospital, ya que en sus comunidades las parteras solo las examinan a través del pulso. En contraste, en el hospital se realizan tactos vaginales, a los que algunas pacientes se niegan. Hubo ocasiones, cuando trabajaba en áreas periféricas, en las que las pacientes se negaron a ser evaluadas y solo aceptaron la presencia de sus parteras. En esos casos, mi único papel fue recibir al recién nacido, dado que la partera, al respetar sus creencias, es capaz de determinar el grado de dilatación y si la paciente está lista para dar a luz (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017).

Lo que hace notar la deficiencia en el conocimiento de la medicina tradicional, que incluye todo el conocimiento que pueden aprender de las parteras y también genera que las pacientes sean reacias a la atención por parte del personal médico. Se entiende entonces, que no están acostumbradas a que las ausculten por ninguna persona, y se

debería educarlas en el transcurso de la gestación para que entiendan los conceptos que implican una revisión médica en el momento del parto. Es natural que cualquier paciente le tenga miedo a lo que no entiende; y si no se extiende este puente entre la paciente y el médico, seguirá pasando estos episodios donde no se logre una buena simbiosis entre la medicina occidental y la tradicional, solo por la falta de comunicación y de entendimiento de uno de las partes hacia la otra.

Este tema ha sido destacado en conversaciones con las obstetras, quienes consideran que es suficiente con que las pacientes asistan a sus consultas y controles prenatales, mostrándose indiferentes respecto al uso de la medicina tradicional para aliviar sus dolencias. No obstante, un mayor conocimiento sobre la medicina tradicional permitiría no solo realizar recomendaciones, sino también descartar ciertos tratamientos que podrían ser peligrosos o riesgosos para la salud de las gestantes y el bienestar de sus embarazos. La comprensión que tienen de las gestantes se limita a tratarlas como "otros", sin esforzarse por entender las razones detrás de sus elecciones. Como se expresa en su testimonio: "Nosotros enfrentamos dificultades en la atención de estos pacientes, ya que su cultura implica una forma de vida diferente. Hay una barrera intercultural en el idioma y en las actividades que realizan; no están acostumbrados a buscar atención médica en los establecimientos de salud. Prefieren recurrir a sus métodos autóctonos, utilizando hierbas y contando con la ayuda de sus comadres para los partos, que generalmente prefieren realizar en casa junto a las parteras" (C. Villanueva, comunicación personal, 11 de enero de 2017).

El entendimiento del otro, se trata y enfoca como una dificultad o un impedimento para que se recurran a la atención médica, más que como algo con lo que pueden trabajar de la mano. Lo que limita totalmente el enfoque que se debe tener respecto a la medicina tradicional, no es verla como algo ajeno y de poca importancia, sino como algo valioso y que les puede servir también. No es verlo como una molestia sino como algo que los puede

conectar más con su paciente. Rescatar los atributos de la interculturalidad en salud y esa riqueza que implica el entendimiento del otro.

En conclusión, la comprensión de que los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de los síndromes culturales, a través de la medicina tradicional y de los actos médicos destinados a abordar las enfermedades reconocidas por la medicina oficial, sin duda mejorará la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud en las comunidades más desfavorecidas de nuestra sociedad (Icochea, 2005). Obviamente como hemos podido observar de nuestra experiencia en el hospital de Lircay, el reconocimiento de la medicina tradicional es algo que genera una gran barrera cultural puesto que no se le toma con la debida importancia en la solución de problemas médicos, cuando si podría ser de gran utilidad para los profesionales de la salud y sobre todo para las pacientes gestantes.

3.3. La falta de educación en derecho a la salud en las gestantes.

3.3.1. Limitaciones del derecho a la salud en la población de gestantes

Una de las limitaciones más dramáticas de la población de gestantes es que no conocen sus derechos, probablemente muchos o la mayoría de ellos. No solo respecto a su propiedad, educación, sino principalmente a su salud. La mayoría no conoce el deber del Estado de asegurar la asistencia social en salud a la población más vulnerable y de bajos recursos, y que esta debe ser una salud de calidad y no simplemente servicios básicos de salud, como lo declara nuestra propia constitución.

La realidad que enfrentan millones de personas en Perú es particularmente desafiante para las gestantes, quienes requieren atención especializada y, en muchos casos, urgente para llevar a término su embarazo. Existen diversos factores que impiden que las mujeres gestantes accedan a su derecho a la salud. Según Garate, estos factores incluyen procesos de socialización vividos, conocimientos adquiridos, el nivel de conciencia sobre sus derechos, su ubicación social, etnia, edad, experiencia en el cuidado de la salud, así como su relación con el poder y sus vivencias reproductivas, sexuales, laborales y

ciudadanas. También se consideran aspectos como la contingencia que motiva la consulta y las expectativas de las pacientes (Gararte, 2001).

Las mujeres gestantes actualmente van al hospital sin un mínimo de conciencia de derechos, no solo porque no están educadas en ellos, no están entre sus prioridades la educación en salud, y al parecer tampoco está entre las prioridades de sus autoridades, ni del hospital donde son atendidas. Lo que genera que ellas se tengan que enfrentar con desconocimiento, a un sistema de salud para el cual no están preparadas y en el cual estamos casi seguros que serán violentadas e ignoradas. El no saber de sus derechos las limita en su disfrute, no pueden exigir y piensan que el doctor es superior cuando debe haber una horizontalidad en el trato, tiene que soportar el paternalismo de los profesionales de salud, quienes ni piden opinión al respecto de sus dolencias, sino que diagnostican en base de lo que ven, haciendo que las mismas pacientes no recurran más a un centro de salud.

Por eso mismo, es importante educar en derechos, para que no nos encontremos frente a las barreras que compliquen más abordar el tema de salud, para poder solucionar más rápido problemas de salud que serían más sencillos si hubiera una mejor comunicación y las pacientes estuvieran empoderadas en sus derechos y como pedirlos. Para que no sientan que es un favor la atención médica, sino que es una obligación la atención de calidad, y para que una vez por todas las limitaciones se desvanezcan y prevalezca la información. Ello significa que aún está pendiente la tarea de convertir a los usuarios de salud en ciudadanos en salud, en personas que, conociendo sus derechos, se ubiquen frente al Estado no como quien recurre a solicitar un favor o una deferencia sino como ciudadanos que le exigen el cumplimiento de su obligación de garantizar el derecho a la salud (Corcuera e Hidalgo, 2006).

No se puede dejar de mencionar a nuestra población objeto de estudio: las madres gestantes que acuden al hospital de Lircay. Estas mujeres viven en una sociedad aún

machista, donde su papel se limita al hogar y al cuidado de los niños. En este contexto, las mujeres enfrentan una situación particular en el ámbito de la cultura y las resistencias relacionadas con el ejercicio de los derechos humanos, ya que su condición de subordinación se manifiesta, con características similares, en la mayoría de las culturas. En muchas de estas sociedades, los Estados muestran un escaso interés en cambiar esta realidad (Huaita et al., 2005). Las mujeres son las oprimidas entre los oprimidos; en este caso, su vulnerabilidad, unida a su desconocimiento de sus derechos, las convierte en el eslabón más bajo de la jerarquía establecida por el sistema de salud. Se identifica así que la barrera cultural impide a las gestantes acceder a sus derechos de salud. Esto se corrobora al preguntar al personal de salud (médico asistencial) sobre la idoneidad del servicio de salud.

En cierta parte no creo que sea el idóneo, porque muchas personas sobre todo de periferia que no tiene derecho adecuado a la salud, ellos se atienden en puestos de salud nivel 1-1 o 1-2 y a veces por su falta de economía no quieren ser referidos acá al hospital para un mayor alcance con los exámenes de laboratorio para complementar estudios. Yo he trabajado en periferia y he visto que esas personas se quedan ahí y reciben tratamiento paliativo para enfermedades; por ejemplo, he visto personas que tenían cáncer pero que no querían ser referidos a hospitales porque el hospital les podía cubrir gran parte de su tratamiento, pero no cubría la estadía de sus familiares, por eso no querían venir acá, por parte económico y la idiosincrasia de la sociedad (H. Ramos, comunicación personal, 20 de julio de 2016).

Lo anterior deja en claro las limitaciones al derecho a la salud, ya que muchos pacientes tienen poco acceso a una atención de calidad y no son conscientes de que este derecho debe ser garantizado. Se ven limitados a lo que ofrece nuestro escaso sistema de salud, que en el caso de Lircay solo proporciona puestos de salud básicos sin especialistas para tratar dolencias graves, cuando se debería proporcionar la ayuda necesaria para

asegurar la salud de la población, lo que obliga a los pacientes a ser referidos al hospital de Lircay. Sin embargo, este hospital, en muchos casos, tampoco ofrece lo necesario para una atención de calidad, y menos aún en situaciones de emergencia. Esto impacta negativamente en la salud de la población que se atiende en él, incluidas las gestantes y otras personas altamente vulnerables.

Como ya hemos podido establecer, una de las limitaciones más grande al acceso del derecho a la salud, es el desconocimiento por parte de las gestantes de sus propios derechos, esto remonta desde su propia educación hasta su posición en la familia, generalmente una posición de subordinación, lo que las aleja aún mas de conocer sus derechos, de tener una voz y de exigirlo. Lo cual hace las cosas más difíciles cuando necesitan atención necesaria durante y en el embarazo; lo que genera una barrera cultural inmensa que puede perpetuarse por generaciones o condicionar su salud al punto de poner en riesgo su vida.

3.3.2. Acercamiento del derecho de salud para las madres gestantes

Como señalamos antes el Estado sí reconoce la posición de ciertos grupos sociales en una pirámide de acceso a la salud, por eso incentiva la creación de programas de salud intercultural, que como vimos en el subcapítulo 3.1, muchas veces no logran su objetivo final. Siendo que la situación actual en el hospital del Lircay conmina a que las gestantes se alejen de su derecho a la salud, no teniendo en cuenta su estado de vulnerabilidad y el respeto de sus necesidades.

Como ya hemos analizado en el primer capítulo, el derecho a la salud es un derecho progresivo, por lo que demanda una constante actuación del Estado para su accesibilidad. Por lo que para su desarrollo exige actuación constante de los obligados a proveerlo, como es el Estado y las instituciones públicas detrás del derecho a la salud. Lo que implica que es el Estado quien se tiene que encargar de esta problemática principalmente y de una forma continua, solucionando nos solo los problemas nuevos que surjan sino los problemas

que como es el caso en cuestión, siguen latentes en el interior del país, así como en el hospital de Lircay. Como se puede apreciar en la siguiente cita:

Entrevistadora: ¿Qué aspectos cree que podría mejorarse en la atención al derecho a la salud en este hospital?

Persona 1: En ese punto, creo que muchas personas de las comunidades desconocen, en todo caso el hospital debería trabajar en ese aspecto sobre la difusión y concientización con la población para que ellos puedan saber, y puedan acceder a todos los servicios que brinda la institución.

Entrevistadora: Usted se refiere a que no están educados lo suficiente como para acudir

Persona 1: Veo que no. Hay muchos lugares que viven en lugares alejados, y todavía no toda la gente está concientizada; es decir, no saben.

Entrevistadora: Y no acuden. No vienen acá.

Persona 1: No vienen por eso, en todo caso por eso debería de trabajar el hospital en eso; en ir a las comunidades y hacer ese trabajo de concientización. (I. Ramos, comunicación personal, 19 de julio del 2016)

Lo anterior solo resalta el trabajo que debe hacer el Hospital de Lircay en mejorar sus servicios de concientización y difusión con la población que atiende. Esto va más allá de tener una visión paternalista de los posibles pacientes del hospital, sino enseñar sobre sus derechos y los servicios que tiene a su disposición en el hospital, lograr la institucionalización de los servicios de salud para la población, sobre todo enseñar que el acceso al derecho a la salud, está facilitado por el Estado, en todo sentido. Obviamente, esto debe tomar en cuenta el tipo de población que se atiende, no se puede esperar que ellos acudan cada vez que se sienten mal porque no pueden dejar sus tierras y responsabilidades de lado, se debe tener en cuenta que su supervivencia depende muchas

veces de su trabajo diario, por lo que su prioridad no es salud. Es por eso que el cuidado de la misma debe ser más accesible a esta población.

La falta del acceso a la salud, que se genera frente a la necesidad de las gestantes en el hospital de Lircay, se puede combatir desde dos flancos: el primero, como líneas arriba lo hemos comentado, es la participación activa del Estado, haciendo el esfuerzo no solo de capacitar a su personal sino de educar a sus pacientes en sus derechos en el cuidado y atención antes durante y después del embarazo. Además de brindar la información partiendo desde campañas que se generan en la red de salud, así como de los mismos doctores u obstetras al momento de dar las atenciones prenatales, haciendo un matiz y esfuerzo por brindar información detallada sobre la normativa que regula la atención. El usuario o la usuaria obtiene información exhaustiva acerca de las normas pertinentes relacionadas con su atención (Corcuera y Hidalgo, 2006). De esa forma, las pacientes conocen porque están pasando y que es lo próximo con que se les va a tratar.

Lo importante no es solo dar la información completa, es tomarse el tiempo de explicar concienzudamente y asegurarse que la paciente aprendió y entendió completamente lo que se dijo, empoderarla completamente en preguntar y exigir, lo que creo que requiere un esfuerzo mayor de parte de los profesionales de salud. Además de simplificar las cosas para el mejor entendimiento y no usar terminología que pueda confundir y genere más barreras culturales con los pacientes, teniendo en cuenta que el español muchas veces, como ya se vio, no es su lengua materna. Sin embargo, a veces eso no sucede en el Hospital de Lircay, muchas veces hay un trato malo de parte de los profesionales de salud a sus pares o a la población, y eso vulneraría sus derechos, porque como podría defenderse si no conocen sus derechos, cuando existe un desequilibrio de poder significativo, que podría desincentivar el uso de los servicios de salud y evitar el acceso del mismo por la población, esto se reafirma en palabras del profesional Ramos Mendoza:

No hay incentivo para el personal, aquí la gente atiende por atender. Por ejemplo, yo estoy acá desde hace 2 meses y no hay un control por parte del jefe de personal, por el tema de maltrato que se ha visto del personal hacia los pacientes por un tema de laboratorio ya que las muestra son a las 10 y si llevo mi paciente a las 10:30 me botan, si es así conmigo que soy profesional, ¿cómo será a los pacientes que vienen de campo? (Ramos, comunicación personal, 19 de julio de 2016)

De otro lado, en Hospital de Lircay ya existen consultorías externas, lo que es una buena herramienta para la atención prenatal, pero debería ser más eficaz, al momento de brindar información a las futuras parturientas sobre su proceso, debería además incidir en los puntos anteriormente señalados. Debería implicar charlas para que se eduquen en sus derechos, lo cual corresponde a un trabajo del hospital de Lircay hacia afuera, no en él, siendo que algunas pacientes no pueden ir hasta el hospital, es de vital importancia que el hospital llegue a ellas.

Lastimosamente no solo es la realidad de las gestantes la que sufre de ausencia del estado, cuando se trata de otras enfermedades más graves, muchas veces no existe un seguimiento como en el caso de las gestantes, y muchas veces es decisión de los propios pacientes no acercarse al hospital porque los centros de salud cercanos no pueden atender sus necesidades médicas, y cuando se trata de enfermedades más complejas mucho menos, lo que representa un riesgo para la salud y la vida de estas personas en necesidad de acceso a la salud. Entonces podemos observar que el alcance del hospital es limitado, a que sus servicios no se extienden satisfactoriamente en los demás centros de salud que conforma su red de salud y que terminan refiriendo a los pacientes por falta de la más mínima atención médica especializada. Como lo señala el doctor Ramos:

En cierta parte no creo que sea el idóneo, porque muchas personas sobre todo de periferia que no tiene derecho adecuado a la salud, ellos se atienden en puestos de salud nivel 1-1 o 1-2 y a veces por su falta de economía no quieren ser referidos acá

al hospital para un mayor alcance con los exámenes de laboratorio para complementar estudios. Yo he trabajado en periferia y he visto que esas personas se quedan ahí y reciben tratamiento paliativo para enfermedades; por ejemplo, he visto personas que tenían cáncer pero que no querían ser referidos a hospitales porque el hospital les podía cubrir gran parte de su tratamiento, pero no cubría la estadía de sus familiares, por eso no querían venir acá, por parte económico y la idiosincrasia de la sociedad. (H. Ramos, comunicación personal, 20 de julio de 2016)

En este sentido, el acercamiento al derecho a la salud es fundamental no solo para las gestantes, como se ha mencionado, sino para todos los pacientes del Hospital de Lircay, ya que esto representaría una verdadera efectividad en el ejercicio de este derecho. Aunque se ha indicado que para las gestantes se realizan consultas externas y un mayor seguimiento, esta práctica debería extenderse a todos los centros de salud de referencia. Por ejemplo, se ha observado que en ciertas comunidades, el cumplimiento de los controles es del 100%, gracias a las reuniones semanales donde se enfatiza la importancia de estos controles para los niños y las gestantes. Los pacientes saben que deben asistir a estas reuniones y, si no pueden, se les pide que lo comuniquen. En este contexto, no hay problemas con la asistencia, ya que los miembros de la comunidad están sensibilizados con respecto a estas reuniones. Sin embargo, para aquellos que no pueden asistir, se realizan visitas domiciliarias al día siguiente para indagar sobre su ausencia o se llevan a cabo consultas telefónicas. Estas visitas se programan temprano, a las 5 de la mañana, o en la noche, a partir de las 7, ya que durante el mediodía es difícil encontrar a alguien en casa (G. Salvador, comunicación personal, 10 de enero de 2017).

Estos esfuerzos son más frecuentes en los centros de salud de la periferia de Lircay y no en el mismo hospital, porque ahí las pacientes acuden cuando ya las refieren de otros centros de salud o si viven más cerca, por lo que la actividad del hospital tiende a ser más pasiva, respecto en los centros de salud donde hay mucha actividad de parte del personal

de salud que hace seguimiento de las gestantes a través de sus controles y que concientizan de la importancia de los mismos a toda la población, lo que establece una relación de confianza que logra el acercamiento de las pacientes con su derecho a la salud. En conclusión, el acercamiento del derecho a la salud se lograría implementando más comunicación doctor paciente y un poco más capacitando a las gestantes en sus derechos. Esto a partir del Hospital de Lircay hacia afuera mejorando las consultas externas y extendiendo sus alcances, asegurando que las pacientes tengan el conocimiento general de sus derechos y puedan asegurar su futura exigibilidad.

Capítulo 4: Hacia un derecho a la salud intercultural en Lircay

El presente capítulo muestra un balance de toda la experiencia vivida en el hospital de Lircay partiendo desde una posición subjetiva y de observación, para luego realizar un balance de la hipótesis en la realidad. Seguidamente presentamos, la experiencia comparada respecto a la salud intercultural en México. Finalmente, atisbamos nuestra propuesta para la solución de problema de barreras culturales expuesto en el capítulo 3.

4.1 Sistematización de la experiencia en Lircay

Tanto la norma nacional e internacional mencionadas en el primer capítulo, señalan que se debe asegurar la igualdad de condiciones entre varones y mujeres en la atención sanitaria. Esto es bastante difícil porque cuando hablamos de una población vulnerable, mujeres gestantes, que, muchas veces significa que son dependientes de su marido, que no tienen educación profesional y a veces tampoco básica, que su lengua materna no es el español y que están subordinadas a las decisiones del cabeza de la familia que es el varón. Entonces de por sí, ya se encuentran en una posición de desigualdad ante la sociedad, en su día a día. Lo que debería generar un mayor énfasis en la actuación del estado, ante estas situaciones con las que conviven las mujeres rurales, sobre todo las mujeres rurales gestantes.

Tanto las normas internacionales, a las cuales el Estado se comprometió; como las normas internas que dan cumplimiento con las obligaciones asumidas, intentan asegurar el bienestar y la protección de las mujeres, durante las etapas del embarazo y lactancia, con una mayor protección en su atención médica. Sin embargo, estas buenas intenciones se ven detenidas por la realidad que atraviesan esta población en específico, como son las barreras culturales en salud, que se generan a través de la misma actuación del Estado y de los actores principales de los cuales depende el derecho de salud de las usuarias, que viven una realidad que las limita de sus derechos.

Cuando hablamos de la mujer rural, no solo debemos verla como una persona en estado de vulnerabilidad, sino como un miembro más de la economía de una ciudad, ya que desempeña un rol importantísimo, como trabajadora del hogar, al permitir que otro miembro de su familia trabaje fuera del hogar para ganar dinero y ella dedicándose a labores como el cuidado de los niños, atención del ganado o de la agricultura y del hogar, que si bien no son trabajos remunerados, forman parte del sustento de su hogar y que sin él, este no se podría mantener. Es por eso que el Estado debe velar por educar y cuidar el derecho a la salud de las mujeres rurales, valorando su participación en la sociedad y en el mantenimiento de la economía del lugar donde viven.

En ese sentido, las diferentes normas también señalan la obligación del Estado de asegurar servicios gratuitos para las gestantes y una nutrición adecuada, pero como se podría garantizar lo último, si muchas veces las gestantes no acuden a los centros de salud y hospitales, desincentivadas por los profesionales de salud, al no saber tratarlas de acuerdo con sus creencias y costumbres. El inicio y el fin de los problemas para garantizar los derechos en torno a las gestantes y mujeres en general, son las barreras culturales, siempre que estas existan, no se podrá garantizar un derecho a la salud adecuado.

Como hemos argumentado en los capítulos anteriores, el desafío al acceso a la salud de las gestantes en el Hospital de Lircay, son las barreras culturales, que definen

mucho la realidad de esta comunidad y alrededores. Por lo que, si lo que se quiere lograr es el acceso a la salud de las gestantes, se debe, primordialmente, eliminar o mitigar de alguna forma estas barreras culturales. Como se ha establecido en los anteriores capítulos, las soluciones que presenta el Estado para solucionar el problema de barreras culturales no funcionan, como ya se notaba en el 2006, por la Conferencia Nacional de Salud:

El enfoque de interculturalidad en la atención de salud, debe ser asumido como una prioridad. Porque a pesar de los avances para superar las barreras culturales con las iniciativas de parto culturalmente adaptado, estas iniciativas no se han extendido a otros servicios ni la han resuelto (Forsalud, 2006).

Siendo esto así, la eliminación de las barreras culturales es un problema dentro de una situación profunda de carencia de toda una sociedad. Por lo que, ayudaría mucho en los hechos conocer esta realidad para generar un mejor desenvolvimiento progresivo del derecho y por ende una mejor relación entre el paciente- doctor, lo que es primordial para este trabajo. Esta investigación no solo debe quedar en proyecciones y crítica a los diversos problemas, sino que se debe aterrizar el problema y ver desde la realidad, cómo afecta cada paso que se da, en favor o en contra de su solución. Recordemos que no son las únicas barreras que pueden existir y que limitan el acceso a la salud, otros autores ya han hablado de la relación de la falta de acceso a la salud y las limitaciones geográficas.

La barrera geográfica genera que muchas gestantes no puedan llegar a tener un parto seguro y condiciones médicas de calidad; puesto que, estar lejos del lugar donde se van atender, es algo muy grave si están en una situación de gravedad y peor aún, si como es el caso el hospital de Lircay, no cuentan con el personal para atender en caso de cirugía o algo más grave que surja porque no tiene especialistas. Por lo que, es usual que, en los casos graves, los pacientes tengan que ser llevados de emergencia a la Ciudad de Huancavelica. Es por eso, que el problema es aún más profundo y para erradicarlo y concientizar sobre ellos se debe trabajar, como ya se ha dicho antes, transversalmente:

También deben ser eliminadas las barreras de acceso de tipo geográfico, sobre todo en atenciones de mediana y alta complejidad. Una inadecuada política de recursos humanos en muchas zonas ha agravado la situación, al facilitar el traslado de médicos a hospitales urbanos y reducir los incentivos a su permanencia en distritos rurales que es donde hay problemas de acceso geográfico. Nuevas alternativas como los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural (ELITES hoy AISPED), la implementación de casa de espera y el mejoramiento de infraestructura y equipos en algunas zonas, han tenido todavía un desarrollo muy limitado, requiriendo una evaluación pormenorizada desde la perspectiva de derechos, género e interculturalidad, se requiere de un mayor presupuesto en el que se considere incentivos a los profesionales de salud que presten servicios en zonas de difícil acceso por la geografía de nuestro país (Forsalud, 2006).

Esta barrera está muy relacionada con las barreras culturales, puesto que, la incidencia de las limitaciones geográficas, unida a la falta de apoyo y profundidad en el caso de la casa materna, o la falta de entendimiento de este por parte de los profesionales de la salud y el propio Estado, genera que las pacientes se alejen aún más de sus derechos. De esa misma forma, también se habló de los profesionales de la salud, como los mediadores entre el paciente y el Estado, sin embargo si estos no están capacitados, o no quieren tener un trabajo en zonas rurales por la lejanía o el mal pago, y terminan siendo obligados por las circunstancias, lo cual incide en su concentración en el trabajo y en la calidad del mismo, al no tener interés en los problemas externos de los pacientes que puedan tener relevancia en su salud, sino solo preocupándose en sus problemas “meramente médicos”.

Todo lo anteriormente mencionado, es común en la situación de la población de Lircay, para una atención sanitaria básica deben optar por el SIS, pero existen muchas complicaciones con los papeles para ser admitidos en el SIS, ya que no es un sistema con registro actualizado y eficiente, lo que no deja que el personal administrativo pueda realizar el registro del usuario de la manera más adecuada. Asimismo, impide, que grupos

altamente vulnerables, entre ellos gestantes, tengan acceso a su derecho a la salud. En general lo que presenciamos en el hospital de Lircay, tanto por las entrevistas con los empleados administrativos, profesionales de salud, así como por el personal de la Red de Salud de Lircay, y la sola observación del desarrollo normal de las actividades, nos demuestra que hace falta un ambiente y una atención que pueda generar un efectivo acceso a la salud para las gestantes.

Lo que llamó la atención principalmente fue la precariedad de la infraestructura, que obliga que los servicios sean limitados. El hospital del Lircay cuenta con solo una ambulancia y con módulos de un piso, no tiene la infraestructura de un hospital que tiene la categoría II-1. Los profesionales de la salud de cada especialidad están separados por estos módulos, las áreas construidas con material noble, no tienen la ventilación correcta ni los muebles idóneos para la espera de los pacientes.

Lo anterior, no es el principal problema que afecta a las gestantes y sus limitados derechos. Los profesionales de salud son el segundo problema, la falta de profesionalismo y la mala relación entre áreas que requieren una precisa coordinación cuando se refiere a las emergencias, es un problema de todos los días. Esto es cotidiano entre las obstetras y enfermeras, pero totalmente irascible desde una perspectiva externa. Porque limitan las herramientas a las cuales deben recurrir los pacientes para una adecuada atención.

No solo eso, sino que para los médicos y el personal de salud es común tratar a los pacientes como si fueran de segunda categoría, asumiendo erróneamente que no comprenderán las explicaciones sobre los procedimientos que se les realizarán. Esta falta de comunicación vuelve impredecible la relación entre el paciente y el doctor, ya que al no informar adecuadamente a las pacientes sobre su tratamiento, estas podrían decidir no regresar a la institución. Esto se puede interpretar como una relación paternalista por parte de los profesionales de la salud, que se ejemplifica en la preferencia de tratar con el esposo de la gestante en lugar de con ella misma en asuntos relacionados con su salud.

Desafortunadamente, esta situación no es impuesta, sino que las pacientes carecen de las herramientas necesarias para expresar con claridad sus necesidades o malestares, y se ha normalizado socialmente que las mujeres de la región andina no tengan voz propia, siendo tratadas de manera paternalista.

Por ejemplo, que una adolescente este embarazada y sea juzgada por quedar embarazada o el trato hacia ella sea condescendiente por ser menor, puede hacer que no vuelva a recurrir a un centro de salud, ni si quiera para sus controles, lo que provoca riesgo tanto para ella como para el nonato. De la misma forma, si una mujer que habla quechua y no está acostumbrada a las revisiones médicas, es tratada con impaciencia y sin las explicaciones debidas de todos los procedimientos a los cuales se le someterá, puede ser que no vuelva a recurrir a tal centro hospitalario. Es importante, entonces, que en cada una de las etapas haya una inducción, una reglamentación y protocolos precisos en interculturalidad, para que exista más acogida de la población hacia la medicina occidental y sobre todo para las gestantes, puesto que son una población sumamente vulnerable.

Siendo así, no se puede afirmar que las profesionales obliguen o sometan a las pacientes. Sin embargo, el problema radica en que no sienten como una obligación profesional ni moral comunicarse más con ellas, ni explicarles o hacerles entender su situación. Establecer ese contacto con la paciente desde una perspectiva de aceptación de lo diferente, en un diálogo entre iguales, y promoviendo la educación y el entendimiento mutuo, no es algo que se valore ni aprecie por el personal de salud. Esta desconexión con sus pacientes provoca que muchas de ellas se alejen de la medicina moderna o no asistan a sus controles prenatales, al no sentirse escuchadas ni valoradas.

Como hemos visto también, las pacientes en el hospital de Lircay pueden optar por tener un parto vertical, este parto es adecuado culturalmente puesto que es normalizado el dar luz en casa, y usualmente con ayuda de parteras. Entonces, el parto en posición vertical es lo más natural de acuerdo a la comodidad de la gestante, sin embargo, no es practicado

comúnmente por las obstetras en el hospital. Según lo que nos comentan es porque las herramientas para el parto vertical no son totalmente óptimas, el espacio es pequeño, si se complica el parto no se puede hacer el parto vertical porque se necesita monitoreo constante de parte de las obstetras, por esos motivos ellas prefieren el parto horizontal, además de ser el parto con el cual se han capacitado en sus centros de estudios.

De otro lado, al ser las pacientes de zonas rurales lejanas al hospital de Lircay. Usualmente no tienen un medio de transporte hacia el hospital, tampoco tienen alguien quien se dedique a sus labores domésticas diarias a parte de ellas mismas, lo que hace difícil que se transporten hacia el hospital con la regularidad requerida por la atención prenatal. A raíz de estos problemas, el Estado creó y construyó las casas maternas, con la finalidad de que ante una posible emergencia y ante la lejanía de la ubicación de la paciente, esta pudiera recibir los cuidados precisos momentos antes y durante el parto, de esa forma evitar los peligros que enfrentaría ante un traslado precario y tardío. Sin embargo, como ya lo hemos mencionado, la casa materna no está actualmente en funcionamiento por falta de presupuesto para cubrir los requerimientos diarios de la misma. Además, no se toma en cuenta las razones por las cuales las pacientes no pueden quedarse en la casa materna, además de la lejanía de su hogar, como el mantenimiento de su hogar, la crianza de otros hijos o ganado, o el trabajo para su supervivencia.

Finalmente, el malestar que sufren tanto las pacientes como el personal de salud es notorio, el cual se acrecienta por la falta de comunicación en quechua, lengua materna de la mayoría de las gestantes del hospital y por el poco reconocimiento a la importancia de la medicina tradicional. Estos motivos son fácilmente identificables ante los ojos de cualquier curioso que sea algo observador. Lamentablemente, la realidad supera las buenas intenciones de la norma, y nos muestra abandono y falta de entendimiento de lo otro, lo cual acrecienta las barreras culturales en el acceso a la salud. Entonces, si se entendiera y aplicara bien la normativa se podría mejorar muchos de los problemas originados por las

barreras culturales, es por eso que la propuesta de solución debería comenzar con el accionar del Estado.

La real aplicación de las normas para la población que se atiende en el hospital de Lircay, significaría que se asegure una atención apropiada, lo que es difícil de darse en la realidad, por los distintos motivos que señalamos, pero que son de extrema importancia para el acceso de la salud de las gestantes. Estos son determinantes principales para el goce de este derecho, ya que generan una barrera inmensa que deben atenderse prioritariamente.

Todo esto forma parte de barreras que se perpetúan en una sociedad, que tiene como meta primordial que su población tenga acceso a la salud, y habiéndose probado nuestra hipótesis respecto a la existencia de barreras culturales, a su vez mostrándose que falta un gran camino para lograr erradicar el problema. Tomando todo esto en cuenta y la profundidad y arraigamiento del problema se debería profundizar también en las soluciones, soluciones que partan desde la raíz, lo cual propondremos en el subcapítulo 4.3. De otro lado, resulta importante conocer las experiencias en otros países para ver como estos superaron los problemas identificados en esta investigación y nos ayude a encontrar una solución para tales problemáticas.

4.2. Experiencia comparada en México

Como hemos comentado en el primer capítulo, el desarrollo de la interculturalidad en salud de diversos estados, es importante como ejemplo para el nuestro que aún se ha desarrollado poco en esos ámbitos. Además, debemos resaltar que muchas veces ese avance en otros países es por la presión de estos grupos por el respeto de sus derechos y por ser una población cuantiosa, que es mas allá que una minoría como es vista en nuestro país. Es por eso que, es necesaria la experiencia comparada no solo en la interculturalidad de salud sino en la solución de los problemas que surgen a raíz de la falta de ella, que son

temas resueltos por otros estados, como es el caso de México y como veremos a continuación.

Respecto a la adecuación intercultural, México está mucho más adelantado, dado al tiempo en que se remontan las practicas interculturales en el país, y a la cantidad de población indígena que posee su territorio. Recordemos que México tiene aproximadamente cuatro veces la población de Perú y su población indígena es casi la totalidad de la población nacional de Perú, por lo que era y es imperativo para su gobierno trabajar y coadyuvar al bienestar y entendimiento del derecho a la salud, para que este alcance a un gran número de su población indígena.

En el contexto del enfoque intercultural en salud en México, se puede observar un progreso histórico en las propuestas destinadas a mejorar el sistema de salud indígena. Sin embargo, estas iniciativas han sido dispersas a lo largo del tiempo. En 1938, durante el Congreso de Medicina Rural en San Luis Potosí, Othón de Mendizábal resaltó los graves problemas de salud que enfrentaba la población indígena y abogó por acciones para mitigar esta situación, como la formación de médicos rurales. Posteriormente, en Tepoztlán, Robert Redfield impulsó estudios comunitarios y propuso un diálogo entre la medicina local y la occidental, estableciendo una clínica de salud ante la falta de médicos titulados. (Piñón, 2004)

Durante las décadas de 1970 y 1980, se llevaron a cabo importantes acciones en salud dirigidas a las comunidades indígenas y rurales, aunque la orientación intercultural fue parcialmente apropiada y no siempre implementada de la mejor manera por el personal de salud. Ejemplos de esto son los programas como el INI-Coplamar (1977-1982), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) (1996-2000) y el Programa de Salud, Educación y Alimentación (Progresá) (2000), los cuales tenían como objetivo incorporar a las comunidades indígenas al desarrollo y acercarles servicios de salud, pero carecían de antropólogos que manejaran la interculturalidad en salud. (Piñón, 2004)

A partir del año 2000, se intentaron realizar cambios significativos en las políticas dirigidas a los pueblos indígenas, incluyendo la salud. Se crearon la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas y la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia de la República en respuesta a las demandas de la población indígena en materia de salud. Sin embargo, a pesar de tres años de trabajo, estas instancias cambiaron de nombre y de enfoque, lo que sugiere una reducción en las acciones impulsadas en zonas pluriétnicas y una incongruencia con los objetivos iniciales.

En la ex Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, se promovió la incorporación del enfoque intercultural en salud con el propósito de establecer y dirigir la política nacional de salud y nutrición para la población indígena, así como de garantizar que las acciones realizadas por las instituciones del sector salud estuvieran integradas a los programas y servicios de salud permanentemente ofrecidos a la población (Piñón, 2004). Como se puede observar el principal problema con crear políticas que atiendan la atención intercultural en salud, es primero que exista iniciativa que parta del Estado, generalmente las iniciativas parten desde la comunidad y movimientos indigenistas, que no está mal, pero que deberían ser apoyadas por el Estado y generadas de forma principal por él. De forma concreta las iniciativas han sido dispersas y no apuntan a solucionar el problema o no se les hace seguimiento o continuidad a los proyectos, aunque parten desde buenas ideas, este es un problema que no tiene soluciones inmediatas.

Por otro lado, en lo referente a las mujeres gestantes y la regulación de prácticas interculturales en México, el diseño del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, basado en un enfoque humanizado, intercultural y seguro, fue realizado en colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el año 2007. En 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió la Recomendación 31/2017 sobre violencia obstétrica, donde en su tercera recomendación específica, se insta a implementar el "Modelo de Atención a las Mujeres

durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro" de la Secretaría de Salud en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con el fin de reducir la morbi-mortalidad materno-infantil y proporcionar atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género (México).

Este modelo, implementado en más de 70 Unidades de Salud en 19 Estados del país, representa una integración de los enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos, logrando un equilibrio entre la medicina científica y la medicina tradicional. Responde a las demandas de grupos de mujeres, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017), a las evidencias científicas, a la perspectiva de género y a la normativa vigente (México, 2023).

Este modelo propone tres elementos fundamentales para la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio: primero, un enfoque humanizado que reconoce a las mujeres como protagonistas de su experiencia de parto y promueve su participación activa en la toma de decisiones; segundo, un enfoque intercultural que busca identificar y eliminar las barreras culturales y de género que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, reconociendo las demandas y expectativas de las mujeres y aprovechando los aportes de la partería tradicional indígena y otros modelos clínicos; y tercero, un enfoque seguro que garantiza una atención médica basada en evidencia científica, en espacios confortables y desmedicalizados, pero que también cuenta con medidas de seguridad en caso de complicaciones durante el parto.

Se han incluido diversos servicios en la atención a la salud de las gestantes, así como una perspectiva intercultural en la atención médica, reconociendo la importancia de la medicina tradicional y su contribución a la salud de las mujeres. Este enfoque tiene como objetivo atender las demandas de las gestantes y satisfacer sus necesidades médicas esenciales durante este período crucial. Para identificar y fortalecer, con el apoyo

institucional, las transformaciones necesarias en los servicios hacia un modelo de salud intercultural, se propone la creación de unidades y hospitales que hayan incorporado modelos de atención culturalmente pertinentes y que hayan logrado sensibilizar al personal de salud. Estas unidades se denominarán "Interculturales" (México, 2023).

Una unidad de salud intercultural se define como un establecimiento que puede incluir centros de salud, centros con servicios ampliados, unidades móviles, hospitales obstétricos, generales o de especialidades, y que ofrece servicios de salud relacionados con medicinas tradicionales y complementarias, así como modelos de atención que consideran la pertinencia cultural. Estas unidades operan principalmente en regiones indígenas, aunque también pueden estar presentes en áreas urbanas (México, 2023).

Además, están integradas en redes de servicios que coordinan de manera innovadora acciones con las comunidades. El personal directivo y operativo de estas unidades está capacitado en interculturalidad y participa activamente en la transformación de sus servicios. Esto se fortalece con una visión amplia de la salud, tanto preventiva como curativa, y con un equipo profesional que promueve el respeto por la diversidad cultural, así como los derechos humanos y de género, ofreciendo servicios inclusivos que integran otros modelos de atención (México, 2023).

En conclusión, la experiencia mexicana no se aleja de la peruana, aunque data desde mucho tiempo atrás que la peruana, tal hecho hizo que su avance en desarrollo y comprensión sea mejor con el pasar de los años, sin embargo, algunas de las propuestas, aunque muy lucidas, tiene problemas al momento de ejecución. Si bien se ha implementado muchas de estas propuestas en varias unidades de salud, aun no se termina de solucionar y brindar a acceso de salud intercultural a las gestantes en todo México. Sin embargo, han dado varios pasos hacia la mejora del acceso al derecho a la salud.

4.3. Propuesta: adecuación de la normativa sectorial de salud respecto a las gestantes por la Red de Salud De Lircay

El objetivo de este trabajo es evidenciar la falta de esfuerzo por parte del Estado para establecer una salud intercultural efectiva, lo que afecta directamente el derecho de las gestantes y de toda la comunidad que utiliza el hospital de Lircay. Aunque el Estado ha intentado implementar normativas y protocolos con enfoque intercultural, estos esfuerzos han sido en gran medida infructuosos, ya que no han logrado llegar a la población beneficiaria.

Por lo tanto, el Estado debe ir más allá de simples intentos y asegurar el cumplimiento de la salud intercultural, con el fin de proteger y eliminar las barreras que excluyen a las gestantes de la sierra central de nuestro país. Esta necesidad es respaldada por la Organización Panamericana de la Salud (2008), que señala que incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud es fundamental para construir una sociedad democrática y equitativa. Además, esta incorporación es una respuesta necesaria desde el sector salud para superar la exclusión que enfrentan las poblaciones indígenas, quienes a menudo sienten desconfianza y distancia respecto a los servicios de salud.

Sin embargo, el Estado a menudo se limita a cumplir con compromisos internacionales sin evaluar la eficacia y la idoneidad de las normas establecidas. Además, no se asegura de que estos esfuerzos se traduzcan en la realidad, ya que existe un escaso seguimiento por parte del Estado en las áreas donde se implementan estas iniciativas. Esta situación se agrava por una falta total de comprensión acerca de las barreras culturales y lo que realmente implica la salud intercultural. Alarcón et al. (2003) coinciden en este punto al señalar que los procesos interculturales en salud pública se han desarrollado por razones históricas, sociopolíticas, epidemiológicas y debido a la imposición de organismos internacionales.

A pesar de que el Estado peruano ha suscrito una serie de tratados internacionales que reconocen el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de las personas, las estrategias que ha implementado para superar las barreras económicas, culturales y geográficas no han tenido un efecto positivo. Esto se debe a que no están respaldadas por una voluntad política que garantice una distribución equitativa de los recursos (Eyzaguirre et al., 2007).

En efecto cuando se habla de reducir las barreras culturales y como hemos visto en el capítulo uno, la aplicación de la salud intercultural es primordial. Lo que implica el dialogo, la participación, y el interés en el otro. La interacción tanto de parte del paciente como el doctor es importantísima para entender el problema y buscar la solución. Si bien el Estado ha optado por herramientas y soluciones inmediatas al problema, esto solo retrasa la solución del problema de fondo, lo que implicaría un trabajo profundo de parte del Estado.

Se han realizado esfuerzos desde el ámbito de la salud para mejorar la capacidad resolutive de los servicios, lo que incluye el fortalecimiento de la competencia técnica del personal, la mejora de la cantidad y calidad del equipamiento e infraestructura, así como la implementación de modelos de mejora continua que sean más amigables con las comunidades, especialmente con las poblaciones indígenas. Si bien son avances, no constituyen una solución integral, ya que el problema radica en un enfoque que aún prevalece, respaldado por una estructura orgánica de funcionamiento consolidada que se centra principalmente en el tratamiento de la enfermedad y, en algunos casos, en la reducción de factores de riesgo y la prevención de enfermedades (Aliaga, 2003).

En concordancia a la cita, de que vale mejor infraestructura y personal capacitado en salud, si esta persona no está capacitada en cómo atender a una paciente con una cultura diferente. Ese es el problema de fondo, cómo se soluciona la comunicación entre doctor y gestante, cómo se soluciona que las normas de casa materna y parto vertical se apliquen correctamente, si los pacientes no están educados en como exigirlos y en cómo

usarlas, si los doctores y obstetras no las ofrecen y no las toman en cuenta por “inconvenientes”. Lo que conlleva a que los pacientes sean tratados con indiferencia, sin tomar en cuenta sus necesidades de atención, sin ser escuchados y con una completa barrera con el personal de salud que impide su acceso a la salud de calidad.

Por ello, es necesario transformar la percepción de la salud y reconocer que esta se concibe de manera diferente según la perspectiva de quien la observa, lo cual es una responsabilidad del Estado. Reformar la comprensión de la salud implicaría un esfuerzo profundo por parte del Estado para conectar no solo sus diversas instituciones con los pacientes, sino también para integrar a los profesionales de la salud como intermediarios esenciales. El Estado debe reconocer la importancia de mejorar el sistema de salud no solo como una obligación progresiva, sino también como una inversión a largo plazo y necesaria que contribuirá a la salud continua de toda la población. Como señala la Conferencia Nacional de Salud (2003), reformar implica redefinir un contenido, por lo que una reforma en el ámbito de la salud debe enfocarse, ante todo, en el valor esencial de la salud, en lugar de en su costo de mercado. La salud tiene un valor social, económico, político, cultural y ambiental único; así, cualquier inversión dirigida a su promoción y a la consecución del bienestar físico, mental y social debe ser vista como una verdadera inversión en una sociedad equitativa y democrática.

Con base en lo anterior, se han implementado diversas iniciativas para mejorar el acceso al derecho a la salud de la población vulnerable. Estas iniciativas incluyen alternativas que se desarrollan a través de una intervención transversal en las instituciones de salud de las regiones, tal como sugiere Aguirre (1980). Según él, el programa de salud, por lo tanto, debe integrarse en un enfoque más amplio de desarrollo regional integral que considere todas las dimensiones de la situación intercultural desde diferentes perspectivas, con el fin de alcanzar un bienestar físico, mental y social real para la comunidad.

Sin embargo, una iniciativa no ayuda si no se genera con intervención de la población que será atendida. En ese sentido, el error de las normativas es que parten del gobierno central con un desconocimiento de la realidad de cada población. Entonces podrían ser normas buenas, pero no eficaces, lo que debería exigir que se consulte con la población que será atendida bajo la norma, o que la institución de salud local pueda generar la norma o el protocolo que luego se aprobara por el Estado. Generando un aprendizaje de abajo hacia arriba logrando así la eficacia e idoneidad de la norma.

Con el fin de abordar este tema, resultará beneficioso explorar los conceptos de adecuación cultural y pertinencia intercultural, los cuales ofrecen una mejor comprensión sobre cómo resolver el problema de acceso a la salud en poblaciones culturalmente diversas. El término "pertinencia intercultural" en el contexto de los servicios de salud se refiere a una construcción social en la cual el acuerdo alcanzado entre los proveedores de salud y la sociedad o comunidad que demanda los servicios de salud refleja una correspondencia entre la propuesta técnica y las expectativas de las comunidades. Esto se traduce en el respeto, la valoración y la incorporación de conocimientos, saberes y prácticas aceptadas por las culturas involucradas en el proceso de atención de la salud, con el fin de lograr los resultados deseados en el cuidado de la salud y la vida. Este nivel de correspondencia y satisfacción implica los elementos esenciales contemplados en el derecho a la salud.

A diferencia de la "adecuación cultural", que suele ser una iniciativa unilateral, generalmente proveniente del proveedor de servicios, con el objetivo de lograr la aceptación o aproximación de las usuarias de los servicios y cumplir con las metas establecidas en diversos planes, la pertinencia intercultural implica la participación activa, a través de un diálogo respetuoso, de los actores sociales de diversas culturas para llegar a acuerdos que se comprometan a implementar.

Por lo tanto, la pertinencia intercultural es un proceso largo y complejo de construcción consciente por parte de cada uno de los interlocutores, en el cual no hay imposiciones, sino que las diversas percepciones, intereses y perspectivas ceden y ganan espacio de manera respetuosa en beneficio mutuo. La construcción de la pertinencia intercultural en salud se realiza a través de procesos que permiten establecer acuerdos y compromisos para mejorar la oferta y la demanda de los servicios de salud. Para alcanzar la pertinencia intercultural, es necesario que se den algunas condiciones, una de las cuales es el reconocimiento por parte de los operadores de salud de que se trata de un derecho de la comunidad. Por tanto, es fundamental iniciar un diálogo a través del cual se investiguen y consulten las necesidades, percepciones e intereses de la comunidad (Salud Sin Límites Perú y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011).

Adecuación cultural en salud: Proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. En este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica (Ministerio de Salud, 2008).

En relación con la adecuación cultural, esta medida se origina en la institución de salud, en este caso el Ministerio de Salud, que busca integrar y comprender a la comunidad para generar los protocolos y normas necesarias para la atención médica. Sin embargo, la pertinencia cultural implica la colaboración de diversos actores que contribuyen a la salud, lo que conlleva una mayor responsabilidad y tiempo para lograr estos objetivos. En este contexto, el Estado, con el fin de alcanzar estos propósitos, elaboró el documento técnico titulado “Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva,” que establece que la adecuación cultural de la orientación y consejería

consiste en un conjunto de actividades diseñadas desde la perspectiva de los usuarios, lo que implica un conocimiento y acercamiento a la comunidad en el marco de la equidad de género y el respeto por los derechos de quienes acceden a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2008).

La adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva se planifica sobre la base de la cultura comunal, sus valores y concepciones relacionadas a la salud y la enfermedad. Para su ejecución se aplica el modelo de los cinco pasos, que a continuación se ilustra en el siguiente diagrama. Establecer una relación cordial, identificar las necesidades de la/el usuaria/o, responder a las necesidades, verificar la comprensión y mantener la relación (Ministerio de Salud, 2008).

Además de establecer un modelo de atención en 5 pasos para lograr la correcta adecuación cultural, reconoce los conocimientos previos que se deben tener para aplicar la misma y que esta sea efectiva. El Estado está en conocimiento de los que necesita, tienen el conocimiento técnico y la forma de cómo lograrlo, pero donde encuentra trabas es en ejecución. Ni uno del personal del hospital de Lircay conoce esta norma técnica, talvez haya llegado a sus manos, pero es algo que no se compara con las urgencias inmediatas de los pacientes y del profesional de salud.

La clave de esta propuesta radica en el profesional de salud como intermediario, ya que es quien recibe información vital del paciente y quien puede proporcionar los conocimientos previos necesarios para la adecuación cultural que el Ministerio de Salud busca implementar. Además, al conocer las limitaciones del propio sistema médico estatal, la información que ellos puedan ofrecer sería de gran utilidad. Por lo tanto, identificar las necesidades específicas del hospital de Lircay es fundamental para este estudio. Como se menciona en la siguiente cita, es necesario prestar atención a lo que se requiere en cada caso concreto.

Llevar la teoría de la interculturalidad a la práctica implica un proceso complejo. Las aplicaciones deben ser coherentes con el contexto político, social, cultural y económico; lo que se implementa en Bolivia, Ecuador o Venezuela no puede ser copiado o replicado en su totalidad en Perú. Se pueden tomar como referencia, pero es fundamental identificar su pertinencia intercultural. Del mismo modo, lo que es aplicable para los aymaras de Puno puede no serlo para los quechuas de Cusco, así como lo que se aplica en Vinchos no necesariamente es replicable en Huanta, Huanca Sancos o Cangallo, por ejemplo (Salud Sin Límites Perú y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011).

Debido a la implementación, aplicar la pertinencia cultural implicaría un amplio conocimiento de la realidad y de los problemas de cada población en concreto, de esa forma aplicar una solución personalizada para cada población culturalmente diferente. Lo que demoraría años con la capacidad de acción del Estado, en lograr siquiera recolectar datos sobre la realidad de sus pueblos. Es por esto que, no apuntamos a la pertinencia intercultural como propuesta de solución de los problemas de barreras culturales en el Hospital de Lircay, porque creemos que se necesitan acciones más urgentes y más realistas. Efectivamente, la pertinencia intercultural resultaría mucho más provechosa a largo plazo para el hospital de Lircay, pero para lograrse se requeriría años, y eso no es la solución ideal a los problemas actuales de salud que tiene la población de esa zona. Como mencionamos la pertinencia intercultural es un proceso complejo y significa un entendimiento mayor del otro, lo cual es innegable que se debe tomar en cuenta también al momento de adecuar culturalmente. Entre las cosas que podemos tomar de la pertinencia intercultural, nos remitimos a lo que se entiende y conceptualiza por ella:

Un servicio con pertinencia intercultural debe incorporar, por un lado, productos visibles, atractivos, para los decisores y hacedores de políticas y normas; y, por otro, debe ser un reflejo de real respeto, actitud de acercamiento para articular saberes y prácticas y

de aprendizaje mutuo con los usuarios del servicio. Se considerarán criterios para evaluar la pertinencia intercultural de los servicios relacionados a:

- la inclusión de las distintas cosmovisiones
- el ejercicio del derecho a la participación en la toma de decisiones
- el fortalecimiento de las competencias interculturales de los recursos humanos
- los sistemas de información para estadísticas diferenciadas
- la organización con enfoque intercultural de la prestación de servicios

Las actividades que registra la lista de chequeo, no son las únicas que pueden realizarse; si bien son una referencia, muchas de ellas obligan a cambios de actitud en el personal para un mejor acercamiento intercultural y una articulación de la medicina tradicional y académica a través de sus respectivos proveedores y usuarias (Salud Sin Límites Perú y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011). Al respecto, es importante que la adecuación cultural se conciba con enfoque intercultural en todo sentido, para lograr eso, en vez de hacer estudios para conocer a la población y de manera participativa, que es lo ideal, se debería consultar los trabajadores sobre la realidad del lugar para modificar o sugerir mejoras a la norma o algo más concordante a lo que se pueda lograr. Además, se les debe enseñar o fortalecer lo que ya saben respecto a las competencias interculturales y así puedan atender mejor a los pacientes. Como ya lo han apuntado algunos autores, de manera similar:

Esta propuesta considera la creación de dos figuras centrales en este entramado intercultural. La primera sería la del facilitador intercultural (personal institucional) que mediante estudios sucesivos se transforme en capacitador intercultural en salud, para impulsar lo aprendido en el interior de las acciones del personal de salud. La otra figura que se considera importante es la del enlace intercultural, un personal comunitario generalmente hablante de lengua indígena, que recibe capacitación en salud intercultural para colaborar con el personal operativo, acompañar a los enfermos durante su tránsito por

las unidades médicas y reportar los problemas de salud relacionados con su filiación cultural a la unidad médica (Piñón, 2004).

Idealmente, en un sistema que promueve la pertinencia cultural, un facilitador intercultural sería un profesional especializado en funciones de intermediación entre pacientes y médicos, educado en las necesidades culturales de los pacientes y que eventualmente podría desempeñarse como capacitador intercultural. Sin embargo, en la realidad actual, donde escasean los recursos para crear nuevos puestos de trabajo en ese hospital y aún menos para personal altamente capacitado, como lo señala la propia red de salud, el cargo de facilitador recaería en los mismos profesionales de salud, como obstetras, ginecólogos y enfermeras. Esto significa que el único esfuerzo formal por parte del Estado se limita a capacitar al personal en salud intercultural y en quechua.

La participación de la propia red de salud es primordial, ya que estos profesionales representan a los médicos y obstetras del Hospital de Lircay, muchos de los cuales han trabajado en el mismo establecimiento. Sin embargo, su labor a menudo se ve limitada, ya que están obligados a seguir órdenes del gobierno central. Si se prestara más atención a las voces de los médicos que tratan directamente a los pacientes, se podrían identificar mejor las carencias existentes y generar las acciones necesarias con el apoyo de la red de salud para crear normas técnicas adaptadas a cada realidad específica, teniendo en cuenta la disponibilidad de presupuesto y los recursos existentes. Una obstetra del hospital de Lircay enfatiza esta necesidad al señalar que "la RED y la DIRES deberían organizar una reunión conjuntamente con el MINSA para elaborar una norma técnica acorde a la realidad de cada RED. Dado que tenemos siete provincias y aproximadamente una red por cada una, sería ideal crear una norma técnica para cada provincia, basada en reuniones con los directores y encargados del área materno-perinatal. Sin embargo, todas las normas se fundamentan en la realidad de Lima, donde los casos de parto vertical son muy pocos" (G. Capani, comunicación personal, 10 y 11 de enero de 2017).

Entonces la adecuación cultural sería una herramienta para la mejora de instituciones de forma rápida y de acuerdo a la realidad existente, solucionando el problema tal cual está en el momento. Apuntando a las herramientas existentes de cada realidad y no a esfuerzos que no se puede solidificar o se lograrían a largo plazo. Es por eso que, se debería aplicar la adecuación cultural en vez de la pertinencia intercultural porque este reflejaría una opción más sensata de acuerdo a la realidad y a lo que se puede lograr, de acuerdo al estado que se tiene.

En conclusión, la propuesta de adecuación cultural es la que mejor se ajusta a lo observado en el Hospital de Lircay, de acuerdo a la realidad de los pacientes, personal de salud y del hospital mismo. De esa forma, se lograría un acceso a la salud idóneo, combatiendo de esa manera las distintas barreras culturales que se forman actualmente en esa institución de salud. Siendo esto así, se podría educar y brindar herramientas con enfoque de salud intercultural a los profesionales de salud y pacientes, se podría lograr institucionalizar más partos y contar con un hospital que entienda la realidad de sus gestantes.

CONCLUSIONES

1. El problema de los partos no institucionales en la comunidad de Lircay y sus alrededores es un claro ejemplo del impacto que se enfrenta a diario, tanto por el personal de salud como por las gestantes. Este fenómeno surge debido a las barreras culturales, que operan de manera transversal, desde la institución más grande e interesada, como es el Ministerio de Salud, hasta el último eslabón en la atención de los pacientes, que son los servidores de salud.
2. En ese sentido, a partir de lo observado en el Hospital de Lircay, se puede concluir que, a pesar de las iniciativas del gobierno central para generar normas interculturales, estas no logran concretarse en la realidad debido a las diversas barreras culturales presentes en este hospital. Este fenómeno se debe a un problema profundo que el Estado no está interesado en identificar ni en solucionar.
3. Asimismo, las iniciativas que ha impulsado el gobierno central con miras a la salud intercultural tienen como objetivo cumplir con ciertos compromisos internacionales. Aunque se han generado varios programas, no se ha garantizado su continuidad y sostenibilidad en el tiempo, lo que impide que sean adecuados para facilitar un derecho a la salud digno y de calidad para las gestantes de este hospital.
4. Si bien existe normativa concreta sobre la atención intercultural de las gestantes, esta no se ha implementado en su totalidad, ni se han cumplido sus objetivos en

relación con los alcances de adecuación cultural que las mismas normativas habían previsto y considerado. Esto ha generado que tales normativas resulten inadecuadas para abordar y facilitar el derecho a la salud de las gestantes, creando así una barrera cultural.

5. El problema de las normativas técnicas y los protocolos de atención también constituyó un factor limitante durante la investigación y representó una de las principales barreras culturales. Al ser poco específicos, poco observadores de la realidad y estandarizados según un patrón proveniente del gobierno central, resultan inconexos con la realidad local.
6. En esta investigación no se ha constatado la presencia de personal médico capacitado en salud intercultural, lo que limita la comunicación y el adecuado diálogo entre el personal de salud y la población usuaria del servicio. Entre las obstetras contratadas, son pocas las que dominan completamente el idioma quechua; algunas solo conocen algunas palabras, no son de la zona y tampoco han recibido capacitación en materia de interculturalidad. Por otro lado, los establecimientos de salud no cuentan con personal adicional para traducción o interpretación. Además, se debe considerar la escasez de recursos, medicamentos, equipos e infraestructura, que también han limitado la capacidad resolutive del hospital y de toda la red de salud, incluidos los centros de salud de atención primaria.
7. Otra barrera cultural identificada está asociada a la falta de educación de las usuarias en relación con su derecho a la salud y los servicios brindados en el hospital. Esto conlleva prejuicios hacia el personal de salud y el servicio que ofrecen. Surgen sentimientos de desconfianza, inseguridad, desconocimiento e incluso miedo y vergüenza, lo que provoca que las gestantes acudan poco a hacer uso de los servicios de salud durante toda la etapa de gestación.

8. En ese sentido, se concluye que no se tuvo en cuenta el contexto cultural al implementar la normativa establecida en los protocolos de salud y en la capacitación del personal, lo que generó barreras culturales que obstaculizan el acceso al derecho a la salud. En contraposición, se ha avanzado bajo un diseño con una visión culturalmente centralizada y homogeneizada, sin considerar la perspectiva de salud intercultural prometida por el Estado. Por lo tanto, la falta de adecuación y pertinencia cultural de los servicios de salud agrava aún más la situación de las usuarias, generando como consecuencia desigualdad y exclusión social.
9. De otro lado, se identificaron prejuicios por parte del personal de salud hacia las usuarias, quienes son consideradas como inconsecuentes, descuidadas y que no hablan castellano, entre otras cosas. Asimismo, se identificó que el estado al normar no toma en cuenta a la población a la cual alcanzara sus normas, y de parte de las usuarias, una ausencia o lejanía profunda al acceso de sus derechos. Por estos factores, se puede concluir que se denota un tipo de discriminación, donde las más perjudicadas, las gestantes, sufren las consecuencias, no solo de políticas públicas inadecuadas sino de maltrato de parte de los profesionales de salud, lo cual daría pie a otra investigación más profunda.
10. Finalmente, en el marco de nuestra hipótesis, se evidencia que existen barreras culturales debido a la falta de implementación de la salud intercultural, lo que impide el acceso al derecho a la salud de las gestantes atendidas en el hospital de Lircay. Esta situación ha empeorado la incompreensión y discriminación hacia las usuarias del servicio de salud, generando desencuentros que afectan directamente la calidad de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA O FUENTES DOCUMENTALES

Aguirre Beltrán, G. (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. nueva york.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra. Recuperado el 12 de febrero de 2017, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=8B635D9E7B02448857ACEE550CB9EDA4?sequence=1

(OEA), O. d. (17 de Noviembre de 1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Obtenido de <https://www.refworld.org.es/docid/5ccb1b164.html>

Abramovich, V. y. (2009). Apuntes sobre Exigibilidad judicial de los derechos sociales. En R. Gargarella, *Teoría y Crítica del Derecho Constitucional* (pág. 977). Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Alarcon, A., Vidal, a., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Salud Intercultural*.

Albó, J. (2000). *Iguals aunque diferentes*. La Paz: Ministerio de Educación de Bolivia, Unicef y Cipca.

Aliaga Huidobro, E. (2003). *Políticas de promoción de la salud en el Perú : retos y perspectivas*. Lima: ForoSalud : CIES - Observatorio del Derecho a la Salud.

- Álvarez Vita, J. (1994). *El derecho a la salud como derecho humano*. Lima: Cultural Cuzco.
- Alvitez, E. (2004). La Participación de la Jurisdicción constitucional en la defensa del constitucionalismo social. A propósito de la protección jurisdiccional de los Derechos Sociales por el Tribunal Constitucional Peruano. Universidad de Alicante.
- Asamblea General: ONU. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> [Accesado el 20 Noviembre 2019]
- Cabria, A. (2004). *Más Allá del Proteccionismo y las Buenas Intenciones. Un Análisis de la Situación de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres Indígenas de América Latina: El Caso de las Mujeres Ashaninka del Perú*. Lima: International Women's Health Coalition.
- Capani, G. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)
- Castro, M. (19 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)
- Castro, M. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)
- Centro de Asesoría Laboral. (2008). *Los derechos humanos al agua, a la educación, a la salud y a una vida libre de violencia. Diagnóstico regional Piura 2007*. Lima: Asociación Peruana de Derecho Sanitario (CEDAL).
- Chavez, C., Yon, C., & Cárdenas, C. (2015). *El aporte de los egresados del programa de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica de AIDSESP a la salud intercultural: estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Lima: IEP.
- Chavez, R. (10 de Enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)
- Chiarotti Boero, S. (2003). *El derecho humano a la salud* (Vol. año 11). Zona Franca.
- Conferencia mundial sobre las políticas culturales, & UNESCO. (1982). Declaración de México sobre Políticas Culturales. Mexico D.F. Obtenido de https://culturalrights.net/descargas/drets_culturals400.pdf
- Conferencia Nacional de Salud. (2003). *La salud un derecho para todos*. Lima: ForoSalud.
- Consortio de Investigación Económica y Social, Proyecto Observatorio del Derecho a la Salud., & Latin American and Caribbean Committee for the Def. (2007). *Jurisprudencia sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos y en el sistema interamericano*. Lima: CIES, Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Constitución Política del Perú. (29 de diciembre de 1993). Lima, Perú. Obtenido de Sistema Peruano de Información Jurídica. Recuperado de <http://spij.minjus.gob.pe>

Corcuera, R., & Catalina Hidalgo, A. Q. (2006). *Exigibilidad del derecho a la salud : acceso a atención, tratamientos e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA* . Lima: CARE.

Corcuera, R., Hidalgo, C., & Quintana, A. (2006). *Exigibilidad del derecho a la salud : acceso a atención, tratamientos e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA*. Lima: CARE-Perú.

D. G. (2008). *LAS BARRERAS CULTURALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD SU PAPEL EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN USUARIA A LOS SERVICIOS*. Recuperado el 10 de noviembre de 2017, de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/ServiciosUnidades.pdf>

Defensoria del Pueblo. (2007). *Informe Defensorial N°120. Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud*. Lima.

Defensoria del Pueblo. (s.f.). *Defensoría del Pueblo Peru. Acceso a la Salud*. Obtenido de https://www.defensoria.gob.pe/areas_tematicas/acceso-a-la-salud/

Del Carpio Ancaya, L. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica*, 30(3).

Delgado Menéndez, M. D. (2016). El derecho a la identidad: una visión dinamica. *Tesis de Maestría*. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Edano, L. (19 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Etxeberria, X. (mayo de 2004). Derechos culturales e interculturalidad. *Construyendo Nuestra Interculturalidad*. Recuperado el 29 de junio de 2016, de <http://red.pucp.edu.pe/ridei/libros/derechos-culturales-e-interculturalidad/>

Eyzaguirre Beltroy, C., Fallaque Solís, C., & Lou Alarcón, S. (2007). *Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social .

Fernández Sessarego, C. (1992). *El Derecho a la Identidad Personal*. Buenos Aires: Astrea.

Flores, C. (20 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Zorrilla, Entrevistador)

Flores, C. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Forsalud. (2006). *Declaración de la III Conferencia Nacional de Salud : por el derecho a la salud, es urgente acabar con la pobreza, la exclusión y las desigualdades*. Lima: Foro Salud.

Galvez Rodriguez. (11 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Gararte. (2001). *Informe final: Conociendo la percepción de las mujeres y los proveedores de salud reproductiva acerca de sus derechos sexuales y reproductivos*. Consultoría para el proyecto POLICY.

García Gómez. (21 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Zorrilla, Entrevistador)

García, M. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Gonzales Mantilla, G. (1996). Identidad Cultural y paradigma constitucional: reflexiones a propósito del reconocimiento del derecho a la identidad cultural y étnica en la Constitución de 1993. *Año 7*(11).

Guerra Gonzales, M. (2005). Multiculturalismo y derechos humanos: limitar, tolerar o fomentar diferente. RIDEI-PUCP. Recuperado el 01 de JULIO de 2016, de <http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2016/01/160115.pdf>

Guerrero, P. (2002). *Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Quito: Ediciones Abya Yala.

Huaita Alegre, M., Moreno, H., & Rios, B. (2005). *Derechos de las personas usuarias y resolución de conflictos en los servicios de salud : guía de capacitación*. Lima: Asociación Peruana de Derecho Sanitario.

Hunt, P. (2003). *El derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental*. Informe A/58/427 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, ONU. Obtenido de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26236/mod_page/content/3/2003_CDH_Hunt_El_derecho_de_toda_persona_a_la_salud.pdf

Hurtado, E. (21 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Ibacache y otros, J. (1996). Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. En Salud Sin Límites Perú, & Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, *Interculturalidad en Salud. Manual de Sensibilización. dirigido a personal de salud*.

Icochea Martel, G. (2005). La enseñanza de la medicina tradicional en la facultad de enfermería de la unsch Ayacucho. En *Salud e interculturalidad : un camino en construcción : aportes y reflexiones desde el primer diplomado internacional de salud intercultural*. (pág. 66). Ayacucho: Proyecto AMARES.

Iguíniz Echeverría, J. (2001). Restricción presupuestal y política de salud. *Páginas*, 26(172), 10-18.

IIDH, I. (2006). Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos. San Jose. Obtenido de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>

Ilizarbe, C. (2002). Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades. En N. Fuller (Editor), *Democracia e interculturalidad en las relaciones entre Estado y sociedad*. (págs. 77-105). Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

INEI, I. (2009). *Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2007*. Lima: Inei.

INEI, I. N. (2017). *Censos Nacionales 2017*.

Instituto Nacional de Estadística e Informática . (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*. III Conferencia Nacional de Salud, Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perfil Sociodemográfico del Perú. Informe Nacional. Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. Lima: INEI.

Koonings, K., & Silva, P. (1999). *Construcciones étnicas y dinámica sociocultural en América Latina*. Quito: AbyaYala.

Ley orgánica de municipalidades – LEY N° 27972. (27 de mayo de 2003). Lima, Perú: Diario Oficial “El Peruano” .

Marcañaupa, M. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. Capani Zorrilla, Entrevistador)

México, S. d. (octubre de 2023). *Gobierno de Mexico*. Recuperado el 03 de 03 de 2024, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultural_2021____actualizado_cif_covid_.pdf

México, S. d. (s.f.). *Gobierno de México*. Recuperado el 03 de 03 de 2024, de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/interculturalidad-en-salud227162?state=published>

México, S. d. (s.f.). *Gobierno de México*. Recuperado el 03 de 03 de 2024, de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/interculturalidad-en-salud227162?state=published>

Ministerio de Salud. (20 de julio de 1997). Ley 26842, Ley General de Salud. Lima, Perú: Diario Oficial El Peruano.

Ministerio de Salud. (22 de NOVIEMBRE de 2002). D.S. 013-20202-SA. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud. Perú.

Ministerio de Salud. (17 de agosto de 2002). Decreto Supremo N° 009-2002-SA. *Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Perú.

Ministerio de Salud. (29 de enero de 2002). Ley 27657. ley del Ministerio de Salud. Perú.

Ministerio de Salud. (02 de agosto de 2005). Resolución Ministerial N°598-2005/MINSA. *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución*.

Ministerio de Salud. (2006). Resolución Ministerial N° 638-2006. *Aprueban la "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud"*.

Ministerio de Salud. (2008). Resolución Ministerial N° 278-2008/Minsa.

Ministerio de Salud. (20 de octubre de 2010). Resolución Ministerial N° 815-2010-MINSA. *Aprueban documento técnico "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna"*.

Ministerio de Salud. (2016). Política Sectorial de Salud Intercultural. Obtenido de https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/salud_interculturalidad/Politica%20sectorial%20para%20publicacion.pdf

ONU, A. G. (16 de DICIEMBRE de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. 993.

ONU, C. (18 de diciembre de 1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

ONU: Asamblea General. (20 de noviembre de 1989). Convención sobre los Derechos del Niño. United Nations: Treaty Series, vol. 1577, p. 3. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html> [Accesado el 25 Noviembre 2019]

ONU: Comité de Derechos Económicos, S. y. (2000). Observación general N° 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)., (pág. 23). Obtenido de <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

ONU: Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (16 de octubre de 2019) Información institucional: conceptos y definiciones. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/SDG_Indicator_16b1_10_3_1_Metadata_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/SDG_Indicator_16b1_10_3_1_Metadata_SP.pdf)

Organismo Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Documentos Basicos Suplemento 45° edición*, 20. Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (27 de junio de 1989). Convenio (N. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

Organización Internacional del Trabajo. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica : una guía sobre el convenio núm. 169 de la OIT*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *The health of indigenous peoples / Ethel (Wara) Alderete*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65609>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra: OMS. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=467619BC717B735F5A4D1D2422FA89D0?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (1996). Memoria del Primer Encuentro nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. Saavedra, Region de la Araucanía. Obtenido de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/14-Esp%20IND7.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2008).

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Obtenido de IRIS Repositorio Institucional: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/776>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (1998). Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington.

Peña Jumpa, A. A. (2004). Poder judicial comunal aymara en el Sur Andino: Calahuyo Titihue, Tiquirini-Toteria y Liga Agraria de Huancané. *Clave de Sur*, 1ed.

Pintado Estela, I. (2017). La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas : la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Piñón, S. L. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*(15-16). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007

Pisarello, G. y. (2001). ¿Quién debe ser el guardián de los derechos Sociales? Legisladores, jueces y ciudadanos. En M. A. Aparicio, *Derechos constitucionales y formas políticas. Actas del Congreso sobre derechos Constitucionales y estado autonómico*. Barcelona: CEDECS Editorial.

Ramírez, C. (2011). *Elementos para el análisis y estructuración de políticas públicas en América Latina*. Bogotá: CLAD.

Ramos Ballarta, D. (21 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Ramos Mendoza. (19 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Ramos Sanchez, H. (20 de julio de 2016). comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Ramos, I. (19 de julio de 2016). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Real Academia Española. (22 de julio de 2018). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?w=cultura>

Ruiz Chiriboga, O. (2006). El derecho a la identidad cultural de los Pueblos indígenas y las minorías nacionales: Una mirada desde el Sistema Interamericano. *Sur-Revista Internacional de Derechos Humanos*, Año 3(5).

Salaverry, O. (2010). INTERCULTURALIDAD EN SALUD. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 80-93. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1>

Salud Sin Limites Perú, & Fondo de Población de Naciones unidas. (2011). *Manual de Sensibilización para personal de Salud, Interculturalidad en Salud*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Intercultura...>

Salvador, G. (10 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Capani Zorrilla, Entrevistador)

Trapnell, L., & Neira, E. (2004). *Situación de la educación intercultural bilingüe en el Perú*. Lima: CIES.

Tribunal Constitucional (2005). STC N°07231-2005-PA/TC.

UNESCO. (junio de 1997). Grupo Fribourg. "Proyecto relativo a una declaración sobre los derechos culturales". H. Niec "Cultural Rights at the End of the worl decade for Cultural Development". Obtenido de https://culturalrights.net/descargas/drets_culturals239.pdf

Valdivia, N. (24 de junio de 2010). Ciup. "La discriminación en el Perú y el caso de la Salud: resultados de un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes en una microrred del Valle del Mantaro". Obtenido de chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/La%20discriminaci%C3%B3n%20en%20el%20Per%C3%BA%20y%20el%20caso%20de%20la%20Salud_%20resultados%20de%20un%20estudio%20cualitativo%20sobre%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20pacientes.pdf

Villanueva, C. (11 de enero de 2017). Comunicación Personal. (N. I. Zorrilla, Entrevistador)

Villoro, L. (1996). "Sobre la Identidad de los Pueblos" en *Reflexiones sobre la Identidad de los Pueblos*. Mexico D.F.: El colegio de la Frontera Norte.

ANEXOS

Se presenta la lista de los informantes entrevistados. Las entrevistas realizadas se encuentran transcritas en el siguiente link de Drive:

https://drive.google.com/drive/folders/1pVIWlrqN4RI-5Ond1802pL2gI9p8YMEP?usp=drive_link

- Giovana Capani Jurado, Lircay, 10 y 11 de enero de 2017
- Mariluz Marcañaupa Yauqui, Lircay, 10 de enero de 2017
- Milagros Castro Jiménez, Lircay, 10 de enero de 2017
- Carmen Flores Cutipa, Lircay, 20 de julio de 2016 y 10 de enero de 2017
- Milagros García, Lircay, 10 de enero de 2017
- Obstetra Jenny, Lircay, 10 de enero de 2017
- Rosa Chavez Canto, Lircay, 10 de enero de 2017
- Gaby Salvador, Lircay, 10 de enero de 2017
- Cesar Villanueva Medina, Lircay, 11 de enero de 2017
- Vivia Obstetra, Lircay, 11 de enero de 2017
- Anonimo, Lircay, 11 de enero de 2017
- Galvez Rodriguez, 11 de enero de 2017
- Isombro Ramos Peyón, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Juan Belito Yactahuama, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Luz Edano Torres, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Aurora Cencio Choquenahua, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Luzmilda Garay Mayta, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Ramos Mendoza, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Bernardo Bendezú, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Esther Juana Quispe Huincha, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Angélica Seinan Hananpa, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Elida Martinez Cayetano, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Richard Manzanilla, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Nico Rojas Hilario, Lircay, 19 de julio de 2016.
- Henry Ramos Sanchez, Lircay, 20 de julio de 2016.
- Eusebia Hurtado Huamaní, Lircay, 21 de julio de 2016.
- Karen Patricia Paitan Capani, Lircay, 21 de julio de 2016.
- Denis Ramos Ballarta, Lircay, 21 de julio de 2016.
- Gleniss Madeleine Momon Jibaije, Lircay, 21 de julio de 2016.
- García Gómez, Lircay, 21 de julio de 2016.

A. Entrevista a Mariluz Marcañaupa Yauqui

Entrevistadora: Nos encontramos frente a la señorita Mariluz Marcañaupa Yauqui. ¿Cuál es su función en el hospital?

Persona 1: Trabajo como obstetra en el área de consultorio externo, en el cual estamos dando la atención de los servicios de planificación, control materno, cáncer, parto adolescente y programa de ITS.

Entrevistadora: En esos casos, usted conoce la Casa Materna. ¿De qué se trata ese lugar?

Persona 1: La Casa Materna es un lugar donde se hospedarán las gestantes que ya están próximas al trabajo de parto y todas las que se encuentren en riesgo. En nuestra zona, todas las comunidades son lejanas, y como es el único hospital a nivel de Lircay, la mayoría de pacientes van a venir aquí, para que de no estar en trabajo de parto pero que presenten algún factor de riesgo o tengan que hacerseles un mayor seguimiento, se les pueda atender en este local y se puedan alojar hasta el parto.

Entrevistadora: ¿Actualmente funciona la Casa Materna?

Persona 1: Actualmente no, pues el personal del consultorio solo trabajamos 4 obstetras y no estamos yendo a trabajar allá porque de haber una gestante se debería de hacer un seguimiento permanente, por lo que no podemos. Si tuvimos 2 o 3 casos que se han alojado pero se necesita hacer seguimiento y estar viéndolas, les damos la casa para que se alojen pero no tenemos control si salen o a qué hora salen, hemos tenido casos en que se han escapado, o que están un par de días y se van, por el mismo hecho de que allá tenemos cocina y está equipado pero no contamos con los víveres ni verduras para su alimentación tendrían que ser compradas por ellas. Se habló con el área de Nutrición, para que pudieran proporcionarles comida, pero solo desayuno y almuerzo, ya la cena tendría que ser cubierto por ellas y los domingos no hay atención en Nutrición. Anteriormente, solo tuvimos 2 o 3 casos que se dio atención. (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Cómo es la atención para las jóvenes que vienen por prevención, el MINSA también los capacita a ustedes para hablar con personas quechua hablantes o que tengan otra forma de pensar respecto al parto o los cuidados obstétricos?

Persona 1: La RED vino solo una vez el año pasado, habían una capacitación del curso de quechua que se dio a nivel de Huancavelica, pero el cupo fue mínimo, asistieron solo 4 personas por provincia. (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entonces, esa cantidad limita mucho y eso lo manda la DIRES creo que en convenio con PARSALUD si no me equivoco, ellos dieron ese curso de quechua, el cual fue la única vez. En idioma quechua no suelen capacitarnos.

Entrevistadora: Respecto a protocolos de salud intercultural ¿Han recibido alguna capacitación?

Persona 1: No, no se ha estado dando.

Entrevistadora: ¿Usted sabe algo del parto vertical? ¿Puede explicarnos?

Persona 1: Sí, el parto vertical es la posición la cual puede ser de cuclillas o en sentadillas, y las gestantes optan por esa posición para que puedan dar a luz. La mayoría de las comunidades eligen esa posición porque han sido formadas para eso y han visto a sus mamás dar a luz de esa forma. (M. Marcañaupa, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Vienen al hospital y se les consulta de qué forma van a dar a luz, ahora en hospitalización trabajan colegas que se encargan especialmente para la atención del parto, en casos de riesgos y partos de mayor cuidado tiene que ser parto horizontal, no hay elección de parto vertical porque se puede complicar. Pero en general las pacientes tienen la opción de elegir que parto quieren dar.

Entrevistadora: Eso sería todo, muchas gracias.

B. Entrevista con Milagros Castro Jimenez:

Entrevistadora: Nos encontramos frente a obstetra Milagros Castro Jiménez. Nos puede decir algo sobre la Casa Materna.

Persona 1: La Casa Materna del Hospital de Lircay esta aproximadamente a 10 minutos, hubiera sido ideal que lo construyeran cerca para poder ver a las gestantes hospedadas, pero el problema es que está lejos y no contamos con personal exclusivo para esa Casa. Por eso es rara la ocasión que es utilizada, pues no contamos con personal ni con alimentación para esas pacientes. (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Respecto al parto vertical que nos puede decir?

Persona 1: El parto vertical si lo utilizamos aquí, tenemos sala de partos que está adaptada, y las pacientes que deciden tener un parto vertical ahí se les atiende, de acuerdo a sus creencias y sus costumbres.

Entrevistadora: ¿Ahí un número regular de pacientes que piden parto vertical?

Persona 1: Generalmente son las pacientes que vienen de las alturas. De los 60 partos que atendemos 6 serán verticales. (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Las han capacitado para atender partos verticales?

Persona 1: Sí, estamos capacitadas. Nos mandan a pasantías en las ciudades de Ayacucho y Huancavelica.

Entrevistadora: ¿Las han capacitado en idioma Quechua para que atiendan a las pacientes o ustedes se auto capacitan?

Persona 1: En el año 2005 tuvimos un diplomado en quechua, en donde asistió bastante personal de salud (obstetras, enfermeras, médicos). Desde ahí no ha habido otra capacitación. (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Cuáles cree usted que son las limitaciones de tratar con pacientes que tengas distintas creencias o culturas?

Persona 1: A veces sus costumbres son muy arraigadas, que muchas veces tienen miedo a que les hagamos daño, aunque ha cambiado bastante de los casos pasados a ahora, pues se han creado puestos de salud en los diferentes pueblos, por lo que ya la población está acostumbrada al personal de salud. (M. Castro, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: Eso sería todo, muchas gracias.

C. Entrevista con Carmen Flores Cutipa:

Entrevistadora: Nos encontramos con la obstetra Carmen Flores Cutipa, ¿que nos puede decir sobre la Casa Materna?

Persona 1: Actualmente, el Hogar Materna no funciona; está a cargo del hospital pero no tiene funcionalidad porque no tiene personal asignado, lo cual tiene mucho que ver con la persona quien va a dirigir esta área, y como el hospital cuenta con personal limitado no puede poner en actividad el Hogar Materno. También existen problemas de cultura, pues las personas no quieren bajar, tienen la costumbre que su parto solo debe ser cuando tiene los dolores, no toman en cuenta los riesgos que se puede tener o que sean partos de riesgo; se limitan al dolor o a lo que decida el esposo o la familia del paciente. (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Qué me puede decir sobre el parto vertical?

Persona 1: El parto vertical acá se atiende, pero contamos con limitaciones respecto al espacio donde se realiza, son pocas las pacientes que son atendidas allí. Pero si no hubiera ningún inconveniente con la paciente y todo estuviera dentro del rango normal, la atendemos de acuerdo a su cultura.

Entrevistadora: ¿Mensualmente cuantos casos son?

Persona 1: Mensualmente serán 2 o 3, no hay muchos casos acá porque la mayoría de las personas acepta estar en la camilla; pero lógico, estar en la camilla no es tampoco estar en una posición echada horizontalmente, es casi como un parto vertical estar en una posición semi holder con dicotomía.

Entrevistadora: ¿Reciben capacitaciones respecto al parto vertical?

Persona 1: Solo se capacitó una colega hace aproximadamente 2 años en una pasantía de parto vertical en el Centro de Salud de Uchurcampa, que era el centro pasante de parto vertical. (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: ¿Pero no todas ustedes están capacitadas?

Persona 1: No, solo fue la última, y respecto a capacitaciones nos dejaron de enviar hace aproximadamente hace 3 años, ya nadie va a capacitaciones; como refiere algunas autoridades ya que SERVIR o el mismo Estado te paga todo es por meritocracia, el que estudia y se capacita por sus propios medios es a quienes les pagan. Esa son las excusas que tienen para no mandarnos a capacitaciones y seamos nosotros los que nos solventemos las capacitaciones para este nivel de hospital. (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero 2017)

El Estado envía algunos a capacitar, pero no a los del área hospitalaria; si no me equivoco son a consultores externos, los que llevan programa o de calidad son los únicas obstetras que están yendo a capacitar.

Entrevistadora: ¿Tampoco están recibiendo capacitación para atender en el idioma quechua?

Persona 1: Respecto al quechua, yo sí recibí capacitación pero no ahora, sino en el 2004 que nos hicieron un diplomado en quechua. Hasta la fecha creo que solo el director se ha

capacitado en quechua, después no hay nadie más. (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: Pero nadie que atienda directamente al paciente.

Persona 1: Como obstetra desconozco que haya alguna que se haya capacitado, y si hay tendría que usted hablar con el director quien tiene más conocimiento de esto.

Entrevistadora: ¿Usted cree que el ministerio de salud tendría que hacer capacitaciones?

Persona 1: Sí, debería continuar, los diplomados deberían de ser continuos.

Entrevistadora: Y también por ejemplo las directivas deberían de hacerlas de acuerdo a la realidad. Por ejemplo, lo de la Casa Materna no está funcionando y deberían de ya haberse dado cuenta.

Persona 1: Es porque no tiene presupuesto. No tiene presupuesto de personal, ni de funcionamiento, ni para alimentos, ni de vigilancia, ni de luz o de agua. La han creado sin presupuestos, y esta no puede funcionar sola, tiene que haber control sobre el ingreso y salida, porque ya ha sufrido hasta 2 robos. Entonces no se puede trabajar en esas condiciones y el paciente no se siente seguro ya que no hay nadie a su lado. No hay responsabilidad de nadie en ese lugar. (C. Flores, comunicación personal, 10 de enero 2017)

Entrevistadora: Eso sería todo, muchas gracias.

