

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

“ESTUDIO DEL SERVICIO DE SALUD MATERNA EN EL HOSPITAL
GENERAL DEL DISTRITO DE JAÉN, BRINDADO A TRAVÉS DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD. ANÁLISIS DESDE EL ENFOQUE
INTERCULTURAL DURANTE LOS MESES DE MARZO A
SEPTIEMBRE DE 2012”

Tesis para optar el grado académico de Magíster en Gerencia
Social

AUTORAS

Isabel Catacora Rojas
Sonia Pastor Altamirano

ASESORA

Mg. Laura Cavero Corcuera

JURADO

Mg. Marcela Chueca Márquez
Mg. Raúl Pasco Ames

LIMA - PERÚ

FEBRERO 2015

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de la presente investigación se concentra en analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén el cual es brindado a través del Seguro Integral de Salud (SIS), haciendo uso de un enfoque intercultural con la finalidad de proponer mejoras que permitan que las gestantes beneficiarias acudan a dicho establecimiento de salud. El SIS tiene como finalidad proteger a aquella población vulnerable y en estado de pobreza que no cuenta con un seguro de salud.

La investigación nos facilitará un mejor entendimiento del porqué el SIS no está cumpliendo con suministrar prestaciones de salud adecuadas y con enfoque intercultural hacia las gestantes beneficiarias, a su vez se espera conseguir un conocimiento útil para la Gerencia Social orientado a la toma de decisiones y mejoras para nuestra problemática identificada. Los hallazgos no solo proporcionarán conocimientos sino que las propuestas podrían ser tomadas en cuenta para mejorar las prestaciones de salud que brinda el Hospital General de Jaén a través del SIS a sus gestantes beneficiarias, adecuándolas hacia el enfoque intercultural, logrando la satisfacción de las usuarias.

Los resultados muestran que el Hospital General de Jaén no está implementado para ofrecer un parto con enfoque intercultural, no existe una infraestructura, mobiliario, materiales y equipos adecuados, tal y como lo exige la Norma técnica del parto vertical con adecuación intercultural. Asimismo, se halló que el personal de salud en su mayoría no se encuentra capacitado para la atención del parto con enfoque intercultural, esto se corroboró con lo manifestado por las gestantes quienes esperan un trato más considerado y respetuoso tanto de sus costumbres como de su intimidad. Asimismo, se descubrió que la información que manejan las gestantes respecto a sus derechos como beneficiarias del SIS es errónea y esta comienza desde el momento de su afiliación, generando desencuentros entre el personal de salud, las gestantes y sus familias. Por otro lado, si bien el personal de salud considera pertinente que las gestantes sean un grupo poblacional beneficiario del SIS, la mayoría de ellos no reconoce la salud como un derecho de las gestantes.

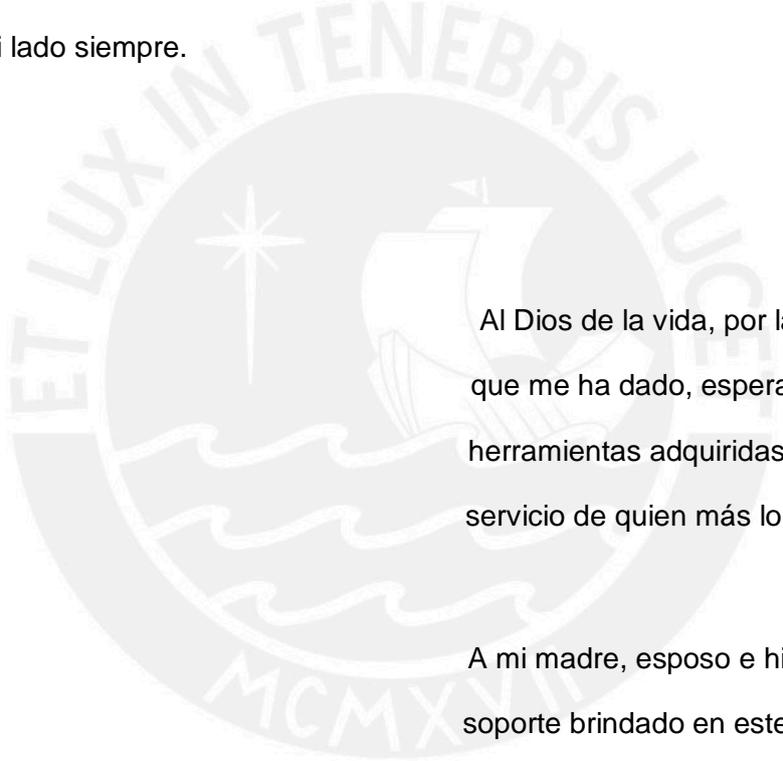
Es así que lo hallado en la investigación se orienta a la no aplicación del enfoque intercultural en el proceso de atención del parto. Lo anterior tiene como resultado la insatisfacción de las gestantes respecto a la atención recibida, dando lugar a la creación de propuestas que permitan recuperar la credibilidad hacia los beneficios que otorga el SIS a las gestantes.

DEDICATORIA

A Dios, por iluminar cada paso de mi vida
y permitirme seguir hacia adelante.

A mis padres Hilda y Roberto, por su
comprensión e incondicional apoyo, y
por estar a mi lado siempre.

Isabel



Al Dios de la vida, por la oportunidad
que me ha dado, esperando que las
herramientas adquiridas estén al
servicio de quien más lo necesite.

A mi madre, esposo e hijos, por el
soporte brindado en este proceso de
aprendizaje.

Sonia

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Introducción.....	7
Capítulo I. Planteamiento de la Investigación	9
1.1 Planteamiento de Problema.....	9
1.2 Preguntas de Investigación.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación.....	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 Justificación de la Investigación.....	12
1.5 Ubicación de la Investigación en el campo de.....	14
la Gerencia social	
Capítulo II. Marco Teórico de la Investigación	16
2.1 Diagnóstico Contextual.....	16
2.1.1 Marco legal Internacional de la salud	16
como un derecho	
2.1.2 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	17
2.1.3 El Derecho a la salud en el Perú.....	19
2.1.4 El Aseguramiento Universal en Salud.....	20
2.1.4.1 El Seguro Integral de Salud.....	21
2.1.5 La Mortalidad Materna.....	26
2.1.5.1 La Mortalidad Materna en el Perú.....	26
2.1.5.2 La Mortalidad Materna en Jaén.....	32
2.1.6 La Interculturalidad.....	34
Momentos de la	
2.1.6.1 Interculturalidad.....	34
2.1.6.2 El Enfoque Intercultural en salud.....	35
2.1.6.3 El Enfoque Intercultural desde una.....	39
perspectiva de derechos	
2.1.7 La Norma técnica para la atención del parto.....	41
vertical con adecuación intercultural	
2.1.7.1 Componentes de la Norma técnica	43

2.2 Definición de conceptos.....	46
2.3 Resumen Analítico.....	49
Capítulo III. Diseño Metodológico de la Investigación	54
3.1 Metodología de la Investigación.....	54
3.1.1 Definición de la variables de Investigación.....	54
Definición de los indicadores de	
3.1.2 Investigación.....	56
3.2 Características de la Investigación.....	59
3.2.1 Forma de Investigación.....	59
3.2.2 Estrategia Metodológica.....	59
3.2.3 Unidad de Análisis.....	60
3.2.4 Universo.....	61
3.2.5 Muestra.....	61
3.2.6 Fuentes de Información.....	62
3.2.7 Técnicas de recolección de Información.....	63
3.2.8 Trabajo de campo y Procesamiento de la	
Información.....	65
3.2.8.1 Trabajo de campo.....	65
3.2.8.2 Procesamiento de la Información.....	68
Capítulo IV. Análisis de los Hallazgos de la Investigación	69
4.1 Pregunta N° 01: Nivel de implementación de los	
servicios del Hospital General de Jaén.....	69
4.1.1 Variable N° 01: Infraestructura, materiales y	
mobiliario	69
4.1.2 Variable N° 02: Capacitación del personal	75
4.1.3 Variable N° 03: Conocimiento del personal acerca	
del parto saludable y seguro	82
4.2 Pregunta N° 02: Respeto hacia las costumbres de las	
gestantes	89
4.2.1 Variable N° 01: Satisfacción de las gestantes	
sobre el servicio recibido.....	89
4.2.2 Variable N° 02: Utilización de los servicios de	
salud por parte de las gestantes.....	95

4.2.3	Variable N° 03: Identificación de las gestantes con sus costumbres.....	99
4.2.4	Variable N° 04: Disposición del personal para la atención del parto con enfoque intercultural.....	105
4.3	Pregunta N° 03: Derechos y responsabilidades en los servicios de salud materna que brinda el SIS.....	111
4.3.1	Variable N° 01: Satisfacción de las gestantes sobre los beneficios que ofrece el SIS.....	111
4.3.2	Variable N° 02: Expectativas del personal acerca de la cobertura del SIS en el distrito de Jaén.....	118
4.3.3	Variable N° 03: Percepción del personal acerca de la salud como un derecho de las gestantes.....	122
	Capítulo V. Conclusiones.....	127
	Conclusiones	
	Capítulo VI. Recomendaciones	134
	Recomendaciones	
	Anexos.....	139
	Bibliografía.....	155

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Alberto Sánchez Cieza, Director del Hospital General de Jaén, quien no solo nos brindó las facilidades del caso autorizándonos la entrada a las instalaciones del Hospital para el desarrollo de la investigación, sino que mostró especial interés en apoyar el estudio para tomar medidas correctivas.

Agradecemos a la Lic. Gloria Pozo, Jefa del servicio gineco-obstétrico, quien nos facilitó las gestiones para el ingreso al servicio gineco-obstétrico del Hospital y poder realizar las entrevistas sin ningún contratiempo.

Extendemos nuestro agradecimiento a todo el personal de salud del servicio gineco-obstétrico del Hospital, a los médicos y obstetras que participaron en el desarrollo de las entrevistas, permitiéndonos obtener información valiosa.

Agradecemos también a la Lic. Ena Balarezo, coordinadora del Programa de Salud Materna de la DISA, por su disponibilidad.

Concedemos nuestro mayor agradecimiento a la Lic. Gledys Ríos Panduro, jefa del área de Servicio Social del Hospital, por todo el apoyo brindado en la realización de los talleres, apoyo que se extendió hasta la facilitación para las reuniones con los involucrados.

A todas aquellas mujeres gestantes y sus familiares, quienes nos brindaron su tiempo para responder a las preguntas de la entrevista y su participación en los talleres.

INTRODUCCIÓN

El contenido de la investigación se centra en la lucha contra la mortalidad materna, pues esta expresa la desigualdad en la que viven muchas mujeres gestantes, especialmente aquellas que se encuentran en condiciones de pobreza. Es en este sentido que ubicamos al Seguro Integral de Salud (SIS) como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Esta tiene como función administrar y ofrecer coberturas de riesgo a sus afiliados, y a su vez se encuentra enmarcada en la política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

La presente investigación toma como escenario el Hospital General de Jaén, ubicado en la provincia de Jaén, departamento de Cajamarca. Según datos de la DISA - Jaén para el 2011, se registraron 103 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos y para el 2012 estas se incrementaron a 127 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, cifra por demás alta y alarmante si la comparamos con el promedio nacional para el mismo año, que fue de 93 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. Dichas cifras han sido consideradas por la Dirección de Epidemiología a nivel nacional¹; las cuales no hacen más que reflejar que la problemática de la mortalidad materna urge abordarla teniendo en cuenta aspectos mucho más cercanos a las gestantes, tales como aspectos interculturales a ser tomados en cuenta en la atención.

El contenido de la investigación fue estructurado en seis capítulos; el primero de ellos corresponde al Planteamiento de la Investigación donde se traza el problema de investigación, el cual alude a indagar el por qué el SIS como mecanismo de acceso a servicios de salud, no está cumpliendo con suministrar una atención adecuada e intercultural que permita el acercamiento voluntario de las gestantes al Hospital. Este capítulo incluye también la presentación de las preguntas de investigación, que se orientaron a recoger percepciones de los actores involucrados tales como el personal de salud y las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. Cabe recordar que estas preguntas se encargarán de guiar la investigación.

También forma parte de este capítulo el diseño de los objetivos de la investigación, orientados a analizar el proceso de atención del parto en el Hospital haciendo uso de un enfoque intercultural. Asimismo se considera la justificación de la investigación así como también su aporte para la Gerencia Social; que permita contribuir no solo a

¹ Dirección de Epidemiología – Dirección de Salud Jaén (DISA)

2013 “Plan de acción para la prevención de la mortalidad materna-perinatal y neonatal en las redes y micro redes del ámbito de la Dirección Subregional de Salud- Jaén, departamento de Cajamarca”. Jaén. Pág. 9 y 41.

proporcionar conocimientos sino que las propuestas puedan ser tomadas en cuenta para mejorar los servicios de salud brindados en el Hospital.

El segundo capítulo corresponde al Marco Teórico de la Investigación, donde se realizó un enfoque comenzando desde un nivel macro. Se empezó enfocando el derecho a la salud desde el ámbito internacional, tomando en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el ámbito nacional, nos referimos a la política del AUS como marco para apuntar hacia el SIS, también se incluyó el tema de la mortalidad materna en nuestro país como preámbulo para enfocar la situación actual de la mortalidad materna en Jaén. Asimismo, se trató el tema de la interculturalidad, y dentro de ella se retrató el enfoque intercultural en salud. Por otro lado se realizó un análisis del documento Norma técnica para la atención del parto con adecuación intercultural. Por último se definieron algunos conceptos utilizados durante la investigación.

El tercer capítulo corresponde al Diseño Metodológico de la Investigación, dentro del cual se planteó la formulación y definición de las variables y los indicadores. También forma parte de este capítulo las características de la investigación, entre ellas se trataron los temas tales como la forma de investigación, correspondiente al estudio de caso y la estrategia metodológica, concerniente a la estrategia cualitativa. Asimismo se tomaron en cuenta las técnicas de recolección de información, tales como la entrevista no estructurada, la entrevista semiestructurada, talleres con metodología popular para adulto, la revisión documental y la observación. Por último se elaboró un resumen de actividades realizadas en el trabajo de campo y el procesamiento de la información.

El cuarto capítulo corresponde al Análisis de la Información hallada, este se elaboró en tres partes, correspondiendo cada una de ellas a una pregunta de investigación. El análisis dentro de cada pregunta se llevó a cabo por variable. Cabe indicar que el análisis se realizó tomando en cuenta los puntos tratados en el marco teórico de la investigación, por último se realizó la triangulación entre las variables.

El quinto y sexto capítulo corresponden a las Conclusiones y Recomendaciones respectivamente. Las primeras fueron realizadas a partir del análisis de los hallazgos y las recomendaciones se redactaron a partir de las conclusiones. En este sentido, el fin de la presente investigación es analizar el proceso de atención del parto brindado por el Hospital General de Jaén a través del SIS, haciendo uso de un enfoque intercultural, a la vez de generar propuestas para un mejor funcionamiento del SIS, lo cual permitirá acercar más los servicios de salud hacia aquellas beneficiarias del SIS que mantienen sus costumbres al momento del parto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

En la actualidad; el Gobierno peruano pone en práctica la política de Estado denominada Aseguramiento Universal en Salud (AUS), encargada de garantizar el pleno derecho de todo ciudadano a la seguridad social en el país. El AUS es aplicable a un conjunto de instituciones ligadas al proceso de aseguramiento universal en salud, entre ellas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las cuales son las encargadas de “ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados”². Una de ellas es el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual tiene como objetivo sectorial cuidar de la salud de la población más necesitada (grupos vulnerables), en situación de pobreza y extrema pobreza, promoviendo el acceso a una atención con equidad y calidad, dándole prioridad a aquellos que no cuentan con un seguro de salud³.

Dentro de este grupo se encuentran las mujeres gestantes de escasos recursos económicos, las cuales - según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) - son beneficiarias directas por su situación de gestantes. Además, el mencionado Plan señala dentro de su denominada “Condición obstétrica de embarazo, parto y puerperio normal”, que las IAFAS - en nuestro caso el SIS - tienen la obligación de cubrir financieramente las siguientes intervenciones⁴: preventivas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Es decir, el SIS cubre la totalidad del tratamiento orientado a proteger la salud de las gestantes antes, durante y después del parto.

² SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 04 de diciembre de 2012. http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-009.pdf

³ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html

⁴ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012. Pág. 12 < http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/DS-016.2009-SA.pdf

Lo mencionado anteriormente contribuye de alguna manera a reducir la problemática que representa la muerte materna en nuestro país, en el sentido de proteger la vida de la gestante en situación de pobreza y el niño por nacer. Es en este contexto; que el departamento de Cajamarca, a pesar de no estar considerado entre las zonas en situación de pobreza, y a pesar de contar con el canon minero, posee uno de los números más altos de mortalidad materna a nivel nacional (con un total de 24 muertes maternas durante el año 2011), junto con los departamentos de La Libertad y Puno (31 y 29 muertes maternas respectivamente). Muy por encima de departamentos más pobres como Huancavelica con 4 muertes maternas y Ayacucho con 10 muertes maternas (MINSA: 2011).

Es así que en el año 2011, Jaén alcanzó la cifra de 103 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, y en el año 2012 esta cifra se elevó a 127 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos (Dirección de Epidemiología – DISA Jaén: 2013). Siendo el Hospital General de Jaén el contexto de esta lamentable realidad, tal es así que se convierte en el escenario escogido para llevar a cabo la presente investigación.

Si bien el Estado ha puesto en marcha la política de Aseguramiento Universal en Salud; la cual a su vez enmarca al Seguro Integral de Salud (como IAFAS encargada de brindar coberturas de aseguramiento en salud hacia los más pobres), y pese a la gratuidad en el otorgamiento de las prestaciones en salud; muchas de las gestantes prefieren no asistir al Hospital General de Jaén para el momento del parto, optando por dar a luz en sus domicilios y con la ayuda de una partera, poniendo en riesgo su vida y la del recién nacido, rechazando así el proceso de atención con enfoque biomédico. Es en este contexto que ubicamos el siguiente problema: *“El SIS como mecanismo de acceso a servicios de salud, no está cumpliendo con suministrar una atención adecuada e intercultural que permita el acercamiento por voluntad propia de las mujeres gestantes al Hospital General de Jaén, generando así un incremento en la mortalidad materna”*.

La presente investigación nos permitirá contribuir a resolver el problema identificado, en el sentido de analizar las prestaciones de salud que brinda el Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud a las gestantes beneficiarias, y plantear mejoras en el servicio, orientadas hacia un enfoque intercultural que respete las costumbres de las gestantes.

En esta investigación, se pretende indagar si en el servicio gineco-obstétrico del Hospital se está haciendo uso del enfoque intercultural durante el proceso de atención a las gestantes beneficiarias del SIS. Se evidencia la necesidad de este enfoque en las prestaciones de salud, especialmente en un momento importante como lo es el dar a luz a un nuevo ser, el cual constituye un proceso trascendental tanto para las gestantes como para sus familias, donde el respeto a sus costumbres y tradiciones hace la diferencia entre acudir al Hospital o quedarse en su domicilio y ser atendida por una partera. De ahí la importancia de fomentar el parto en una atmósfera que permita brindar confianza y calidez, siendo ese el ambiente que se crea en el proceso de atención del parto con enfoque intercultural.

1.2 Preguntas de Investigación

La formulación de las preguntas de investigación se orientó a identificar y recoger percepciones y opiniones de los diferentes actores involucrados, las cuales guiarán el contenido de la investigación:

- 1.2.1 ¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?

Nos permitirá indagar si la atención brindada en el servicio gineco-obstétrico tanto en infraestructura y mobiliario, se adecua a las condiciones de calidad necesarias para la atención del parto con enfoque intercultural.

- 1.2.2 ¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así estas asistan al Hospital General de Jaén?

Esta pregunta nos permite identificar si los usos y costumbres de las mujeres gestantes son respetados y tomados en cuenta por el personal de salud al momento de atenderlas.

- 1.2.3 ¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?

Nos permitirá conocer si el Seguro Integral de Salud es asumido por las gestantes como un derecho que ellas tienen y una responsabilidad que implique la valoración de la salud de las gestantes por parte del personal de salud.

1.3 Objetivos de la Investigación

La presente investigación pretende conseguir lo siguiente:

1.3.1 Objetivo general

Analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén brindado a través del Seguro Integral de Salud haciendo uso de un enfoque intercultural, examinando el componente intercultural en el proceso de atención a las gestantes, para proponer mejoras que permitan que las gestantes acudan al Hospital, para así contribuir a la reducción de la mortalidad materna en el distrito de Jaén.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Analizar la calidad del servicio durante el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén, identificando los elementos que son rechazados por las gestantes y que impiden brindarles una atención saludable, segura y con enfoque intercultural.
- b) Examinar la manera como se está haciendo uso del enfoque intercultural en la atención del parto en el Hospital General de Jaén, examinando el vínculo existente entre la gestante y el personal de la salud.
- c) Identificar los factores que impiden tanto a las mujeres gestantes como al personal de salud tomar conciencia de sus derechos y obligaciones respecto al SIS, describiendo las acciones que frenan o imposibilitan tomar conciencia del tema y hacer suyos los beneficios ofrecidos por el SIS.
- d) Proponer mejoras al Seguro Integral de Salud para que a través del Hospital General de Jaén, fortalezca la adecuación de sus servicios hacia el enfoque intercultural, formulando acciones que promuevan el respeto a sus costumbres y el consecuente acercamiento de las gestantes al Hospital General de Jaén.

1.4 Justificación de la Investigación

La presente investigación contribuye a solucionar el problema identificado anteriormente, en el sentido que brindará elementos que permitirán mejorar el desempeño del Seguro Integral de Salud, el cual se encuentra enmarcado en la política de Aseguramiento Universal en Salud. La investigación nos facilitará un mejor entendimiento del porqué el Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud no está cumpliendo con suministrar prestaciones de salud adecuadas y con enfoque intercultural hacia las gestantes beneficiarias, y que permitan a su vez el acercamiento voluntario de estas al Hospital para el momento del parto.

Por otro lado, las razones que motivaron a desarrollar esta investigación se basan en varios criterios⁵. El primero de ellos radica en su conveniencia, en este sentido la investigación se considera conveniente porque servirá para encontrar elementos que ayuden a mejorar el servicio que se brinda a través del SIS a las mujeres gestantes, pues se requiere de reformas traducidas en propuestas para que las gestantes que acuden a los servicios de salud reciban una atención adecuada, respetando su cultura y de esta manera se reduzca la mortalidad materna.

Además esta investigación posee un sentido de relevancia social. Esto porque los resultados de esta investigación están orientados a favorecer a las mujeres gestantes de bajos recursos económicos, y a su vez ayude a reducir las muertes maternas en el distrito de Jaén.

Con los conocimientos que proporcione esta investigación, los cuales están orientados a aspectos sociales y culturales, a su vez expresados en nuestras preguntas específicas de investigación, nos permitirán ampliar nuestra mirada a un abanico de situaciones y sus causas. A su vez nos ayudarán a plantear propuestas que permitan cambiar la realidad que existe actualmente.

Respecto a la viabilidad del estudio, concebimos a la política social como aquella que puede permitir un crecimiento material y espiritual en las personas, mejorando

⁵ Hernández, Roberto
1997 "Metodología de la Investigación". Colombia: Editorial McGraw—Hill.

así su calidad de vida. Nosotros creemos que si es posible lograr estas mejoras, concretamente en el grupo poblacional de las mujeres gestantes, mejoras tanto a nivel material (servicios equipados, gratuidad, etc.) y a nivel espiritual (satisfacción por la atención, respeto a su dignidad de mujeres, a su cultura, etc.). Existen las condiciones para ello y podemos señalar algunas:

- La política de Aseguramiento Universal en Salud ha sido implementada a nivel nacional, y por lo tanto existe la voluntad política expresada en un marco legal que la ampara.
- Desde el inicio de este estudio se cuenta con la aprobación de funcionarios dentro del Hospital General de Jaén, que están aptos a recoger los elementos que arroje esta investigación para ponerlos en práctica con el propósito de mejorar la capacidad resolutive frente a esta problemática.

Cómo se puede ver en lo antes mencionado, la presente investigación se centra en el servicio brindado y su relevancia está dirigida a un grupo específico como son las mujeres gestantes, pues son ellas las que se beneficiarán con los resultados.

1.5 Ubicación de la Investigación en el campo de la Gerencia Social

Con el desarrollo de la investigación se espera conseguir un conocimiento útil para la Gerencia Social que contenga propuestas para nuestra problemática identificada, pues como menciona Tovar: *“se busca producir un conocimiento que contribuya a la transformación de la realidad [...] para el caso de la gerencia social el conocimiento debe servir para tomar decisiones en materia de políticas sociales”* (Tovar 2010: 11).

Forjar este conocimiento útil para la Gerencia Social, es de por sí un reto, pues no se queda en poder proporcionar conocimientos, sino que pueda efectuarse mejoras en los beneficios que el SIS otorga a las gestantes. Se trata pues de *“pensar y reflexionar sobre la acción emprendida”* (Tovar 2010: 11), con miras a detectar elementos en la investigación que permitan tratar eficazmente la problemática antes mencionada, además, dándole la debida importancia a los resultados y examinando a la luz de los hallazgos la actual situación de los servicios de salud que brinda el Hospital General de Jaén a las mujeres gestantes a través del SIS.

La política social donde se ubica nuestra investigación corresponde al Aseguramiento Universal en Salud. Por otro lado, como agente vinculado a esta política se encuentra el Seguro Integral de Salud, como IAFAS encargada de ofrecer coberturas de riesgos en salud orientadas específicamente hacia aquellos que se encuentran en situación de pobreza, entre esta población se encuentran las gestantes que no poseen recursos económicos. El problema radica dentro de este grupo poblacional que son las gestantes; donde el Hospital General de Jaén a través del SIS no está suministrando prestaciones de salud adecuadas y con enfoque intercultural, que les permitan a las gestantes acudir por voluntad propia a dicho Establecimiento de Salud.

Es en este sentido, que el conocimiento a obtener se basará en proponer mejoras en las prestaciones de salud que brinda el Hospital General de Jaén a través del SIS a sus gestantes aseguradas. Permitirá mejorar las prestaciones de salud y adecuarlas hacia el enfoque intercultural, logrando así la satisfacción de las usuarias.

Es así que al final de esta investigación se espera lograr contribuciones para la Gerencia Social, orientadas a la toma de decisiones y mejoras para nuestra problemática identificada. Los hallazgos no solo proporcionarán conocimientos sino que las propuestas podrían ser tomadas en cuenta para mejorar las prestaciones de salud.

La identificación de los elementos encontrados en el proceso de atención a las gestantes, contribuirá a las propuestas de cambio que se plantearán. La descripción de las percepciones tanto de las gestantes, sus familias y el personal de salud ayudarán a analizar el servicio brindado a las gestantes y examinar la manera como se está haciendo uso del enfoque intercultural, así como también identificar los factores que impiden tanto a las mujeres gestantes como al personal de salud tomar conciencia de sus derechos y obligaciones. La profundización de estos conocimientos será útil para la Gerencia Social, la cual está basada en observar la realidad y emprender acciones para mejorarla.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL

Consideramos importante hacer referencia a los fundamentos teóricos en los cuales se basa el trabajo de investigación. En este sentido, lo desarrollado muestra al Seguro Integral de Salud planteado desde un enfoque de derechos internacionales orientados hacia la protección de la salud, pasando por aquellos derechos que promulgan la protección de la cultura de las personas. También se trataron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dando énfasis al Objetivo N° 5 correspondiente a la Mejora de la salud materna. A su vez también se enfocó la política de Aseguramiento Universal en Salud, la cual enmarca la intervención del SIS. Por otro lado se abarcó también los fundamentos teóricos en los que se basa la Interculturalidad, tratando a su vez el tema de interculturalidad orientada hacia la salud, incluyendo un repaso de la Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, como instrumento que permite la adecuación de los servicios de salud.

2.1.1 Marco legal internacional de la salud como un derecho

Existen instrumentos de derecho internacional que fundamentan el derecho a la salud, entre estos tenemos a Organización de Naciones Unidas, que el 10 de diciembre de 1948, proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual menciona en su Artículo 25: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*⁶. Esta declaración propugna como ideal común el respeto a los derechos que conforman la misma, en un marco de reconocimiento y aplicación universal entre los pueblos de los Estados Miembros.

Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud, señala como derecho a la salud: *“el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”* (OMS: 2007). También indica que los

⁶ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) 1998 Declaración Universal de los derechos Humanos” 10 de diciembre de 1948. Consulta: 08 de diciembre de 2012. <http://www.filosofia.org/cod/c1948dhu.htm>

Estados tienen la obligación de generar condiciones para que este derecho se cumpla, entre estas condiciones figuran la disponibilidad de los servicios de salud, viviendas adecuadas, entre otros.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en aras de promover la igualdad, considera que la discriminación comienza cuando se pasa por alto los principios fundamentales de los derechos humanos, originando así el menoscabo en la salud de algunos grupos humanos. La discriminación de las minorías y de otros grupos marginados de la sociedad, es un factor causal y potenciador de la pobreza y la mala salud (OMS: 2007).

2.1.2 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Como parte del marco internacional de la salud como un derecho y una necesidad, encontramos también a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales según la denominada “Cumbre del Milenio” celebrada en el año 2000, 189 países – entre ellos el Perú - se comprometían a enfrentar los principales problemas que aquejan a la humanidad, firmando la “Declaración del Milenio”. Esta declaración contempla 8 propósitos de desarrollo humano que se pretende alcanzar hasta el año 2015, estos son: erradicar la pobreza, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH, garantizar el sustento al medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo⁷.

Cabe destacar el Objetivo de Desarrollo N° 5, denominado “Mejorar la salud materna”, es sumamente importante para nuestra investigación, pues es considerado como referente internacional para cualquier intervención social destinada a la reducción de la mortalidad materna. Especialmente teniendo en cuenta sus metas, las cuales son: Meta 5 A: *Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna*, y Meta 5 B: *Lograr el acceso universal a la salud reproductiva*⁸.

⁷ PROGRAMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)
2012 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta: 29 de junio de 2013.
<http://www.undp.org/content/peru/es/home/mdgoverview/>

⁸ PROGRAMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)
2012 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta: 29 de junio de 2013.
<http://www.undp.org/content/peru/es/home/mdgoverview/overview/mdg5/>

En relación a estas metas, el INEI⁹ afirma que el Perú logró algunos avances, a manera de ejemplo aludimos a la Meta 5A, donde tenemos al indicador *Tasa de Mortalidad materna*, el cual según ENDES para el período 1990-1996 llegó a 265 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, reduciéndose considerablemente para el período 2004-2010, alcanzando 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Según el INEI, la meta que el Perú debe lograr para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015, es de 66 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Es importante señalar que la Mejora de la salud materna como Objetivo de Desarrollo es un elemento crucial para reducir la mortalidad materna, especialmente en aquella población en situación de pobreza que no puede acceder a una atención de salud, en este sentido, son partícipes las instituciones ligadas a la prestación de servicios de salud, así como también aquellas instituciones que facilitan el aseguramiento en salud de la población. Al cumplirse este Objetivo de Desarrollo, se respeta no solo el derecho a la vida del recién nacido, sino están protegiendo la vida de la gestante y por ende su derecho a la salud.

Es en este sentido que el INEI¹⁰ menciona lo siguiente:

“.. el quinto Objetivo del Milenio plasma las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que la no adopción de medidas adecuadas para reducir las tasas de mortalidad materna puede constituir una violación de los derechos humanos; por lo que la meta 5.A y el derecho a la salud se refuerzan mutuamente”.

En este sentido, la meta de reducir la mortalidad materna es un compromiso que permitirá el logro de este Objetivo del Milenio. Comprendiendo a su vez el respeto y protección de la salud de aquellas gestantes que no cuentan con recursos económicos, y por ende no pueden acceder a un parto atendido por profesionales de la salud, poniendo en riesgo su vida.

⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)
2011 Perú: Evolución de los indicadores de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011. Lima
Pág. 211. Consulta: 29 de junio de 2013.
<http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2013/EvolucionIndicadores/index.html>

¹⁰ ÍDEM. Pág. 210

2.1.3 El Derecho a la salud en el Perú

El derecho a la salud pertenece a un conjunto de derechos de corte universal que rigen la seguridad y dignidad de la persona, para un correcto desenvolvimiento en la sociedad. Es en este sentido que nuestro país fundamenta el derecho a la salud en lo siguiente:

El Artículo N°7 de la Constitución Política del Perú, respecto al derecho a la salud, menciona lo siguiente: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”*¹¹.

Al respecto, La Constitución Política del Perú se refiere también en su Artículo N°9 a la Política Nacional en Salud. Señala lo siguiente: *“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”*¹².

Como podemos apreciar, el derecho a la salud constituye un pilar importante en la vida y el desarrollo de cada persona, y a su vez, existe un compromiso constitucional del país frente al mismo. En este sentido, situamos la investigación en la posibilidad de acceder a estos derechos sin ninguna limitación, especialmente de tipo cultural, pues el derecho a la salud se basa también en una atención equitativa, a la cual todos puedan acceder, independientemente de su cultura y forma de ver la realidad.

En este sentido, para el MINSA, la salud es un derecho indispensable que permite que la persona pueda ejercer sin ninguna limitación los demás derechos humanos. El derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, abarcan no solo una atención oportuna y apropiada, sino también factores sociales, económicos y culturales, los cuales son determinantes para la salud (MINSA: 2010).

Lo anterior nos permite entender que la atención en salud no solo tiene que ver con atender al paciente según lo aprendido en un centro de estudios, sino en

¹¹ Congreso Constituyente Democrático. Fecha de consulta: 08 de diciembre de 2012.
<http://www.congreso.gob.pe/ntley/lmagenes/Constitu/Cons1993.pdf>.

¹² IBÍDEM

construir un diálogo intercultural que incluya el respeto y tolerancia hacia la forma de ver la salud. Especialmente de aquellos que mantienen sus costumbres y tradiciones.

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos, se incluye no solo el derecho a la atención y protección en salud, sino también el derecho a elegir la posición en la cual se desarrollará el parto. Con el objetivo de equilibrar el cuidado biomédico, la sensibilidad y significado que representa el parto con adecuación intercultural (MINSA: 2005).

2.1.4 El Aseguramiento Universal en Salud

La necesidad de contar con un seguro de salud se hace cada vez más notoria en nuestro país, no solo para aquella población que se encuentra en situación de pobreza, sino para toda la población que no cuenta con un seguro de salud.

Partiendo de esta necesidad, es que se crea el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), como política de Estado, la cual tiene como fin *“Lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en salud (PEAS)”*¹³.

Cabe indicar el principio de Universalidad del AUS, donde se señala lo siguiente: *“La salud es un derecho fundamental [...] por ello, el Aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”*¹⁴. Podemos entender que todas las personas tienen derecho a acceder al AUS sin temor a ser discriminadas, por ese motivo, entendemos que no existe impedimento para que los asegurados sean atendidos según sus costumbres.

En la misma línea, los principios de Integralidad y Equidad nos describen al AUS como una política que, a través de las entidades prestadoras de servicios (en

¹³ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011 Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima. Pág. 01 Consulta: 21 de noviembre de 2012. < http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-2009.pdf

¹⁴ IBÍDEM

nuestro caso el Hospital General de Jaén), otorga todas las prestaciones de salud que el asegurado necesita. A su vez permite proveer servicios de salud de calidad priorizando a la población con menos recursos, permitiéndonos así reforzar el principio de universalidad.

Una de las características del AUS es que es “garantizado”, es decir, el Estado brinda la garantía de que los asegurados serán atendidos bajo las características de accesibilidad, calidad, oportunidad y protección financiera¹⁵. Según estas características todos los asegurados tienen derecho a una atención de calidad, oportuna y gratuita según sea el caso.

Según la Ley marco del AUS, entre los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal se encuentran el Ministerio de Salud (MINSA), como órgano rector encargado de establecer normas y políticas. También se encuentran las llamadas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las cuales son de “*carácter público, privado o mixto, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgo a sus afiliados*”¹⁶. Entre estas IAFAS tenemos al Seguro Integral de Salud.

2.1.4.1 El Seguro Integral de Salud (SIS)

El SIS es una institución encargada de “*Administrar económica y financieramente los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes*”¹⁷.

El SIS tiene entre sus principales funciones las siguientes¹⁸:

¹⁵ IBÍDEM

¹⁶ ÍDEM. Pág. 02

¹⁷ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011 Reglamento de organización y funciones del SIS 2011. Lima. Pág. 02 Consulta: 23 de noviembre de 2012.
<http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Datos_Generales/Organizacion/ROF/DS_011-2011-SA.pdf

¹⁸ IBÍDEM

- Establecer los derechos y extensión de la cobertura del seguro que se ofrezca a la población que pudiera tener interés en poder tomar el seguro, de acuerdo a los Planes de Aseguramiento en Salud.
- Conducir el proceso de afiliación de las personas que no se encuentren cubiertos por alguno de los sistemas de aseguramiento público, privado o mixto, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente.
- Contratar los servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos, privados o mixtos, para garantizar la cobertura de los servicios de salud ofertados a los afiliados.
- Ofertar y brindar servicios de cobertura de riesgos en salud a sus afiliados en el marco del proceso de aseguramiento universal en salud, de acuerdo a los planes de aseguramiento y planes de beneficios.

Podemos apreciar que las funciones antes descritas concuerdan con los objetivos planteados por el SIS, los cuales como institución, tienen la responsabilidad de evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de los beneficiarios, así como el otorgar servicios de calidad a los beneficiarios del SIS. Asimismo en el ámbito sectorial, el SIS tiene como finalidad otorgarle a la población no asegurada la posibilidad de acceder a prestaciones de salud con equidad y calidad, priorizando siempre a aquellos que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza¹⁹.

Si bien el objetivo del SIS se centra en lograr el acceso a los servicios de salud, priorizando aquella población vulnerable y en situación de pobreza, también otorga una importancia especial al denominado “Componente materno infantil”, el cual por su vulnerabilidad, es considerado prioritario. El SIS se presenta además como una institución orientada a enfrentar y reducir

¹⁹ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 20 de octubre de 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html

aquellas limitaciones en salud, tanto de orden económico, geográfico y sobre todo, cultural²⁰.

Podemos agregar además, respecto al tema cultural, que en los Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 del MINSA, se ubica como uno de los problemas prioritarios: *“La reducida cobertura y aumento de la exclusión. Frente a esto, se propone como lineamiento de política, promover una atención integral en salud mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (a través del Seguro Integral de Salud-SIS, Essalud, y otros)”*²¹.

El documento considera como una “inversión social” - en el sentido de promover la equidad - el hecho que el Estado asegure en temas de salud a aquellos ciudadanos que se encuentren en una situación de necesidad y pobreza. Poniendo especial énfasis en las mujeres en edad fértil así como a la población infantil.

Por el lado de los derechos, el SIS cuenta con la *Cartilla de derechos del asegurado al Seguro Integral de Salud*, donde se brinda información al asegurado acerca de sus derechos, la cartilla cuenta con 10 puntos los cuales son²² :

- Derecho a la atención de Emergencia.
- Derecho a decidir libremente.
- Derecho a conocer la identidad del personal que lo atiende.
- Derecho a la confidencialidad de su historia clínica.
- Derecho a aceptar o rechazar su participación en la docencia e investigación médica.

²⁰ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 20 de octubre de 2012. < http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html

²¹ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2005 “Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012”. Lima. Pág. 33. Consulta: 15 de noviembre de 2012 < <http://www.isn.gob.pe/sites/default/files/Lineamientos7.pdf>

²² SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012. < <http://www.sis.gob.pe/pdf/CartillaDerecho.pdf>

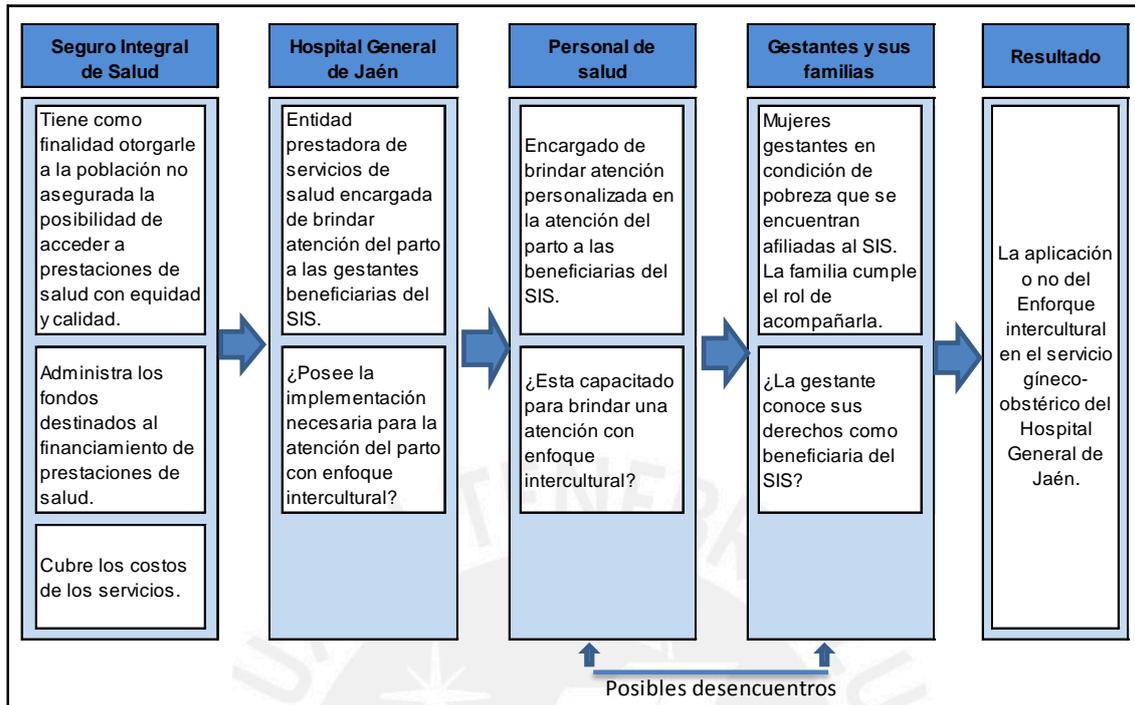
- Derecho a presentar consultas, quejas y reclamos.

Aparte de los derechos mencionados en el párrafo anterior, completan la lista los siguientes derechos, los cuales consideramos muy importantes y merecen tener un detalle adicional:

- a. Derecho a ser informado sobre los beneficios y exclusiones del SIS. Los servicios que ofrece el establecimiento de salud, horarios de atención, régimen de visitas, su estado de salud, conocer su diagnóstico, los beneficios y riesgos de los procedimientos médicos a los que será sometido, costo de atenciones, en el caso de que el SIS no las cubra.
- b. Derecho a recibir atención de salud de calidad. Ser tratado con respeto a su dignidad, intimidad y sus derechos fundamentales, no ser rechazado ni discriminado por el establecimiento de salud, por ser afiliado al SIS o por su condición socioeconómica, raza, edad, sexo o estado de salud. Recibir atención integral que incluye exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías, etc. cubiertas por el SIS de acuerdo a su necesidad. También tiene derecho a la continuidad de la atención en un sistema basado en la referencia y contrarreferencia.
- c. Derecho a recibir medicamentos cubiertos por el SIS en forma gratuita. Tienen derecho a ser informado adecuadamente sobre el uso correcto, contraindicaciones y posibles efectos secundarios del medicamento que se prescribe.

Por otro lado, dentro de la presente investigación, el SIS se relaciona con distintos actores, entre ellos tenemos al Hospital General de Jaén, al personal de salud que labora en el servicio gineco-obstétrico del Hospital y a las gestantes beneficiarias del SIS con sus familias. A continuación podemos observar la relación entre todos estos actores.

FIGURA N° 01
RELACIÓN ENTRE EL SIS Y LOS ACTORES DEL SISTEMA



Fuente: <http://www.sis.gob.pe>
Elaboración: Grupo de trabajo

Como podemos observar en la Figura N° 01, el SIS es una institución encargada de facilitar a la población beneficiaria el acceso a prestaciones de salud con equidad y calidad. Estas acciones se llevan a cabo relacionándose directamente con la entidad prestadora de servicios de salud, que en nuestro caso es el Hospital General de Jaén, pues es este último el que brinda el servicio de atención del parto.

A su vez, esta atención se realiza a través del personal de salud, el cual tiene trato directo con las gestantes beneficiarias del SIS y con los familiares de estas. Es en esta interrelación en la que pueden darse posibles desencuentros, los cuales pueden ser causados por falta de información de la gestante y su familia acerca de sus derechos como beneficiaria del SIS, así como también por parte del personal de salud, en el sentido de desconocer las costumbres de las gestantes al momento del parto.

Estos desencuentros culturales pueden mermar la relación existente entre ambos actores. Si es que estas relaciones entre los actores se dan en un marco de

respeto a la cultura de las gestantes y sus familias, se estaría aplicando el enfoque intercultural en el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén.

2.1.5 La Mortalidad Materna

En los últimos años, la muerte materna se ha convertido en uno de los principales problemas de inequidad en salud que aborda el Estado, según la OMS: *“la muerte materna se define como la muerte de una mujer durante los 42 días después de terminado el embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada con la gestación, agravada por esta o por su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales”* (OMS 2005: 4).

Las causas de muerte están relacionadas principalmente por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Entre los factores de riesgo se encuentran los de orden económico, biomédico, cultural, etc. En este último factor se observa una mayor problemática, en el sentido que las tradiciones, creencias y costumbres, ejercen una gran influencia al acudir al centro de salud llegado el momento de dar a luz.

Se tiene conocimiento que la problemática ha sido reconocida en nuestro país, e inclusive ha sido abordada en los lineamientos de política sectorial 2002-2012 del MINSA, y a su vez es combatida por el Seguro Integral de Salud, enmarcado en la política de Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo; si bien la razón de mortalidad materna en nuestro país muestra una tendencia descendiente con el transcurrir de los años (ver gráfico N° 01), el componente cultural en el proceso de atención del parto constituye un desafío para el Estado, donde la ejecución de acciones respecto al tema resulta crucial.

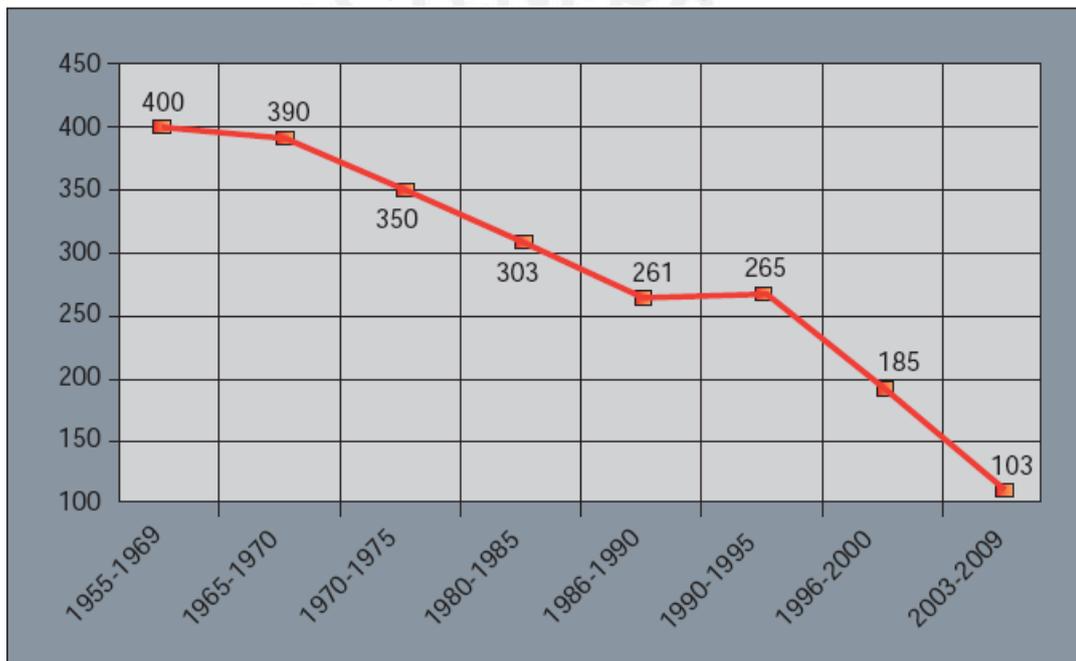
2.1.5.1 La Mortalidad Materna en el Perú

Uno de los problemas más importantes que afronta nuestro país es el referido a la muerte materna. Durante años este problema ha consumido la vida de muchas mujeres, las cuales por diversos motivos - entre ellos la no atención en un establecimiento de salud - han perdido la vida y con ello han sumido en el abandono a sus familias.

Frente a esto, el Plan Nacional Concertado de Salud contempla como primer objetivo sanitario la reducción de la mortalidad materna reflejando la necesidad de

realizar un trabajo integrado, con el objetivo de “realizar un abordaje multisectorial al tema de salud, colocándolo en la agenda de todos los sectores abordando de esta manera la mejora de los principales determinantes de salud, solo así se contribuirá efectivamente a alcanzar un mundo más saludable y seguro que todos los peruanos aspiramos” (MINSA 2007: 1). Cabe indicar que en el Perú, desde el fin de la década de los 90 hasta el año 2003, la razón de mortalidad materna se calculó en 185 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (MINSA: 2009), con este indicador se ubica al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica.

GRÁFICO N° 01
Razón de mortalidad materna en el Perú
(100,000 nacidos vivos)



Fuentes: MINSA, *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*; INEI, ENDES Continua 2009.
Elaboración: MINSA-DGE-ASIS

Cabe destacar también que en nuestro país cada año fallecen mujeres por complicaciones durante su embarazo, y la mayoría de estas pertenece a las zonas rurales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, la alta razón de mortalidad materna se presenta en los territorios más pobres y excluidos del país. Esta situación se explica por múltiples factores, entre ellos, la no adecuación de los servicios de salud hacia las necesidades de las usuarias, quienes en muchos casos son mujeres que mantienen sus costumbres ancestrales al momento del parto. Estos establecimientos en su mayoría, no cuentan con los conocimientos,

habilidades y equipamiento requeridos para proporcionar cuidados obstétricos esenciales y con enfoque intercultural.

Por otro lado, se tiene conocimiento que el sistema de salud con enfoque biomédico no brinda espacios para que las gestantes participen en los procesos de atención que están dirigidos a ellas. Esto se agrava por las barreras culturales y las relaciones interpersonales entre gestantes y el personal de salud: *“más allá del problema de idioma, presente en un grado u otro en la mayoría de establecimientos rurales, el sistema oficial de salud es percibido predominantemente como ajeno, encapsulado en sí mismo, no integrado a la práctica cotidiana de la comunidad que lo alberga”* (MINSA-PROYECTO 2000 1999: 162).

En este sentido, el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico en su publicación “Agenda 2011” menciona lo siguiente: *“reducir la mortalidad materna y neonatal requiere que tanto la madre como el recién nacido sean atendidos por profesionales de la salud con los recursos físicos adecuados durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, las principales barreras para lograr dichas atenciones son de orden económico, de accesibilidad y culturales. También una adecuación cultural del parto implica priorizar la comodidad de la madre parturienta al momento de dar a luz, algunas de las prácticas que deben ser difundidas para las madres que lo requieran debe ser el parto vertical, la posibilidad de enterrar la placenta, la presencia de familiares al momento del parto, una temperatura del ambiente del parto cómoda, entre otras”*²³.

Según lo descrito anteriormente, la mejora y adaptación de los cuidados obstétricos esenciales para un parto con enfoque intercultural debe ser la prioridad nacional en la lucha contra la mortalidad materna. Se hace necesario comprender la manera como la población utiliza los servicios de salud, con la finalidad de poder adaptar los servicios siguiendo dicho patrón de uso.

²³ UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

2010 “La salud que los peruanos queremos”. Agenda 2011. Lima. Páginas 15-16. Consulta: 25 de octubre de 2012
<<http://www.agenda2011.pe/wp-content/uploads/pb/Salud-PolicyBrief.pdf>

Para el desarrollo de nuestra investigación tomamos como referencia el estudio **¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balances y desafíos**, de Bruno Benavides (2005), publicado por USAID y el MINSA a través del Proyecto 2000. El estudio enfoca a la mortalidad materna expresándola en términos de inequidad y pobreza.

Podemos notar que Benavides considera a las costumbres como factores de riesgo en la lucha contra la mortalidad materna, además, considera necesario que exista personal de salud con conocimientos esenciales para una atención del parto que sea saludable y segura, a su vez considera también que los establecimientos de salud deben adecuar sus servicios haciéndolos más aceptables culturalmente. Por otro lado el autor es optimista respecto al aumento de la institucionalización del parto en los establecimientos de salud en los últimos años, pero a su vez denota preocupación porque reconoce que estos cuidados no son adecuados culturalmente en los establecimientos de salud ubicados en lugares alejados.

Benavides adopta un modelo, el cual permite evaluar estos servicios de salud. En este modelo, los cuidados obstétricos deben cumplir con varias características, entre ellas, la de accesibilidad, es ahí donde Benavides toca el tema de la interculturalidad en los servicios de salud, mencionando que un establecimiento de salud que brinda atención solo con un enfoque biomédico, excluye a aquellas gestantes que tienen una cultura diferente.

Otra característica es la aceptabilidad, donde señala la importancia de que el personal de salud conozca la cultura local y sus necesidades, respetando su cultura y atrayendo así a las gestantes hacia los servicios de salud. Finaliza su estudio con propuestas de política que se orientan a cambiar las Instituciones del Estado en relación a los servicios que ofrecen.

Propone cambios en el sentido que los cuidados obstétricos sean esenciales, es decir, que ofrezcan garantía y sean seguros para las gestantes. Según Benavides para esto deben contar con los siguientes atributos: accesibilidad (se pueda contar con medicinas, recursos humanos capacitados y un equipamiento acorde con la realidad), equidad (que no existan limitaciones ni barreras de ningún tipo para ser atendidas), efectividad (la atención obstétrica sea de acuerdo a procedimientos estandarizados y actuales que permita buenos resultados), eficiencia (atención de

garantía a un bajo costo) y aceptabilidad (el proceso de atención debe de conocer su cultura y satisfacer sus necesidades).

Por otro lado, la UNICEF (2006) en su estudio denominado “**Maternidad Segura**”, da lugar a las tradiciones y el reflejo de estas en la salud de las gestantes que las practican, considerando a la lejanía como principal motivo que genera el rechazo hacia su cultura, propiciando aún más la exclusión y la poca aceptación hacia el parto institucional. Afirma que la muerte materna es inaceptable, y lo enfoca por el lado del respeto a las costumbres cuando menciona que “*el respeto es la llave que abre la puerta de la vida*” (UNICEF 2006: 2). En el estudio también se expresa la problemática de la exclusión en la que viven las gestantes de las zonas alejadas y las diferencias en el cuidado de la salud materna entre una mujer de la zona urbana y la que proviene de zonas alejadas.

Respecto al tema, el estudio hace referencia a la importancia que el parto sea atendido por profesionales de la salud, considerándolo como una de las principales causas de la mortalidad materna, en razón a que las parteras no se encuentran capacitadas para tratar las posibles complicaciones que puedan surgir durante el parto. Considera como alentador el aumento del parto institucional en nuestro país, pero a su vez reconoce que las profundas inequidades sociales “*no permiten una maternidad libre de riesgos*” (UNICEF 2006: 6).

La UNICEF hace mención que en diversas zonas del Perú, las mujeres prefieren dar a luz en sus domicilios en vez de hacerlo en el establecimiento de salud, dando como principales razones una serie de motivos socioculturales, entre ellos, que sus prácticas locales de salud no son reconocidas y el personal de salud no valora y tampoco conoce su cultura.

El estudio considera también como principal factor que eleva la mortalidad materna al “*uso exclusivo de prácticas tradicionales*” (UNICEF 2006: 8). Las cuales en muchos casos impiden que la gestante sea atendida a través de un parto institucional. El estudio culmina con una muestra de los avances que logró la UNICEF en nuestro país, orientados hacia la reducción de la mortalidad materna, señalando como logros “*el haber conseguido que las experiencias de las casas de espera maternas y la atención del parto con adecuación intercultural, sean adoptadas como políticas de estado por el MINSA*” (UNICEF 2006: 10).

Finalmente, se ha tomado como referencia para nuestra investigación, el trabajo que hace Sandro Parodi en el documento **“Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”**, realizado con el apoyo de GRADE. En el, Parodi identifica factores no económicos (las actitudes culturales, el poder relativo de la mujer dentro del hogar y la geografía), que están limitando el acceso a los servicios de salud y que el SIS *“no está considerando dentro de su estrategia de expansión”* (Parodi 2005: 1).

La evaluación afirma que el SIS tiene un efecto positivo sobre el acceso al parto institucional y ha superado la barrera económica, pero que éste no ha mejorado la equidad, pues mientras que en el área urbana el 88% de madres gestantes buscan atención profesional durante su parto, en el área rural solo lo hizo el 44%.

Además identificó que las barreras no económicas han limitado el acceso al SIS de gestantes más pobres y que son los segmentos de ingresos medios los que mejor han aprovechado *“mientras que el SIS incrementó en 26% puntos porcentuales la probabilidad promedio de las gestantes de los quintiles más pobres de atenderse en el MINSA, el incremento para las afiliaciones de los quintiles más ricos fue el 34% y 55.8%”* (Parodi 2005: 35). El resultado de estos elementos encontrados permite afirmar que el SIS no ha alcanzado significativamente mejoras en la equidad.

El estudio se centra en tres tipos de barreras no económicas que están limitando el acceso a los servicios de salud: las actitudes culturales que contempla la posición del parto; tales como la percepción sobre la salud, creencias religiosas y actitudes. El segundo es el poder relativo de la mujer en el hogar; el cual reconoce que la toma de decisiones no es exclusiva de la mujer sino que se da entre la familia. La tercera tiene que ver con la geografía; pues las distancias a los establecimientos de salud disminuyen la posibilidad de encontrar atención profesional.

Parodi finaliza señalando que las autoridades en salud deben reconocer la complejidad de la realidad peruana, por lo que el sistema de salud debe ser flexible y adaptable. Sugiere algunas medidas: identificar las poblaciones vulnerables en cada localidad, un sistema de salud que se adecue a la demanda, considerar a la

pareja de la gestante en las políticas de salud materna y por último expandir las coberturas del SIS a las gestantes que viven en zonas alejadas.

2.1.5.2 La Mortalidad Materna en Jaén

Jaén es uno de las provincias con mayor razón de mortalidad materna y en los últimos años ha ido en aumento. Según la DISA - Jaén, en el año 2012 se tuvo una razón de mortalidad materna de 127 por 100 mil nacidos vivos. La procedencia de los casos, en su mayoría, son de las zonas rurales. En el 2011, la cifra fue de 103 por 100 mil nacidos vivos, mientras que en el 2010, fue de 76 por 100 mil nacidos vivos (DISA: 2013).

Entre las razones por las que se da esta situación, según indicaron los especialistas de la DISA - Jaén, se encuentra que una gran mayoría de las mujeres de las zonas rurales prefieren acudir a las llamadas “parteras” al momento de dar a luz.

Otra razón a tener en cuenta es que las gestantes prefieren el parto domiciliario influenciadas por el entorno familiar (DISA: 2011). Esta realidad afecta a la zona de estudio (Jaén), donde la escasa participación y organización de los actores locales (mujeres gestantes, personal de salud), agudiza esta delicada situación.

En la Tabla N° 01 podemos apreciar que en el año 2009, en la provincia de Jaén, se registró una razón de mortalidad de 178 por 100 mil nacidos vivos, cifra mayor a la del 2008 que fue de 122 por 100 mil nacidos vivos. Respecto a los años 2011 y 2012, no se registran cifras decrecientes.

TABLA N° 01
MORTALIDAD MATERNA - JAÉN

Año	Mortalidad Materna según DISA Jaén
2012	127 x 100 mil nacidos vivos
2011	103 x 100 mil nacidos vivos
2010	76 x 100 mil nacidos vivos
2009	178 x 100 mil nacidos vivos
2008	122 x 100 mil nacidos vivos

Fuente: DISA- Jaén
Elaboración: Grupo de trabajo

Esta situación se da a pesar de las estrategias implementadas, las cuales según la DISA - Jaén es necesario que se fortalezcan, entre ellas tenemos: la elaboración del plan de parto, el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, el trabajo con agentes comunitarios, el comité de vigilancia, el seguimiento continuo a las gestantes y por último continuar con la sensibilización a las instituciones y población por la defensa de la vida (DISA 2011).

Lo mencionado anteriormente nos hace pensar en una propuesta orientada al respeto de la cultura de las gestantes, que corrija y mejore la oferta de servicios de salud maternos, orientándolos hacia una adecuación en los servicios, generando así la confianza de las mujeres gestantes.

La mortalidad materna es un problema importante de salud pública. No sólo significa la muerte de la mujer, sino que tiene como uno de sus efectos la orfandad de sus hijos, expresando las profundas desigualdades que existen.

2.1.6 La Interculturalidad.

El Perú es un país multicultural, es decir, está compuesto por diversas expresiones culturales. Es en las manifestaciones de estas culturas donde se produce interacciones las cuales *“están basadas en el respeto, la valoración a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; con todo ello y sin embargo, no son procesos exentos de conflictos y cuando estos aparecen se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la concertación y la escucha mutua”*²⁴.

Es así que la interculturalidad implica el respeto entre culturas, el respetar las costumbres del otro sin menospreciarlas, tomándolas como válidas. Según la OPS: *“La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar”* (OPS, citado por MINSa 2005: 16).

Por su parte, La Secretaría de Salud de México, señala como interculturalidad lo siguiente: *“Entendemos por interculturalidad, una relación de respeto y comprensión de*

²⁴ SECRETARÍA EN SALUD

2007

“Interculturalidad en salud”. México. Pág. 02. Consulta 09 de diciembre de 2012.
<http://www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf

la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una cultura a otra. Por eso, para poder entendernos con personas de otra cultura, es necesario establecer puentes de comprensión y respeto»²⁵.

2.1.6.1 Momentos de la Interculturalidad

Según el MINSA²⁶, el proceso de interacción entre culturas pasa por cinco momentos:

- a. Reconocimiento. Es la acción de reconocer y aceptar a las personas con quienes se interactúa, reconociendo la heterogeneidad.
- b. Conocimiento. Es la facultad de reconocer que somos diferentes y que podemos compartir recíprocamente conocimientos. Es conocer la procedencia, las necesidades, expectativas, es decir, saber quién es la otra persona, qué piensa y qué siente.
- c. Colaboración. Comprende el desarrollo de hechos y circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar vínculos de reciprocidad, lográndose una mayor horizontalidad.
- d. Cooperación. Es la acción de establecer formas sistemáticas de cooperación ante un problema común, su ejecución permite que las personas establezcan un trabajo conjunto y cooperativo.
- e. Asociación. Está orientado a compartir responsabilidades y recursos en un marco de respeto y horizontalidad.

Lo anterior nos da a entender que cada intervención a realizarse, debe estar relacionada al respeto de los patrones culturales que tiene cada grupo humano,

²⁵ SECRETARÍA DE SALUD

2003 "El enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud". México. Pág. 04. Consulta: 25 de noviembre de 2012
<http://www.redactivas.org/media/uploads/public/2_El_enfoque_intercultural.pdf

²⁶ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2010 Documento técnico: "Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos en salud. Lima. Pág. 23. Consulta: 10 de diciembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

promoviendo la diversidad cultural, el reconocimiento y la complementariedad entre ellos.

2.1.6.2 El Enfoque Intercultural en salud

Los procesos de salud, enfermedad y recuperación son entendidos de manera distinta por un sector de la población, el cual mantiene costumbres y tradiciones en cada uno de los momentos de su vida, especialmente en aquellos momentos que implican la llegada de un nuevo ser. Estas prácticas tradicionales desarrollan un conjunto de acciones y ritos, seguidos unos de otros, los cuales luego de ser completados, permitirán que el niño se encuentre en buenas condiciones y la madre logre restablecerse por completo.

Es así que, en el momento de dar a luz, los cuidados y medicinas tradicionales tienen mucha vigencia en algunos sectores de la población. En ocasiones se recurre al empleo de la medicina natural, tales como plantas y raíces, a la vez de la consecución de actos de carácter costumbrista, que tienen como principal protagonista a la denominada partera tradicional.

Es sabido que las parteras tienen una cercanía especial con las gestantes, especialmente por el ambiente cálido y familiar que estas proveen para el momento del parto, creando en las gestantes la idea de sentirse protegidas, más aun estando acompañadas de su familia. Pero muchas veces, la sensación de calidez y confianza que provee este tipo de atención va acompañada del riesgo que implica el dar a luz en sus domicilios. Surgen situaciones que muchas veces no son previstas por la partera ni por los familiares, las cuales sin un adecuado manejo, pueden desencadenar complicaciones que pueden llevar a la muerte de la gestante.

Es en ese sentido, que muchas veces la realidad en la que se desenvuelven las gestantes en su día a día, determina de alguna manera como estas van a ser atendidas llegado el momento del parto. En muchos casos se da que *“el ser pobre, ser mujer y vivir en una comunidad rural es la descripción más exacta de la marginación y la exclusión social. La situación se torna más complicada para las madres que no acceden a los servicios de salud porque estos no se encuentran*

*adecuados a sus creencias, prácticas y costumbres. En estos casos el riesgo de perder a su bebé o morir en el parto es frecuente*²⁷.

Esta reflexión nos hace pensar cuán difícil resulta para las gestantes, adaptarse hacia un tipo de atención, al cual consideran desde el comienzo como ajeno. Esto en el sentido que tanto la infraestructura, los utensilios utilizados y el mismo proceso de atención son diferentes en un parto con enfoque intercultural. Estos procesos de atención por lo general se construyen sobre los cimientos de la propia cultura de la comunidad, manteniendo en todo momento sus propias concepciones acerca de la vida, la enfermedad, el parto y la muerte.

Frente a esta situación, se hace necesario el desarrollo de un enfoque que, orientado a los servicios de salud, los haga más accesibles en el sentido que puedan adaptarse a la realidad de una población diferente, teniendo en cuenta que para ellos el proceso de dar a luz un nuevo ser constituye un riesgo que muchas veces desemboca en una muerte materna.

Es en este contexto, que surge el enfoque intercultural en salud, el cual implica *“la necesidad de considerar la satisfacción y las expectativas de los usuarios como elementos esenciales en la definición de la misión de los servicios de salud. Esto en el sentido que los objetivos de los programas en general se encuentran definidos casi siempre en términos abstractos (“obtener la salud para la población objetivo”), sin considerar lo que significa la salud para cada uno de los diferentes grupos que conforman la población. La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección*²⁸.

²⁷ MINISTERIO DE SALUD (MINSU)
2009 “Interculturalidad: Casa de espera y parto vertical en Perú una estrategia con resultados”. I curso Internacional de gestión económico financiera en hospitales públicos y privados. Lima. Pág. 02. Consulta:05 de diciembre de 2012
<http://www.fepas.org.pe/IICongresoFEPAS2009/documentos/iicongreso/viernes/29manana/m3/Lucy%20del%20Carpio.pdf>

²⁸ SECRETARÍA DE SALUD
2007 “Interculturalidad en salud”. México. Pág. 07. Consulta:09 de diciembre de 2012
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf

Asimismo cabe indicar que el enfoque intercultural en salud, para nuestra investigación, supone una interacción horizontal entre el personal de salud, las gestantes y sus familias, la cual según el concepto de interculturalidad, se basa en valorar las diferencias del otro y respetar las diferentes percepciones respecto a la salud y a la enfermedad. Esta valoración permitiría el entendimiento mutuo entre los actores, promoviendo el aprendizaje entre personas de culturas diferentes en temas referidos a la atención del parto.

En este sentido, se tiene conocimiento que el personal de salud es muy cuestionado en temas de trato, información y respeto hacia las opiniones de los usuarios de los servicios de salud, dando lugar a un *“desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural”*²⁹. Estos cuestionamientos nos dan a entender que es necesario que el personal de salud considere las necesidades y las expectativas que tienen los usuarios, respecto al servicio de salud que se les otorga.

En el caso de la atención a las gestantes, los conocimientos que posea el personal de salud respecto al enfoque intercultural, juegan un rol fundamental al momento de atender el parto, pues *“La trascendencia de incorporar el enfoque intercultural en las políticas y en la mística del personal que labora dentro del sistema nacional de salud, obedece a la necesidad de que los servicios que se otorgan a la población, deban ser dotados de una visión basada en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural”*³⁰.

Esto en el sentido que, del tipo de atención que ellos brinden y de cómo estos se adecúen a las costumbres de las gestantes, dependerá en gran medida que estas regresen o no al establecimiento de salud para su próximo parto.

²⁹ ÍDEM. Pág. 04

³⁰ SECRETARÍA DE SALUD

2003 “El enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud”. México.
Pág. 03. Consulta:25 de noviembre de 2012
<http://www.redactivas.org/media/uploads/public/2_El_enfoque_intercultural.pdf

Respecto al tema, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala 4 características para trabajar desde una perspectiva intercultural³¹:

- a. Promover una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
- b. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
- c. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.
- d. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

El documento menciona además que estas características son puestas en marcha a través de la palabra, la cual funciona como una maniobra comunicativa y central para lograr el reconocimiento del otro. Según podemos apreciar, el personal de salud, siendo los profesionales que se encuentran en contacto diario y cercano con las gestantes, pueden a través del trato y la interacción propiciar el reconocimiento y la confianza, además de nuevas formas de interacción con ellas.

Al respecto, la OPS elaboró un conjunto de actitudes que permitirían hacer más llevadero o adecuarse más fácilmente a la interculturalidad en los servicios de salud, los denomina “Pasos para el trabajo diario”³², los cuales resumimos a continuación:

TABLA N° 02

ORIENTACIONES PARA EL DESEMPEÑO DIARIO DEL PERSONAL DE SALUD

Elementos	Actitudes
Reconocimiento	<p>Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena.</p> <p>No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas. Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no solo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.</p>

³¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2008 “Una visión de la salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas”. Pág. 37.
 Consulta: 22 de noviembre de 2012
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>

³² IBÍDEM

<p>Conveniencia</p>	<p>Compartir los conocimientos y saberes de los otros.</p> <p>Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.</p> <p>Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.</p>
<p>Valoración</p>	<p>Buscar el porqué de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas.</p> <p>Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes.</p> <p>Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud.</p> <p>Ser sensible a las necesidades del otro, recordar que ellos están primero.</p>
<p>Interacción</p>	<p>En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento.</p> <p>Pensar en equipo, en “ir juntos” uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud.</p> <p>Compartir, involucrarse, ser parte de.</p>

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Elaboración: Grupo de trabajo.

Respecto al tema, la adecuación intercultural de los servicios de salud tiene como fin incrementar la atención del parto en instituciones de salud, en nuestro caso en el Hospital General de Jaén, intentando reducir las barreras culturales y económicas que impiden que las gestantes acudan al Hospital al momento del parto.

2.1.6.3 El Enfoque Intercultural desde una perspectiva de derechos

Si bien el concepto de interculturalidad promulga una relación de horizontalidad y respeto entre culturas, basada en la comprensión y entendimiento mutuo, también existen grupos humanos que siempre intentan imponer su forma de pensar y sus prácticas por encima de otros, dominando a los que consideran de menor rango, inferiores y con pocas oportunidades de desarrollarse.

Este caso se da en un sin número de ocasiones, y tiene como escenario las interrelaciones entre miembros de culturas diferentes. Muchas veces los miembros de un determinado grupo humano sienten que sus costumbres no son respetadas por otros, esto los hace sentir limitados y reduce su autoestima. Consecuentemente les impide conocer sus derechos y la importancia y reconocimiento que estos implican.

Durante el proceso de interacción entre miembros de culturas diferentes, *“existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de los derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social”*³³. Lo anterior nos indica la importancia del reconocimiento de las diferentes percepciones de la realidad que tienen algunos grupos humanos, a partir del cual se diseña el ejercicio de sus derechos como base de su dignidad humana.

Por otro lado, el derecho a la salud se define como: *“constituye un deber del estado asegurar el acceso a servicios de salud en los que se brinde un trato digno, respetando la cultura de las personas y aportando información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso personal y acerca de las características del servicio. Pero además al centro del derecho a la salud se encuentra el derecho a la información, individual y colectiva, sobre la salud y la gestión de salud, así como el derecho a la participación de las personas en las decisiones que influyen en su salud y bienestar”* (Arroyo, citado por MINSA 2010: 19).

Según lo mencionado anteriormente, el Estado tiene la obligación de “brindar garantías”, que permitan un trato igualitario, impidiendo en todo momento la discriminación o trato desigual durante el proceso de atención en salud. La adaptación de los servicios de salud es crucial para lograr brindar una atención en salud en igualdad de oportunidades, orientado hacia los grupos humanos que perciben la realidad y la salud de una manera diferente.

Por otro lado, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, en su Artículo 24 señala lo siguiente³⁴:

“1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

³³ SECRETARÍA DE SALUD

2007 “Interculturalidad en salud”. México. Pág. 04. Consulta:09 de diciembre de 2012
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf

³⁴ NACIONES UNIDAS

2007 “Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas”. . Pág. 13.
Consulta:10 de diciembre de 2012 http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf

2. *Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”.*

Como podemos apreciar, la Declaración de las Naciones Unidas señala que los pueblos indígenas tienen pleno derecho a preservar sus tradiciones y costumbres, especialmente en la temática de salud, donde menciona que el derecho no solamente queda en el acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna, sino que va hasta el reconocimiento de la su diversidad cultural, expresada en el uso de plantas medicinales y prácticas de salud tradicionales.

Al respecto, el MINSA señala lo siguiente *“se afirma en esta Declaración que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y se reconoce al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales; reafirmando que, en el ejercicio de sus derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación”*³⁵.

2.1.7 La Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural

El parto tradicional implica la posición de la gestante al momento de dar a luz, esta puede ser sentada, de cuclillas o arrodillada. En nuestro país existe una parte de la población que da a luz haciendo uso del parto tradicional, en especial, las mujeres de la zona andina y amazónica. Es en este sentido; que el Ministerio de Salud (MINSA), mediante Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, aprueba en el año 2005 el documento denominado *“Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”*. El objetivo principal de este documento es brindarles a aquellas gestantes que mantienen costumbres tradicionales, una atención del parto que cumpla sus expectativas, respete sus tradiciones y les otorgue seguridad tanto para ella como para el recién nacido, durante el proceso de atención del parto.

Esta Norma técnica facilita la adecuación de los servicios, con el objetivo que el personal de salud pueda ofrecer un parto vertical, con un enfoque de interculturalidad

³⁵ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2010 “Modulo 7: Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos en salud”. Lima. Pág. 21. Consulta: 10 de diciembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

que respete las tradiciones de aquellas gestantes que tienen presente sus costumbres. El carácter de esta Norma incluye darle un sentido “conciliador” al momento del parto, donde ambas concepciones, tanto la del personal de salud que atiende a través del parto ginecológico, como la de las gestantes que mantienen sus costumbres y desean un parto vertical, se complementen y puedan llegar a integrar ambas formas, logrando el respeto de las costumbres y a la vez la seguridad que implica el ser atendida por profesionales de la salud.

La Norma tiene como objetivo principal, *“Establecer un marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud”*³⁶. Este marco normativo permitirá que el personal de salud adopte un cambio de actitud hacia aquellas gestantes que soliciten un parto vertical en un establecimiento de salud.

Según el documento, el ámbito de aplicación de esta Norma se dará en los establecimientos de salud MINSA del nivel I-4, Nivel II y Nivel III³⁷. Cabe indicar que el Hospital General de Jaén, escenario de nuestra investigación, es un establecimiento de salud perteneciente a la Red del MINSA, el cual corresponde al Nivel II-1.

2.1.7.1 Componentes de la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural

La Norma técnica orienta una gran parte de su contenido a explicar el proceso de atención del parto vertical, dividiéndolo en dos componentes: El componente de organización y el componente de provisión. A continuación veremos un resumen del contenido de ambos:

a. Componente de Organización³⁸

Está constituido por acciones y procesos que permiten adecuar la oferta de servicios maternos hacia el uso y satisfacción de las gestantes que provienen de las zonas andinas y de la Amazonía. Se refiere principalmente a la dotación e implementación de infraestructura así como de los recursos humanos

³⁶ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005

“Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Lima. Pág. 13.
Consulta: 22 de octubre de 2011 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

³⁷ IBÍDEM

³⁸ ÍDEM. Pág. 17

necesarios para poder brindar una atención con calidad y respeto a sus costumbres.

En lo referente a los recursos humanos, es necesario que el personal de salud posea un conjunto de habilidades que le permitan establecer una relación empática traducida en confianza, familiaridad y seguridad con la gestante. Según la Norma técnica, los profesionales con los que se debe contar son los siguientes:

- Médico gineco-obstetra o médico general con competencias para la atención obstétrica.
- Médico pediatra o médico general con competencias para la atención neonatal.
- Obstetra.
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal.

Por otro lado, la infraestructura debe contar con un ambiente acondicionado con luz tenue, y temperatura cálida (24 °C), además de proporcionar calor con estufas u otro sistema de calefacción. También es necesario proteger las ventanas con cortinas o material adecuado a la realidad local, por último las paredes deben estar pintadas con colores no claros.

Respecto a los medicamentos, equipos y materiales, es necesario que se cuente con lo siguiente:

Equipo completo de atención de parto. Entre ellos destacan: tensiómetro, estetoscopio, equipo de reanimación neonatal, una balanza pediátrica, una lámpara cuello de ganso, camilla para parto vertical, un asiento de madera circular de 30 x 45 cm de altura, dos sillas, vitrina para guardar medicamentos.

Como fuentes de calor se encuentran: estufa o calefacción, dos cojines de 30 cm de diámetro, banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto, argolla de metal o madera instalada en el techo, una soga gruesa de 5 metros, una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé, un balde para la recepción de la sangre, bolsas de agua caliente, rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 cm de ancho, botas de tela para la parturienta con el

propósito de evitar la contaminación al recién nacido, campos para recepción del niño y batas amplias para cubrirlos adecuadamente.

Respecto al set de medicamentos para el parto, se debe contar con: medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, orégano, apio). Todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar las complicaciones.

Cabe señalar que el uso de los equipos y materiales antes mencionados dependerá de la capacidad resolutive del establecimiento de salud en donde sea aplicada la Norma técnica.

b. **Componente de Provisión**³⁹

Según el documento, el componente de provisión comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud y la familia van a brindarle a la gestante.

Entre estos cuidados, se encuentra la elaboración del **Plan de parto**, el cual implica el llenado de una ficha donde además de consignarse los datos de la gestante, se establece información referente a la posición que prefiere para dar a luz, personas que la ayudaran en el traslado, entre otros. Es ahí donde el personal de salud constatará las indicaciones y contraindicaciones para la gestante, y evaluará si puede proceder con un parto vertical. Cabe indicar que el llenado de esta ficha debe ser propiciado por el personal de salud.

Luego del llenado de la ficha de Plan de parto, La Norma señala los pasos a seguir para la **Recepción de la gestante**, en ella indica que el personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicándole los procedimientos a seguir, respetando sus costumbres y siempre evaluando la posibilidad de poder aplicarlas, con la intención de mejorar su relación con la gestante. Luego procederá a evaluarla obstéticamente.

³⁹ ÍDEM. Pág. 18

Es muy importante en esta etapa permitir el ingreso de un acompañante principal elegido por la gestante (esposo, madre, etc.). También se mantendrá informado a este sobre su rol y responsabilidades durante el parto.

Respecto a la alimentación, el personal de salud debe permitir que la gestante consuma algunos alimentos líquidos, tales como sopas, mates, etc. Estos le brindaran una sensación de calor, que es muy favorable para el desarrollo del parto. Cabe destacar que es importante que conozca la acción de algunas hierbas y evitar el uso de aquellas que no sean necesarias.

Por otro lado, en el proceso de atención del **Período de dilatación**, el personal de salud debe realizar el examen vaginal, al respecto es necesario explicar a la gestante el motivo del examen, la Norma técnica recomienda ser prudentes y tolerantes cuando se realice este procedimiento. Durante el manejo del dolor, así como en el monitoreo del progreso del parto, el personal de salud debe proporcionar soporte emocional, así como permitir a la gestante algunas acciones de acuerdo a sus costumbres.

La Norma técnica recomienda que durante la fase de dilatación, la gestante debe elegir la posición que prefiera. Se recomienda la posición vertical porque es más fisiológica y acorta el tiempo del trabajo de parto en un 25%. Se sugiere propiciar que la gestante camine, pues esto favorece las contracciones, se sugiere caminar asistidas por sus acompañantes.

Durante la atención del **Período expulsivo**, el personal de salud, debe verificar que se cuente con todos los implementos necesarios para la atención del parto. Así como también acondicionar el lugar donde se va a atender el mismo, revisar si se cuenta con la asepsia requerida, además de atender y detectar cualquier complicación que pudiera surgir. Se debe permitir que la gestante pueda tomar aquella posición en la que tenga mayor fuerza para expulsar al feto.

Para la atención del recién nacido, el personal de salud deberá verificar el material y el lugar donde se atenderá al mismo. Para el momento del alumbramiento, el personal de salud atenderá a la gestante en posición dorsal, a fin de evitar un sangrado continuo. Por último el personal de salud permitirá que la familia disponga el destino de la placenta de acuerdo a sus costumbres.

2.2 Definición de conceptos

A continuación precisamos algunos de los principales conceptos utilizados durante la investigación:

Parto vertical:

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pié, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite expulsar más rápido al feto, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (MINSA: 2005).

Equidad en Salud:

Es la oportunidad que todos y todas tenemos de acceder a los servicios de salud. Respecto al tema Amartya Sen menciona: *“la equidad en salud forma parte integral del concepto más amplio de justicia social, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura, punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social. Es por eso que la equidad va más allá del sector salud en particular, se vincula con la justicia de los acuerdos sociales incluida la distribución económica, convirtiéndose en un asunto político”* (Sen, citado por Spinelli y colaboradores 2002: 13). Podemos agregar también que: *“el concepto de equidad en salud tiene una dimensión moral y ética. Refiere a diferencias que no sólo son innecesarias y evitables, sino también injustas”* (Whitehead, citado por Ferrer: 2003).

Según José María Paganini, el análisis de la equidad en salud es un tema muy importante y de mucha relevancia en la salud de las poblaciones, mencionando así el siguiente concepto: *“la equidad en salud corresponde a las diferencias sistemáticas en el estado de salud y en la atención de la salud recibidas por grupos de población debidas a factores sociales, económicos, culturales y/o por el diferente acceso, utilización, calidad y financiamiento de los servicios de atención de la salud”* (Paganini 2000: 7).

Interculturalidad:

Consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, respetando las creencias y costumbres en la atención; es decir, *“Involucra las*

interacciones, respetuosas de las diferencias, sociales y culturales, de género y generacionales que se producen en diferentes culturas para construir una sociedad más justa” (OPS-OMS, citado por Lerin 2001: 6).

También posee un carácter complementario: *“existe complementariedad entre lo tradicional y lo institucional y tienen como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud [...] implica partir de una definición que implique el contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión que se generan entre dos culturas que se reconocen”.* (Beltrán, citado por Lerín 2001: 6). Resumiendo lo anterior: *“La interculturalidad es el respeto entre culturas”* (UNICEF 2006: 2).

Por otro lado, la Secretaría de Salud de México considera a la interculturalidad como *“el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido [...] y debe considerar además la satisfacción y expectativas de los usuarios como elementos esenciales en la definición de la misión de los servicios de salud [...] así la interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud”* (Secretaría de salud 2005: 3-7).

Comunicación en salud:

“La comunicación para la salud es un proceso estratégico social y político que desarrolla, incrementa y promueve la educación en el derecho a la salud de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de trasmisión y difusión de la información, que garantice el acceso al conocimiento y permita cambios de actitudes y prácticas saludables” (Plan Nacional Concertado de Salud 2007: 8).

Calidad de atención:

“La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud” (Porra 2006: 4). Por otro lado, la calidad en la atención se refleja también en el bienestar de las personas: *“es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnóstico y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de*

efectos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS, citado por Marecos: 2001).

Por su parte, La Dra. Elsa Moreno (Docente de la Universidad de Tucumán-Argentina), menciona lo siguiente: *“Cuando intentamos definir calidad de atención, usualmente nos referimos a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud”* (Moreno y colaboradores 2001: 9).

La oferta de servicios de salud:

“La infraestructura local de salud puede entenderse como un complemento de la educación de los padres, quienes a mayores niveles de educación deberían de aprovechar mejor las ventajas de contar con los servicios que brinda el estado. Además, mayor infraestructura permite un mayor acceso a programas de salud dentro de sus comunidades” (Thomas et al, citado por Parodi 2005:14). Un aporte a este concepto sería: *“una mayor presencia de recursos humanos y físicos de la salud en una comunidad incrementa la disponibilidad de información y promoción de buenas prácticas de salud. Consecuentemente, la demanda por servicios de salud debería incrementarse”* (Valdivia, citado por Parodi 2005:14).

Aceptabilidad:

“Todo establecimiento debe conocer la cultura local, así como las necesidades y demandas de sus usuarias. De esta manera deberá seguir los procedimientos necesarios para que sus servicios no sólo respeten los valores y cultura local, sino que sean proactivos en la implementación de medidas que conduzcan a satisfacerlas, resultando atractivos para la comunidad” (Benavides 2005: 10). Por su parte la Biblioteca virtual en salud de Argentina precisa lo siguiente: *“la aceptabilidad se define como la conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida”* (BVS 2012: 1).

Al respecto, el MINSA menciona que la aceptabilidad de los servicios de salud dependerá mucho de la adecuación cultural de los servicios de salud, el cual engloba *“... la satisfacción de los usuarios, a través de proveer la atención del parto de manera institucional, pero respetando las costumbres y cultura de la población y de este modo acercar los servicios de salud rompiendo las barreras de accesibilidad”* (MINSA 2005: 55).

2.3 Resumen Analítico

Pregunta de investigación N° 01: ¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?

Generalmente en el Perú, los hospitales cuentan con servicios obstétricos muy limitados y no adecuados culturalmente para atender a aquellas mujeres gestantes en situación de pobreza que así lo solicitan. Esta situación se da a pesar de la existencia del SIS, como IAFAS orientada a enfrentar y reducir aquellas limitaciones en salud, a través del cubrimiento de los riesgos en salud a sus afiliados, garantizando su atención en los establecimientos de salud del MINSA tales como el Hospital General de Jaén.

Por otro lado, asumiendo que en el mencionado Hospital se están cumpliendo los beneficios que el SIS ofrece a las gestantes, nos preguntamos lo siguiente: ¿se está brindando una atención saludable, segura y con enfoque intercultural a las mujeres gestantes beneficiarias del SIS?. Según lo investigado en la teoría, una atención intercultural supone la tenencia de una infraestructura, mobiliario y equipos adecuados culturalmente - estos fueron explicados al detalle en la teoría expuesta - los cuales permiten la atención a la gestante de forma limpia, segura y sin riesgos. Además implica que el personal de salud se encuentre capacitado respecto al tema. Será necesario indagar si el servicio gineco-obstétrico del Hospital cuenta con la infraestructura, mobiliario y equipo señalados por la Norma, para desempeñar una correcta atención con enfoque intercultural.

En este sentido, Benavides se hace la siguiente pregunta: *“¿hasta qué punto nuestras instituciones sociales son capaces de garantizar, que eventos absolutamente naturales e indispensables para la supervivencia de la especie humana, como la gestación y el parto, se desarrollen de manera saludable y segura?”* (Benavides 2005: 1). La respuesta indaga lo antes mencionado: existirá una atención con riesgos mínimos y adecuada interculturalmente, mientras el Hospital a través del SIS cuente con el personal, equipos y mobiliario apropiados al contexto donde se brinda el servicio, de ser así, las gestantes acudirán al Hospital y la muerte materna debería reducirse.

Respecto a la muerte materna, el autor señala además: *“Para reducirla es preciso que existan servicios de salud que oferten cuidados obstétricos esenciales de calidad y que estos sean utilizados por las gestantes [...] los establecimientos de salud deben*

organizarse y ofertar servicios culturalmente aceptables para el grupo étnico específico al cual sirven. Además, estos servicios deben estar adecuadamente financiados, evitando la exclusión de los más pobres” (Benavides 2005:2).

Un elemento importante mencionado por el autor, consiste en “ofertar servicios culturalmente aceptables” (Benavides 2005:2), para reducir la muerte materna, esto en clara alusión a la necesidad de adecuar los servicios de salud para que sean más accesibles, y que le permitan al SIS coberturar las necesidades de sus afiliados. Para lograr esto, consideramos al documento Norma técnica para la atención del parto con adecuación intercultural, una herramienta que siendo tomada como modelo a seguir, le permitiría al personal de salud ofrecer un ambiente que complemente la calidez de sus costumbres con la seguridad que implica un parto institucional.

Pregunta de investigación N° 02: ¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así estas asistan al Hospital General de Jaén?

Acerca del respeto a la cultura de las gestantes por parte del personal de salud, Sandro Parodi considera algunas barreras para el acceso a los servicios de salud. Entre ellas la barrera cultural y racial, respecto a la cual propone lo siguiente: *“los grupos técnicos (refiriéndose al personal de salud), tienen diferentes actitudes culturales en relación a los métodos modernos de salud. Por ejemplo, las madres gestantes indígenas acostumbra a dar a luz en cuclillas. Las percepciones sobre necesidades de salud también difieren sustancialmente y sólo buscan ayuda médica cuando los problemas son serios y a menudo irreversibles” (Parodi 2005: 15).*

La UNICEF para el mismo tema tiene el siguiente enfoque:

“Los motivos que determinan la alta tasa de mortalidad materna son diversos. Entre ellos están [...] el uso exclusivo de prácticas tradicionales [...] una consideración a tomar en cuenta son los motivos por los cuales las mujeres prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas refieren que en estos lugares no se reconocen las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen o no valoran la cultura andina e indígena [...] la realidad indica que al existir un alto número de partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales en el Perú, el número de muertes maternas y perinatales es muy alto. Son diversos los motivos que llevan a esta situación. Sin embargo, dos de los más

importantes se refieren al hecho de la lejanía y al divorcio cultural entre las mujeres de áreas rurales y los servidores de salud” (UNICEF 2006:7-10).

Podemos percibir que el personal de salud juega un papel predominante en este tema, pues según el párrafo anterior, estos no reconocen los derechos de las gestantes con costumbres tradicionales, ni el derecho que promulga el MINSA, a una atención *“apropiada que tome en cuenta su cultura”* (MINSA: 2005). Es decir, no aceptan que ellas tengan costumbres diferentes, si por lo menos les permitiesen que alguno de sus familiares esté presente en el parto y que éste se desarrolle en un lugar que brinde un poco de intimidad (lugar abrigado y con poca luz, como es costumbre en ellas), pero en muchos casos esto no es así.

El enfoque intercultural lo dice en su concepto: *“la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan”* (OPS-OMS, citado por la Secretaría de Salud de México: 4). En este sentido, el personal brinda a la gestante una atención acorde con lo aprendido en su centro de estudio (atención con enfoque biomédico), la cual, si bien protege a la gestante de las posibles complicaciones durante el parto, no respeta sus costumbres y tradiciones. Es decir prevalece lo que dice el personal de salud, sin dar espacio a la manifestación de la cultura de la gestante. En este contexto, es de esperarse que ellas prefieran dar a luz en sus domicilios.

Respecto al tema, la Norma técnica señala que el personal de salud debe estar capacitado para la atención del parto con enfoque intercultural, solo así logrará otorgar a las gestantes una atención que implique confianza y seguridad. Consideramos que hace falta mucho más que eso, pues se trata de aceptar al otro, de tener disponibilidad para atenderlos según su usanza, comprendiendo que no solo se debe entender sus costumbres, sino también aceptarlas.

Pregunta de investigación N° 03: ¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?

Podemos decir que la información que manejan las gestantes acerca de sus derechos en materia de aseguramiento en salud, está supeditada en parte a la información de primera mano que puedan recibir en el puesto de salud (generalmente se da al momento de afiliarse al SIS). Respecto al tema, existe un instrumento de información

que utiliza el SIS, denominado Cartilla de derechos del asegurado al SIS, en donde figuran los derechos que tiene el asegurado desde el momento de su afiliación.

Si bien este instrumento fue puesto en marcha hace ya algún tiempo, es importante conocer si en realidad está siendo divulgado por el personal de salud. Según este contexto, nos preguntamos si en verdad las gestantes conocen sus derechos como afiliadas al SIS. Esto se verá reflejado en la satisfacción de estas luego de haber recibido el servicio, pues muchas de ellas debido a su situación de pobreza, no acceden a una educación que les permita conocer sus derechos en salud, y menos la existencia de una política de Aseguramiento Universal en Salud.

Al respecto, Benavides expresa lo siguiente: *“La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo. El 99% suceden en los países en desarrollo. Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De ese modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición”*. (Benavides 2005: 1)

Que el personal de salud tome como una responsabilidad el prestar servicios a las gestantes beneficiarias del SIS, implica valorar la salud de las gestantes y anteponer su bienestar antes que todo. Parte también de reconocer la salud como un derecho universal de todos, sin importar su cultura, tratando de *“establecer puentes de comprensión y respeto”* (MINSAL: 2005), entre las gestantes y ellos. Estos nexos pueden servir como base para comprender que como profesionales, les corresponde percibir la salud de las gestantes como un derecho que estas tienen y a su vez, tomar al Seguro Integral de Salud como un medio facilitador por el cual ellas puedan acceder a un seguro de salud gratuito debido a su condición de pobreza.

Al respecto, según el MINSAL, el momento para adoptar un comportamiento que denote respeto por una cultura distinta, empieza por *“reconocer y aceptar a la persona con la que se interactúa”* (MINSAL 2010: 22). La cual en nuestro caso, corresponde a la gestante y su familia, el reconocerla como tal permitirá al personal de salud valorar a la gestante y así anteponerla como sujeto de derechos ante el Seguro Integral de Salud.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología planteada a continuación, contiene la formulación de las variables e indicadores, los cuales permitirán recoger datos para el desarrollo de la investigación. También nos permitirán medir las percepciones tanto de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS y sus familiares, así como del personal de salud que labora en el área gineco-obstétrica del Hospital General de Jaén.

3.1.1 Definición de las variables de Investigación

Las variables formuladas están relacionadas con nuestras preguntas de investigación, permitiéndonos delimitarlas mejor. Como menciona Tovar *“las variables constituyen una parte sustancial de las preguntas de investigación, son sus componentes”* (Tovar 2011: 8). Como tales nos permitieron direccionar la investigación hacia el por qué el Hospital General de Jaén a través del SIS no cumple con suministrar una atención adecuada e intercultural a las gestantes beneficiarias.

Se han formulado variables para cada una de las preguntas de investigación, con el fin de enfocar de manera más concreta nuestra investigación, luego se procedió a definir las según se muestra a continuación:

TABLA N° 03
DEFINICIÓN DE VARIABLES- PREGUNTA N°01

Pregunta de investigación N° 01	
¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?	
Variable	Definición
Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.	Se refiere a la infraestructura (espacios disponibles y adecuados para el desarrollo del parto intercultural) y a los equipos del área gineco-obstétrico (si garantizan o no un parto saludable, seguro y adecuado a la cultura de las gestantes).
Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.	Alude a las capacitaciones que tiene el personal de salud respecto a la atención del parto con enfoque intercultural.

Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud.	Se refiere a las nociones que posee el personal de salud respecto a cómo desarrollar un parto con enfoque intercultural en buenas condiciones y que minimice el riesgo al que está expuesta la gestante.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Tabla columna vertebral

Elaboración: Grupo de trabajo

TABLA N° 04
DEFINICIÓN DE VARIABLES- PREGUNTA N°02

Pregunta de investigación N° 02	
¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así éstas asistan al Hospital General de Jaén?	
Variable	Definición
Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.	Se refiere a si el servicio recibido ha cubierto sus expectativas, tomando en cuenta aspectos como el trato que les han dado, el respeto hacia sus costumbres y como ellas se han sentido.
Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.	Se refiere al uso que dan las mujeres gestantes a los servicios de salud, alude a si éstas usan los servicios de salud (Hospital, Posta, etc.), cuando se sienten mal de salud.
Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.	Se refiere al grado de compenetración que tienen las mujeres gestantes con sus costumbres y si el compromiso de honrar su cultura les exige acatar la tradición y apartarse de la ciencia médica.
Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas.	Se refiere a la disposición para la atención que tiene el personal de salud para atender las gestantes beneficiarias del SIS, desde el punto de vista de la diversidad cultural (el respeto a las tradiciones enmarcado en el encuentro de dos culturas, la perteneciente al personal de salud que procede mayormente de la costa y la de las mujeres oriundas del distrito de Jaén).

Fuente: Tabla columna vertebral

Elaboración: Grupo de trabajo

TABLA N° 05
DEFINICIÓN DE VARIABLES- PREGUNTA N°03

Pregunta de investigación N° 03	
¿Los beneficios que brinda el SIS son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?	
Variable	Definición
Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS.	Se refiere a si las gestantes se sienten satisfechas con los beneficios otorgados por el SIS y cuan informadas se encuentran ellas acerca de estos beneficios.
Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén.	Alude a los puntos de vista que tienen el personal de salud acerca de la cobertura tanto económica como de afiliaciones que ofrece el SIS para las gestantes.
Percepción y visión del personal sobre “la salud como un derecho” de las mujeres gestantes.	Se refiere al modo en el cual el personal percibe la salud de las mujeres gestantes, si es visto como un derecho que tienen ellas o como un favor que les brindan.

Fuente: Tabla columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

3.1.2 Definición de los indicadores de la investigación

Los indicadores nos permitieron precisar la información antes de salir a campo, es decir, nos *“permitieron medir los aspectos de la realidad que observamos”* (Tovar 2011: 91). Cabe destacar que los indicadores formulados son de tipo cualitativo, *“estos indicadores miden y dan cuenta de aspectos que no son cuantificados directamente, sino a través de escalas construidas expresamente para ello”* (Tovar 2011: 101), por lo tanto se operacionalizaron a través de escalas de valor.

Los indicadores formulados nos permitieron recoger datos acerca de las percepciones tanto del personal de salud como de las mujeres gestantes y sus familias respecto al tema. Por último se procedió a definirlos según se muestra a continuación:

TABLA N° 06
DEFINICIÓN DE INDICADORES- PREGUNTA N°01

Pregunta de investigación N° 01		
¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?		
Variable	Indicador	Definición
Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.	Número de ambientes implementados para la atención del parto con enfoque intercultural en el Hospital General de Jaén.	Se refiere a la cantidad de ambientes existentes en el servicio gineco-obstétrico del Hospital, que reúnen características de acogida y privacidad para brindar este tipo de atención intercultural.
	Tipo de equipos, materiales y mobiliario, utilizados para una atención del parto con enfoque intercultural, por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.	Alude a la existencia de equipo, materiales y mobiliario con enfoque intercultural, utilizado por el personal de salud, para la atención del parto.
Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.	Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural.	Se refiere a aquel número de profesionales que laboran en el área gineco-obstétrica del Hospital, los cuales recibieron capacitación respecto a cómo atender un parto con enfoque intercultural.
Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud.	Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural. (escala cualitativa)	Hace referencia a los conocimientos y competencias que posee el personal de salud respecto a cómo atender un parto con enfoque intercultural. Puede ser alto, intermedio o bajo.

Fuente: Tabla columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

TABLA N° 07
DEFINICIÓN DE INDICADORES- PREGUNTA N°02

Pregunta de investigación N° 02		
¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así éstas asistan al Hospital General de Jaén?		
Variable	Indicador	Definición
Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.	Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa)	Se refiere a la medida en la que el servicio cumplió con las expectativas de las mujeres gestantes. Puede ser alto, intermedio o bajo.

Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.	Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. (escala cualitativa)	Se refiere a la medida en la cual las gestantes hacen uso de los servicios de salud (Hospital, Posta, etc.). Puede ser alto, intermedio o bajo.
Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.	Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto. (escala cualitativa)	Alude a cuan identificadas se encuentran las gestantes con sus costumbres al momento del parto. Puede ser alto, intermedio o bajo.
Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas.	Nivel de disponibilidad para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa)	Está referida a cuan dispuesto está el personal de salud a implementar la atención del parto con enfoque intercultural. Puede ser alto, intermedio o bajo.

Fuente: Tabla columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

TABLA N° 08
DEFINICIÓN DE INDICADORES- PREGUNTA N°03

Pregunta de investigación N° 03		
¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?		
Variable	Indicador	Definición
Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS.	Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS.	Se refiere a la cantidad de mujeres gestantes que conocen cuales son los derechos que les corresponden como beneficiarias del SIS.
	Nivel de satisfacción de las mujeres gestantes respecto al SIS. (escala cualitativa)	Alude a la medida en la cual las gestantes están conformes con los servicios y beneficios que otorga el SIS. Puede ser alto, intermedio o bajo.
Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén.	Grado de valoración del personal de salud, respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes. (escala cualitativa)	Está referido a cuanto reconoce y valora el personal de salud la importancia de la atención del SIS para las mujeres gestantes. Puede ser alto, intermedio o bajo.
Percepción y visión del personal sobre "la salud como un derecho" de las mujeres gestantes.	Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. (escala cualitativa)	Se refiere a en qué medida, el personal reconoce a la salud como un derecho de las mujeres gestantes. Puede ser alto, intermedio o bajo.

Fuente: Tabla columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

3.2 Características de la Investigación

3.2.1 Forma de Investigación

Nuestras preguntas de investigación se centran en las percepciones tanto del personal de salud, mujeres gestantes y sus familiares. Por tal motivo estamos interesados en saber qué pasa con la atención en salud brindada a las gestantes, además de conocer cuál es el componente intercultural dentro del proceso de atención, si es tomada en cuenta su cultura y tradiciones, conocer acerca del comportamiento del personal de salud del Hospital General de Jaén, si reconocen la salud de las gestantes como un derecho, etc.

Es así que la forma de investigación escogida para nuestro trabajo de investigación corresponde al denominado “Estudio de caso”. Esta forma de investigación permite *“examinar a profundidad uno o muy pocos objetos de estudio”* (Tovar 2011: 51). Esto concuerda con lo manifestado en el planteamiento aludido anteriormente, pues apunta a examinar el proceso de atención del parto brindado por el Hospital General de Jaén a través del SIS, enfocándose en el componente intercultural en el proceso de atención a las mujeres gestantes.

Cabe señalar que nos interesa una “mirada a profundidad” sobre el proceso de atención a las gestantes y también “recoger al detalle” procesos vividos por ellas; asimismo recoger puntos de vista del personal de salud. Además insistir en que nuestra investigación deja de lado la óptica biomédica que muchas veces olvida que el fin de la atención en salud es la persona.

3.2.2 Estrategia Metodológica

Nuestro trabajo de investigación tiene como problema identificado, el por qué el SIS como mecanismo de acceso a servicios de salud, no está cumpliendo con suministrar una atención adecuada e intercultural que permita el acercamiento por voluntad propia de las mujeres gestantes al Hospital General de Jaén. Es en este sentido que se plantearon preguntas de investigación orientadas a si el servicio brindado por el Hospital se adecua o no a las condiciones de calidad necesarias, si los usos y costumbres de las mujeres gestantes son tomados en cuenta o no por el personal de salud y si el SIS es o no asumido como un derecho y una responsabilidad.

Según menciona María Tovar, la determinación de la estrategia metodológica se realiza de acuerdo a las preguntas de investigación escogidas (Tovar 2011: 74).

En nuestro caso, podemos señalar que la investigación planteada corresponde a una Investigación Cualitativa,

Este tipo de investigación nos permitirá indagar acerca de las percepciones tanto del personal de salud como de las mujeres gestantes y sus familiares, referidas al problema, pues como mencionan Fraenkel y Wallen (1996) *“se interesa mucho saber cómo los sujetos en una investigación piensan y que significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga”*⁴⁰.

La investigación cualitativa consiste además en profundizar en detalles no visibles acerca de los actores involucrados en el problema (personal de salud, mujeres gestantes y sus familias). Es así que este tipo de investigación nos permitirá referirnos a situaciones de la realidad misma tales como conductas, creencias y tradiciones, permitiéndonos *“comprender con mayor precisión una situación específica o un determinado problema”* (Tovar 2011: 81), haciendo uso de cinco instrumentos: la entrevista no estructurada o abierta, la entrevista semiestructurada, los talleres con metodología popular para adulto, la observación y la revisión documental.

3.2.3 Unidad de Análisis

Las unidades de análisis *“son lo que tenemos que mirar para averiguar las variables y los indicadores”* (Tovar 2011: 103). Nos permiten enfocar nuestro análisis hacia las variables que componen nuestra investigación. Las unidades de análisis son las que nos señalarán qué o quién es nuestro objeto de interés para comprender mejor el problema. Este “comprender” permitirá “proponer” acciones para la toma de decisiones que mejoren esta política social en beneficio de las gestantes. En nuestro caso, las unidades de análisis determinadas se presentan en la siguiente tabla:

⁴⁰ Vera, Lamberto
s/f

“La Investigación cualitativa”. s/f. Consulta 11 de diciembre de 2012
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf

TABLA N° 09
UNIDADES DE ANÁLISIS

Unidades de análisis de la investigación	
<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud que labora en el servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. • Las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura del servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. • Equipos, materiales y mobiliario disponible en el servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. • Plan de capacitación anual -2012 Estrategia Salud Sexual y Reproductiva de la DISA - Jaén. • Costumbres y tradiciones de las gestantes del distrito de Jaén en el momento del parto.

Fuente: Tabla Columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

3.2.4 Universo

El universo de la presente investigación lo conforman las mujeres gestantes que acuden al servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén para ser atendidas al momento del parto. Las características de esta población es que son beneficiarias del SIS, en su mayoría son de las zonas urbano-marginales y rural, son de situación económica pobre y de extrema pobreza. El universo también lo conforma el personal de salud que labora en el mencionado Hospital, así como también los familiares que acompañan a la gestante para ser atendida en el Hospital (esposo, madre y/o suegra).

3.2.5 Muestra

La muestra es considerada como *“un número determinado de los componentes del universo [...] que se seleccionan para la investigación por ser representativos del universo”* (Tovar 2011: 110). El tomar una parte del universo nos permite sacar deducciones acerca del comportamiento de la población.

Dado que nuestra investigación es de carácter cualitativo, la muestra es significativa y el método es el no probabilístico “por cuotas”, pues los sujetos que proporcionarán información son grupos homogéneos: mujeres gestantes que son beneficiarias del SIS que acuden al Hospital General Jaén y el personal de salud

que labora en el servicio gineco-obstétrico de la misma institución. Es así como la población objetivo, donde vamos a enfocar nuestro análisis (unidades) serán:

- a. Mujeres gestantes beneficiarias del SIS (50 según el trabajo de campo) que acuden al Hospital General de Jaén en un tiempo determinado de un mes y que proceden del ámbito del distrito de Jaén, pero que pertenecen a los estratos socioeconómicos de pobreza y pobreza extrema.
- b. El personal de salud nombrado y contratado (15 trabajadores), que laboran en el servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén, entre los cuales 11 son obstetras y 4 médicos.
- c. Familiares que acompañan a la gestante (39 según el trabajo de campo) permanecen con ella todo el tiempo y se encargan de hacer los trámites respectivos. Generalmente son familiares directos tales como el esposo, madre y/o suegra.

3.2.6 Fuentes de información

Las fuentes de información vienen a ser *“las personas y documentos que nos proporcionan información sobre nuestro objeto de estudio”* (Tovar 2011: 105). En este caso, las fuentes de información son las siguientes:

**TABLA N° 10
FUENTES DE INFORMACIÓN**

Fuentes de información de orden primarias y secundarias	
Fuentes primarias	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud que labora en el servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. • Las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. • Los familiares de las mujeres gestantes que acuden al Hospital.
Fuentes secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • El servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. • Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. • Registro de capacitaciones sobre atención del parto con adecuación intercultural. • Libro de reclamaciones del Hospital General de Jaén.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cartilla derechos del asegurado al Seguro Integral de Salud (SIS). • Módulo 7: Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Tabla Columna vertebral
Elaboración: Grupo de trabajo

3.2.7 Técnicas de recolección de información

Se enfoca a su vez en aspectos cualitativos, tales como percepciones y visiones de los actores involucrados como lo son el personal de salud, las mujeres gestantes y sus familias. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Entrevista no estructurada o abierta (cualitativa). Es una técnica extremadamente flexible, porque tiene la característica de *“no ceñirse a un esquema previo”* (Tovar 2011: 125). Además tiene la ventaja que son los mismos actores quienes nos proporcionan los datos relativos a sus opiniones, deseos, actitudes, expectativas, etc. Información que por su misma naturaleza es casi imposible observar desde fuera.

Este tipo de entrevista fue aplicada durante un mes a 50 mujeres gestantes que acudieron a dar a luz al Hospital General de Jaén durante ese lapso de tiempo. Estas gestantes se caracterizan por encontrarse en situación de pobreza y por consiguiente son beneficiarias del SIS.

Se hizo uso de esta técnica porque nos permitió un diálogo elocuente y espontáneo, pues lo que se quiso fue lograr confianza entre las gestantes y las investigadoras, para recabar información fidedigna; además esta técnica nos permitió volver a tocar los temas durante la entrevista si es que hubieron dudas respecto a la información recibida.

- Entrevista semiestructurada (cualitativa). Una de las características útiles de este tipo de entrevista, radica en que *“orienta a conocer las diversas posiciones de los informantes sobre los aspectos más relevantes del problema”* (Tovar 2011: 125). Es decir, es una conversación donde el investigador marca la pauta y como ya tiene un tema predeterminado, se obtendrá la información que se necesita. La entrevista fue aplicada a los 15 trabajadores (personal de salud: médicos y obstetras) del servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. Las entrevistas se realizaron con el fin

de conocer las opiniones y visión del personal de salud respecto al problema, y nos dio la posibilidad de volver a preguntar algún punto que no quedó muy claro, además permitió formular nuevas preguntas durante la entrevista. La relación cercana que se estableció al aplicar esta técnica garantizó la sinceridad de las respuestas obtenidas.

- c. Talleres con metodología popular para adulto (cualitativa). Se aplicó esta técnica a los familiares de las mujeres gestantes que durante ese mes fueron entrevistadas (cinco reuniones cada una de un grupo de 10 personas aproximadamente). Fomentando la conversación en los grupos, teniendo como eje las preguntas de investigación, para conocer su punto de vista e indagar acerca de las actitudes y reacciones de este grupo específico frente al problema identificado.
- d. Revisión documental. Esta técnica permite *“recoger datos e información a partir de documentos para ser usados en el contexto de una propuesta investigativa”* (Tovar 2011: 138). A través de este proceso, se hizo la recopilación, revisión, análisis, selección y extracción de la información de diversas fuentes, acerca del problema planteado, con el propósito de llegar al conocimiento y comprensión más profundos del mismo.

Esta técnica de la revisión documental nos permitió recolectar información haciendo uso de documentos que poseen información exacta a ser utilizada en la investigación. Fue aplicada especialmente a los documentos elegidos, tales como la Norma técnica de atención del parto con adecuación intercultural, el Libro de reclamaciones del Hospital, Cartilla derechos del asegurado al SIS. Estos documentos nos permitieron recoger datos e información útil para el desarrollo de las actividades.

- e. Observación. Es una técnica de recolección de datos que *“permite el uso de los sentidos”* (Tovar 2011: 131). Además que le permite al investigador identificar ambientes, contextos, culturas así como percibir los aspectos visibles del objeto de estudio. La información recogida de la aplicación de esta técnica complementó en forma veraz lo recogido con las otras técnicas. Se hizo uso de la Observación-participante (gestos, posturas, tics que respalden lo que expresa verbalmente) cuando se aplicaron las entrevistas y se realizaron los talleres. Como menciona Tovar, este tipo de observación nos

permitió profundizar en las actitudes de los sujetos, permitiéndonos crear lazos de confianza entre las investigadoras y los actores.

3.2.8 Trabajo de campo y procesamiento de la información

3.2.8.1 Trabajo de campo

Se dio inicio al trabajo de campo con la realización de coordinaciones tanto con la Dirección del Hospital General de Jaén así como con la jefatura del área de servicio social y el área del servicio gineco-obstétrico del Hospital. Para comenzar se solicitó una entrevista con el Dr. Alberto Sánchez Cieza, actual director del Hospital; con el fin de obtener la autorización que nos permita el acceso a dicho centro hospitalario. Cabe indicar que el permiso para poder realizar el trabajo de campo en el área del servicio gineco-obstétrico, nos fue concedido el mismo día de la entrevista.

Posteriormente, se realizó una reunión con la Lic. Gledys Ríos Panduro, jefa del área de servicio social del Hospital, para informarle acerca del inicio de nuestro trabajo de campo. Nos dio algunas alternativas para realizar los talleres con los familiares de las gestantes y nos ofreció todo su apoyo. Cabe mencionar que este apoyo, acompañado de una actitud empática, ha sido dado en todo el tiempo que ha durado el recojo de información.

También se tuvo una reunión con las Obstetras Lic. Ena Balarezo Coordinadora del Programa Salud Materna de la DISA y la Lic. Gloria Pozo, jefa del servicio gineco-obstétrico del Hospital, con ellas se definió:

- Horarios para las entrevistas con las gestantes, a partir de las 10 am. Después de la visita médica, en ese momento las gestantes se encuentran descansando, algunas esperan exámenes adicionales y otras agilizan la documentación correspondiente por ser aseguradas al SIS, para luego ser dadas de alta.
- Horarios para las entrevistas con el personal de obstetricia, nos sugirieron dos horarios a las 9 a.m. y las 4 p.m.

Respecto a la aplicación de la técnica “entrevista no estructurada o abierta”, se comenzó ubicando el servicio gineco-obstétrico del Hospital y reconociendo que existen dos ambientes denominados “Puerperio”, dentro de los cuales se encontraban las madres, luego procedimos a identificarnos y antes de iniciar la

entrevista se les preguntó a cada una de ellas si estaban afiliadas al SIS, si la respuesta era afirmativa la gestante era entrevistada, en caso contrario no.

Al momento de conversar con ellas pudimos notar una gran dificultad para expresarse, a pesar que el lenguaje utilizado era muy sencillo, algunas de ellas no comprendían las preguntas, teniendo la investigadora que repetir varias veces y de distinta forma cada una de las preguntas de la entrevista. Consideramos que este tipo de reacción en las gestantes se debe al bajo nivel educativo que poseen, el cual merma su capacidad de poder expresarse con claridad y de poder captar las preguntas que se les hace.

Pudimos constatar que el bajo nivel de instrucción de las entrevistadas se convierte en una dificultad al momento de recabar información. Sobre todo cuando se trata de conocer percepciones e indagar acerca de opiniones y puntos de vista de las personas. En nuestro caso al tratarse de una entrevista no estructurada, nos dio la oportunidad de poder realizar preguntas adicionales a parte de las ya formuladas y volver hacia preguntas ya formuladas si el caso lo ameritaba.

Respecto a la aplicación de la técnica “entrevista semiestructurada”, esta fue aplicada al personal de obstetricia (11 profesionales) y al personal médico (04 profesionales), los cuales integran el servicio gineco-obstétrico del Hospital. La jefatura del área de obstetricia nos proporcionó la relación completa de profesionales que laboran en el servicio, así como sus horarios de trabajo divididos en turnos. Con esta información nos acercamos a explicarles nuestra presencia en el Hospital y a solicitarles una cita para una entrevista. En su mayoría nos otorgaron un espacio en el turno de la noche.

Cabe mencionar que al inicio se pudo observar incomodidad en algunos profesionales al momento de ser entrevistados. Luego, a medida que iba avanzando la entrevista la situación dejaba de ser tensa y se pudo obtener la información necesaria para el desarrollo de la investigación, acelerándose de esta manera la aplicación de la técnica.

Respecto a la aplicación de la técnica “talleres con metodología popular para adulto”, estos fueron realizados con la participación de los familiares de las gestantes, para ello se coordinó con la jefatura del servicio gineco-obstétrico quién firmó las citaciones para la ejecución de los talleres, las cuales fueron

elaboradas por las investigadoras y entregadas a los familiares de las gestantes. Se organizaron cinco talleres, los días 23, 24, 25, 26 de abril y 02 de mayo, llegando a lograr la participación de 39 familiares. El programa seguido fue el siguiente:

TABLA N° 11
PROGRAMA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS TALLERES

Hora	Actividad	Responsable
11 a.m.	Palabras de Bienvenida	Lic. Gledys Ríos
11.15 a.m.	Dinámica para romper el hielo: Técnica de los girasoles para recoger información Preguntas y respuestas directas	Las investigadoras
11.45 a.m.	Otras consultas	Las investigadoras
12.00 a.m.	Agradecimiento y refrigerio	Las investigadoras

Para el desarrollo de los talleres se preparó el material previamente, el cual consistió en elaborar dos girasoles y al reverso se escribió cada una de las preguntas contenidas en la matriz guía de los “talleres con metodología popular para adulto”. A medida que cada asistente iba cogiendo un pétalo, leía la pregunta y comentaba la respuesta en voz alta, siguiéndole así los demás participantes. Se realizó el mismo proceso hasta terminar con todos los pétalos.

Respecto a la aplicación de la técnica de “observación”, esta se usó en las diversas técnicas para la recolección de información. Motivo por el cual tanto en las entrevistas abiertas a gestantes, entrevistas semiestructuradas a personal de salud y en los talleres con metodología popular para adulto, se ha hecho uso de la observación.

Con esta técnica se aspiró a observar gestos que confirmen las expresiones de los entrevistados. También se logró observar actitudes, tanto de los profesionales como de las gestantes y sus familias.

Asimismo nos ha permitido observar las características de la infraestructura del servicio que se oferta a las gestantes que acuden a dar a luz.

Respecto a la aplicación de la técnica de “Revisión documental”, se hizo uso de los documentos propuestos en las unidades de análisis, los cuales nos sirvieron de guía y a la vez permitieron completar la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

3.2.8.2 Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se llevó a cabo luego de haber culminado en un 100% el trabajo de campo. Este se realizó en tres pasos, el primero de ellos se refiere a la elaboración de las denominadas hojas de registro. Para el procesamiento de la información se elaboraron tres hojas de registro, una para cada grupo de actores entrevistados (personal de salud, mujeres gestantes y familiares de éstas), las cuales fueron elaboradas en un documento en formato Excel.

Se elaboró un cuadro en formato Excel denominado Hoja de registro, en el cual la primera fila contiene cada una de las variables formuladas, en la segunda fila contiene los indicadores utilizados para cada variable. En la tercera fila se ubicaron por indicador, cada una de las preguntas realizadas según la guía elaborada para cada grupo de actores entrevistados. Por otro lado, en la primera columna de cada hoja de registro se ubicó el nombre del entrevistado, a que se dedica, lugar de procedencia, edad y grado de instrucción, según sea el caso. Luego se procedió a registrar la información obtenida por cada una de las preguntas efectuadas tanto al personal de salud, gestantes atendidas y sus familiares.

El segundo paso consistió en analizar el contenido de las respuestas y organizarlas según categorías, en nuestro caso, se elaboraron cuadros según las categorías definidas. Cabe indicar que estas categorías fueron formuladas según nuestras variables de investigación, y se desarrollaron por cada indicador. Luego se ubicaron subcategorías que incluyen una escala de valoración elegida según la categoría (Ver Anexo 01).

El tercer paso consistió en elaborar una definición operacional por cada subcategoría, a partir de estas definiciones se agruparon las respuestas de los entrevistados con el fin de realizar el análisis de los hallazgos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Respecto a la pregunta de investigación N° 01: ¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud, cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes, que permita desarrollar un parto saludable y seguro?

4.1.1 Variable N° 01: Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.

La pregunta de investigación a la cual está ligada esta variable tiene como punto averiguar si el servicio brindado a las gestantes por el Hospital General de Jaén a través del SIS cuenta con la implementación necesaria, tanto en infraestructura como en mobiliario y materiales para ofrecer un parto con enfoque intercultural. Siguiendo esa línea, formulamos dos indicadores: Número de ambientes implementados para la atención del parto con enfoque intercultural y Tipo de equipos, materiales y mobiliario utilizados para una atención del parto con enfoque intercultural, por parte del personal de salud, los cuales luego de ser aplicados en el campo nos permitieron conocer lo siguiente:

Los hallazgos del estudio demuestran que dentro de la infraestructura del servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén, no existe ningún ambiente asignado para la atención del parto con enfoque intercultural. Al interior del servicio se pueden observar seis ambientes: dos salas de puerperio, la sala donde se internan las gestantes antes de dar a luz, la sala de partos, los servicios higiénicos, y el almacén. Ninguno de estos ambientes presenta una infraestructura que pueda ser adaptada para la atención del parto con enfoque intercultural. Se observa también que los ambientes del servicio gineco-obstétrico están diseñados para atender solo el parto ginecológico.

Lo anterior no coincide con el concepto de “Aceptabilidad” en los servicios de salud; porque este concepto propugna la obligación de conocer la cultura del

lugar en donde se está brindando el servicio de salud. Según Benavides (2005), se debe de seguir procedimientos acorde con la cultura local, que no solo respeten los usos y costumbres de los pacientes, sino que también sean atractivos para toda la comunidad. Logrando así atraerlos al establecimiento de salud y satisfacer sus expectativas respecto al servicio⁴¹.

Como vemos, la infraestructura del servicio gineco-obstétrico del Hospital, no cuenta con ningún ambiente acondicionado, ni apropiado para el desarrollo del parto con enfoque intercultural.

Siguiendo la misma línea, podemos encontrar el documento denominado *“Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”*. En el cual se detallan los lineamientos para estandarizar la atención de este tipo de parto. Según esta Norma, la infraestructura que alberga el momento del parto debe contar con condiciones que garanticen tanto la calidad de la atención como el enfoque intercultural de los servicios de salud. Entre estas condiciones podemos mencionar las siguientes⁴²:

**TABLA N° 12
INFRAESTRUCTURA ATENCIÓN DEL PARTO CON
ENFOQUE INTERCULTURAL**

Infraestructura que permite la atención del parto vertical con enfoque intercultural
<ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción. • Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local. • Paredes pintadas con colores no claros.

Fuente: Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. MINSA. 2005

Elaboración: Grupo de trabajo.

⁴¹ Benavides, Bruno

2005 “¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balance y desafíos”. Proyecto 2000. Lima. Pág.2 Consulta: 27 de marzo 2011 <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5382.pdf>

⁴² MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005 “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Lima. Pág. 17. Consulta: 26 de febrero de 2011 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

La infraestructura observada en el desarrollo de la investigación es distinta a la señalada por la Norma técnica. Se hallaron ambientes muy abiertos, fríos y luminosos, espacios que sin duda, no favorecen el desarrollo de un parto con enfoque intercultural. En este sentido, se hace necesario adecuar un ambiente más acogedor y cercano a la realidad de aquellas gestantes beneficiarias del SIS, que acuden al Hospital General de Jaén en busca de un parto que respete sus costumbres, y que a su vez responda a la necesidad de calor y abrigo en el que se desenvuelve el parto con enfoque intercultural.

Por otro lado, podemos agregar que la adecuación del servicio prestado a las gestantes es primordial para el desarrollo de este tipo de parto. Esto debido a que existen muchas diferencias entre los equipos y materiales utilizados en un parto vertical y uno ginecológico. En este sentido, la Norma técnica considera como tenencia de un equipo completo para la atención del parto con enfoque intercultural a lo siguiente⁴³:

TABLA N° 13
EQUIPOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES ATENCIÓN
DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Equipos, medicamentos y materiales que permiten la atención del parto vertical con enfoque intercultural	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo completo de atención de parto. • Tensiómetro. • Estetoscopio. • Equipo de reanimación neonatal. • Una balanza pediátrica. • Una lámpara cuello de ganso. • Camilla para parto vertical. • Un asiento de madera circular de 30 x 45 cm de altura. • Dos sillas. • Vitrina para guardar medicamentos. • Fuente de calor: estufa o calefacción. • Dos cojines de 30 cm de diámetro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un balde para la recepción de la sangre. • Bolsas de agua caliente. • Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 de ancho. • Botas de tela para la parturienta con el propósito de evitar la contaminación al recién nacido. • Campos para recepción del niño. • Batas amplias para cubrir las adecuadamente. • Set de medicamentos para el parto. • Medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus,

⁴³ ÍDEM. Pág. 18.

<ul style="list-style-type: none"> • Banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto. • Argolla de metal o madera instalada en el techo. • Una soga gruesa de 5 metros. • Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé. 	<p>mates calientes como muña, cedrón, ruda, orégano, apio), todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar las complicaciones.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

MINSA. 2005

Elaboración: Grupo de trabajo.

Se observó que el servicio gineco-obstétrico del Hospital no cuenta con el equipo, medicamentos y materiales necesarios para la atención de este tipo de parto. Los equipos y materiales observados solo facilitan la atención del parto ginecológico.

Por otro lado; la Norma técnica indica que los establecimientos de salud ubicados en los departamentos de Cusco, Cajamarca, San Martín, Huancavelica, Huánuco, Ayacucho, Puno, Apurímac y Amazonas que pertenezcan a los niveles I-4, II y III están dentro del ámbito de aplicación de esta Norma técnica. Siendo el Hospital General de Jaén de nivel II-1 y estando ubicado en el departamento de Cajamarca, se encontraría dentro del ámbito de aplicación.

La Norma técnica señala además: *“Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical”*⁴⁴. Según lo hallado; esta disposición no se cumple en el Hospital, esto sustentado en que todos los ambientes son amplios, muy alumbrados, abiertos y pintados con colores claros, contrastando con lo que exige la Norma técnica.

Esto tiene relación con lo expresado por algunas gestantes, cuando manifestaban su descontento por el servicio recibido. Expresiones como: *“Aquí todos te ven, da vergüenza”, “Todo está abierto y nadie te abriga”, “No nos permiten tomar mates calientes nada querían que tome, te va a hacer daño me dijeron, ¿cómo va a ser así? al contrario eso ayuda”*. Nos hacen percibir que lo

⁴⁴ ÍDEM. Pág. 17.

mencionado en el marco teórico de nuestra tesis - referido a las condiciones con las que debe contar el servicio para la atención del parto con enfoque intercultural - en la realidad del Hospital no se está cumpliendo. Decimos esto por la ausencia en el servicio de infraestructura, equipos y materiales adecuados para ese tipo de atención, teniendo como consecuencia el alejamiento de las gestantes del Hospital.

Esto también se ve reflejado en las entrevistas hechas al personal de salud, donde aquellos profesionales que si fueron capacitados en la atención del parto vertical, manifiestan que si bien ellos conocen los procedimientos, no pueden brindar ese tipo de atención a las gestantes por falta de infraestructura y equipos adecuados. Según sus expresiones: *“Si fui capacitada, pero el Hospital no tiene la logística y el material adecuado para atender un parto vertical”*, *“En el Hospital es muy difícil que se le atienda de acuerdo a sus costumbres, no tenemos la logística”*. Estas respuestas nos indican que algunos profesionales de la salud pueden atenderlas según sus costumbres, pero por la ausencia de la infraestructura y materiales necesarios no lo hacen.

El no tener un ambiente propicio para el desarrollo del parto con enfoque intercultural, es un factor que limita que las gestantes beneficiarias del SIS acudan al Hospital para atenderse. Si sumamos este factor a otros como el maltrato, el alto costo de los medicamentos, los análisis y sobretodo la estadía (cuando las gestantes provienen de las comunidades alejadas), tenemos muchos motivos para que ellas decidan dar a luz en sus domicilios, exponiendo su vida y la del recién nacido.

Se hace visible la necesidad de una infraestructura, equipos y materiales que acerquen a las gestantes beneficiarias del SIS al Hospital. Ofreciéndoles un ambiente acorde con sus costumbres, fomentando a su vez el desarrollo de un parto saludable (un ambiente limpio y adecuado a sus costumbres), y seguro (sin riesgos, que sea atendido por personal de salud capacitado).

Según lo considerado en el marco teórico, el SIS tiene como fin proteger la salud de todas aquellas personas que no cuentan con un seguro de salud. Orientándose a resolver aquellos problemas que están alrededor del limitado acceso a los servicios de salud tales como las diferencias culturales y

geográficas⁴⁵. En ese sentido, tanto en el ámbito sectorial como en el institucional, el SIS tiene como objetivos⁴⁶: *“Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza”* y *“Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud”*, respectivamente.

De acuerdo a lo mencionado en el párrafo anterior, hemos hallado que en la práctica estos objetivos no se están alcanzando. Porque se trata de priorizar a aquellas gestantes que viven en condiciones de pobreza, que por lo general están en zonas alejadas, son analfabetas y además muchas de ellas mantienen costumbres tradicionales al momento de dar a luz.

Si el objetivo es priorizar la atención en salud de estas mujeres, se supone que se les debe de atender ofreciéndoles una opción adicional sabiendo que provienen de lugares alejados donde existen costumbres al momento del parto.

A su vez, según el documento *“Convenio de gestión entre el Gobierno Regional de Cajamarca y el SIS”*⁴⁷, el Seguro Integral de Salud no se encarga de proveer infraestructura ni mobiliario a la entidad prestadora de servicios de salud (en nuestro caso es el Hospital General de Jaén). Por lo tanto, es de plena responsabilidad del Hospital mejorar su infraestructura con el fin de prestar una mejor atención con enfoque intercultural a las gestantes beneficiarias del SIS. Asimismo en el documento se señala que el SIS si se encarga de proveer de capacitación al personal de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, hemos encontrado que la llamada atención intercultural no puede ser prestada en el Hospital, pues no cuenta con una

⁴⁵ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 18 de octubre de 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html

⁴⁶ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 20 de octubre de 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)-Seguro Integral de Salud (SIS)-Gobierno Regional de Cajamarca
2013 “Convenio de gestión entre el Gobierno regional de Cajamarca y el Seguro integral de salud para pago capitado”. Cajamarca. Pág. 12.

infraestructura y materiales adecuados a la usanza y tradiciones de las gestantes. Si es esta la realidad, no se les puede pedir que ellas acudan al Hospital, se atiendan en el servicio gineco-obstétrico y valoren el estar afiliadas al SIS, si en la práctica no se les brinda una atención acorde con sus costumbres.

Vemos también que el denominado enfoque intercultural, enmarcado dentro de los Lineamientos de política de promoción de la salud del MINSA, no es aplicado en el Hospital.

Dentro de estos lineamientos se encuentra la Estrategia de comunicación y educación para la salud, donde se menciona: *“Es necesario desarrollar un enfoque intercultural desde el cual se lleve a cabo un diálogo entre culturas [...] solo así será posible tener un acercamiento a las prácticas y costumbres locales en materia de salud...”*⁴⁸.

Lo anterior no es puesto en práctica en el Hospital. Porque según lo que se observó, los equipos y materiales con los que se atiende en el servicio pertenecen a un parto ginecológico, no permiten ni facilitan una opción distinta para aquellas gestantes que mantienen sus costumbres y tradiciones al momento del parto.

4.1.2 Variable N° 02: Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.

Las prácticas de salud tradicionales son poco conocidas entre los profesionales que laboran en los Hospitales y centros de salud. El comprender y respetar las costumbres de otros se hace muy difícil para aquellos que no han sido capacitados y desconocen las costumbres ancestrales, especialmente aquellas al momento de dar a luz. Por ese motivo, el indicador correspondiente a esta variable: Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural, nos permitirá

⁴⁸ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005

“Lineamientos de política de promoción de la salud”. Lima. Consulta: 03 de octubre de 2012
<<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/51/Lineamientos.pdf>>

conocer cuántos profesionales del servicio gineco-obstétrico del Hospital están verdaderamente capacitados para atender a las gestantes de acuerdo a sus costumbres.

El parto con enfoque intercultural exige ciertas habilidades a ser aplicadas en la atención del mismo. Según la Norma técnica, es en el *Componente de Provisión*⁴⁹, donde se agrupan los cuidados y atenciones que se le debe otorgar a una gestante durante el proceso de atención del parto.

TABLA N° 14
ATENCIÓN DEL PARTO INTERCULTURAL
COMPONENTE DE PROVISIÓN

Cuidados y atenciones durante la atención del parto vertical con enfoque intercultural	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la Ficha de Plan de parto. 	<p>Donde estén contenidos los datos de la gestante así como indicaciones sobre su condición (si presenta complicaciones o no). También debe indicar si existe Contraindicaciones (aquellas que pueden tener como indicación la cesárea).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de la gestante. 	<p>El personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicándole los procedimientos de manera sencilla. Luego se procederá a verificación de sus funciones vitales y determinar si se inicia el trabajo de parto. Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la gestante. Respecto a la alimentación, se debe permitir algún líquido ligero que brinde una sensación de calor (mates, etc.).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del período de dilatación. 	<p>El personal de salud evaluará las frecuencias cardiacas fetales así como llevará un control estricto del partograma. Se realizará el examen vaginal y el manejo del dolor con mucha prudencia y tolerancia. También se monitoreará el progreso del parto y las posiciones durante la fase de dilatación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del período expulsivo. 	<p>Se realizará un estricto control de la asepsia e higiene, verificando que los instrumentos para la atención estén debidamente descontaminados, lavados y esterilizados. También se monitoreará las posiciones en el</p>

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2005

"Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural". Lima. Pág. 18
Consulta: 26 de febrero de 2011 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf>

	período expulsivo: Posición de cuclillas (variedad anterior y posterior), posición de rodillas, sentada y semi sentada, cogida de la soga y posición pies y manos.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención inmediata del recién nacido 	El personal de salud deberá verificar que el material está preparado con anticipación, así como lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva.

Fuente: Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

MINSA. 2005.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Cuando un profesional no está capacitado y sensibilizado en este tipo de atención del parto, no puede otorgar una atención con equidad en salud y respeto. Es decir, una atención donde no existan barreras de ningún tipo y se dé un trato justo hacia la gestante que mantiene sus costumbres al momento del parto, haciendo posible superar las diferencias culturales existentes.

Respecto al tema de capacitación y personal de salud, encontramos que el servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén cuenta con quince profesionales (cuatro médicos y once obstetras); que prestan servicios de recepción, control de la gestante, atención del parto y puerperio. Estos servicios son prestados por el personal de salud tanto a las gestantes particulares como a las beneficiarias del SIS, y se llevan a cabo a través de la realización de turnos diurnos y nocturnos (duración de seis y doce horas respectivamente).

Los hallazgos del estudio; han mostrado que ocho profesionales que laboran en el servicio gineco-obstétrico si han recibido capacitación en la atención del parto vertical en algún momento de su desempeño profesional. Dentro de este grupo, cuatro profesionales (todas obstetras) fueron capacitadas por la DISA – Jaén, dos profesionales más admiten haberse capacitado por su cuenta (una obstetra hizo un curso y un médico realizó una maestría), también dos profesionales señalan haber sido capacitados en lugares distintos de Jaén (una obstetra en Ancash y un médico en Chachapoyas).

Por otro lado, siete profesionales (dos médicos y cinco obstetras) señalan no haber sido capacitados en la atención del parto con enfoque intercultural. Dentro de este grupo dos obstetras indicaron tener algún conocimiento muy básico sobre el parto vertical (mencionan que adquirieron ese conocimiento

mediante la observación cuando trabajaban en zonas rurales). Por último cinco profesionales (dos médicos y tres obstetras) señalaron no tener ningún conocimiento sobre este tipo de atención del parto.

Se pudo apreciar que aquellos profesionales que fueron capacitados en la atención del parto vertical tienen mucha más sensibilidad y comprensión al tocar el tema, sus respuestas son más tolerantes. Hemos obtenido respuestas como: *“En la capacitación nos enseñaron como debemos respetar a las gestantes en su forma tradicional de dar a luz”*. Las cuales nos hacen pensar cuán importante es cultivar en los profesionales, el concepto de interculturalidad y respeto por las costumbres de los demás, en especial aquellas relacionadas con el momento del parto.

Entre estos, se halló también la iniciativa de dos profesionales por auto capacitarse en temas ligados a la atención del parto vertical. Demostrando que algunos si están preparados para atender a las gestantes según sus tradiciones. Según nuestros hallazgos, haría falta una infraestructura adecuada y capacitar a los demás profesionales para llevarlo a cabo.

Es evidente también, la necesidad de convivencia y respeto entre modos distintos de concebir la salud, tratando siempre de complementar lo tradicional y lo institucional, con el objetivo común de hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud (Beltrán, citado por Lerín 2001: 6).

El párrafo anterior no significa mucho para aquellos profesionales que desconocen el proceso de atención del parto vertical (no fueron capacitados y no tuvieron experiencia de trabajar en el campo). Las respuestas de estos profesionales fueron bastante escuetas, limitándose a responder que no habían sido capacitados. Esta actitud concuerda con lo mencionado en la Norma técnica, cuando se refiere a los *“desencuentros culturales entre el personal que atiende y las mujeres rurales”*⁵⁰.

Una actitud diferente tomaron aquellos dos profesionales que no fueron capacitados pero que de alguna u otra forma si tuvieron oportunidad de

⁵⁰ ÍDEM. Pág. 8.

aprender algunos lineamientos básicos del parto vertical, en ellos las respuestas fueron distintas, por ejemplo: *“Conozco algo del tema por la propia experiencia de trabajar en el campo”, “Tengo algunos conocimientos elementales sobre el tema”*. Evidenciándose en ellos algunos rasgos de tolerancia hacia las costumbres de las gestantes, demostrando que si bien fueron entrenados para atender el parto en posición ginecológica, también pueden aprender y adaptarse para atender la posición vertical que requiere el parto con enfoque intercultural.

Por otro lado, la Norma técnica señala también el recurso humano con el que debe contar el servicio gíneco-obstétrico⁵¹:

TABLA N° 15
RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Recursos humanos para la atención del parto vertical con enfoque intercultural
<ul style="list-style-type: none"> • Médico gíneco- obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica. • Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal. • Obstetriz. • Enfermera con competencias para la atención neonatal. • Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal.

Fuente: Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. MINSA. 2005
Elaboración: Grupo de trabajo.

Respecto a esto, se halló que el servicio gíneco-obstétrico del Hospital cuenta con 5 médicos todos ginecólogos, ninguno de ellos es pediatra. Podemos apreciar que el recurso humano solicitado por la Norma técnica no está completo y es necesario un profesional en pediatría. Esto concuerda con lo expresado por dos médicos en la entrevista que se les realizó: *“No tenemos profesionales en los tres turnos, quien recibe al niño es el pediatra pero acá no, por falta de recursos no es así”*, otro menciona además: *“Debe haber más personal especializado. Por ejemplo se debe contar con pediatra para que se complete el equipo, el recurso humano es muy importante”*.

⁵¹ ÍDEM. Pág. 17.

Según lo especificado en la Norma técnica, el personal de salud debe estar capacitado y desarrollar algunas destrezas que le sean útiles al momento de enfrentar un parto con enfoque intercultural: *“El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde el inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad”*⁵².

Respecto al tema, se cuenta con información proporcionada por la DISA – Jaén, donde se especifica la capacitación que dio lugar el año 2011, donde se llevó a cabo un taller denominado *“Adecuación cultural: Estrategia que mejora el acceso de las gestantes a los servicios de salud”*. El cual tuvo como objetivos⁵³: incrementar las coberturas de acceso de las gestantes a los servicios de salud, sensibilizar al personal de salud sobre los beneficios de la adecuación cultural y el respeto a la diversidad cultural y por último incorporar habilidades del personal para la atención del parto vertical.

Tuvo una duración de dos días (16 y 22 de mayo), y contó con la participación de los profesionales - en su mayoría obstetras - de la Red I - Jaén (incluye el Hospital General de Jaén), y la Red II - San Ignacio, haciendo un total de aproximadamente 70 participantes. Los temas a tratar fueron: bases teóricas y fisiológicas del parto vertical, equipamiento para la adecuación cultural, análisis de la Norma técnica, demostración de procesos de atención del parto vertical, prácticas en pareja de participantes simulando variantes del parto vertical de acuerdo a la Norma técnica, entre otros⁵⁴.

Solo una obstetra del Hospital General de Jaén fue escogida para acudir a la capacitación ese año, pero llama poderosamente la atención que esta profesional al momento de ser entrevistada, haya respondido que no fue capacitada y que no conocía la Norma técnica.

⁵² IBÍDEM

⁵³ DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD JAÉN (DISA-JAÉN)
2011 Taller: “Adecuación cultural y parto vertical: Estrategia que mejora el acceso de las gestantes a los servicios de salud”. Estrategia de salud sexual y reproductiva. Jaén. Pág. 2.

⁵⁴ ÍDEM. Pág. 4

Por otro lado, según el Plan de Capacitación Anual 2012 de la DISA – Jaén⁵⁵, uno de los principales problemas que se enfrenta actualmente, es que el personal de salud no implementa la Norma técnica en los procedimientos de la atención del parto, no haciendo uso de los enfoques tanto de prevención, derechos de las gestantes e interculturalidad. Respecto a este último, llama la atención que en lo que va del año 2012, no se han realizado talleres en los que hayan considerado el enfoque intercultural, pese a ser el primero en la lista de problemas priorizados en el mencionado Plan de capacitación.

En consecuencia, se aprecia que la institución que organizó el último evento de capacitación acerca del tema del parto vertical fue la DISA – Jaén, no el Hospital General de Jaén. Según lo investigado, no se han encontrado eventos de capacitación orientados al tema que hayan sido organizados a nivel del Hospital, como institución formadora de capacidades. Si bien hubo capacitaciones que dio el Hospital, estas no estuvieron dirigidas al tema de atención del parto con enfoque intercultural, sino más bien hacia temas tales como: emergencias obstétricas, presupuesto por resultados, etc.

Respecto al tema, se halló que en una oportunidad el Hospital hizo entrega de un CD conteniendo información sobre el significado y atención del parto con enfoque intercultural. Esta información fue brindada por una obstetra quien mencionó lo siguiente: *“El Hospital no nos ha brindado una capacitación, pero nos ha facilitado un CD sobre el parto vertical”*. Según lo mencionado; estaríamos frente a una gran necesidad de un programa de capacitación dirigido al personal de salud del servicio gineco-obstétrico, gestionado tanto por el mismo Hospital como por el SIS en Jaén. La ausencia de capacitación en el tema podría explicar el poco y en otros casos nulo conocimiento de algunos profesionales acerca de cómo atender un parto vertical con enfoque intercultural.

Según los lineamientos de política del SIS, enmarcados en los derechos en salud, y teniendo en cuenta que el SIS si puede realizar actividades de

⁵⁵ DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD JAÉN (DISA-JAÉN)
2012 “Plan de capacitación anual 2012”. Estrategia de salud sexual y reproductiva. Jaén. Pág. 1.

capacitación⁵⁶, podemos decir que estos derechos implican avalar una atención que respete las costumbres, pues según lo dice la OMS⁵⁷: *“El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud...”*.

Respecto a lo anterior, si el personal no está capacitado y no conoce los procesos a seguir para atender el parto con enfoque intercultural, le va a ser imposible respetar los derechos de las gestantes, transgrediendo también los lineamientos del Aseguramiento Universal en Salud, el cual garantiza el derecho a la salud para todos sin distinción en nuestro país.

Según la OMS; una atención en salud que no contenga el elemento de aceptabilidad, implicaría que el establecimiento de salud, en este caso el Hospital General de Jaén, no estaría brindando un servicio “culturalmente apropiado”⁵⁸, a la realidad en donde se desempeña.

4.1.3 Variable N°03: Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud.

Una vez comprendido que no todos los profesionales que laboran en el servicio-gineco obstétrico están capacitados para la atención del parto vertical con enfoque intercultural, se indagó sobre el conocimiento de los entrevistados acerca de que significaba para ellos atender un parto con las características de “saludable” y “seguro” a la luz de un enfoque intercultural. El indicador utilizado fue el siguiente: Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural.

⁵⁶ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)-Seguro Integral de Salud (SIS)-Gobierno Regional de Cajamarca 2013 “Convenio de gestión entre el Gobierno regional de Cajamarca y el Seguro integral de salud para pago capitado”. Cajamarca. Pág. 12

⁵⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2007 “El derecho a la salud”. Nota descriptiva N° 323. Agosto. Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2012. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

⁵⁸ IBÍDEM

Se halló que de los ocho profesionales capacitados, seis conocen la Norma técnica y tienen una idea clara de lo que representa, al respecto una obstetra señaló: *“La Norma técnica nos sugiere como es la atención con el paciente en las zonas rurales y adecuarse a sus tradiciones”, “Contempla la decisión del paciente sobre la posición que desea para dar a luz, ello de acuerdo a su cultura, respetar el consumo de mates, infusiones”, “La relación horizontal la considero muy importante dentro del enfoque intercultural, solo así una paciente regresa”*. Con estas respuestas demuestran que conocen de los beneficios que tiene para la gestante la posición vertical.

Por otro lado, preocupa que dos de los profesionales que han recibido capacitación no conozcan la Norma técnica, en uno de ellos es justificado porque en el año que lo capacitaron (2004), el documento aún no entraba en vigencia, pero en el caso de la otra profesional no hay razón para que habiendo sido capacitada no la conozca.

Por otro lado, hallamos que siete profesionales señalan no conocer la Norma técnica (por no haber sido capacitados), dentro de este grupo un médico señala saber de la existencia del documento, pero a su vez reconoce que no lo pone en práctica. Esta situación coincide con los problemas priorizados que elaboró la DISA-Jaén en su Plan de capacitación anual 2012⁵⁹, donde el problema que ocupó el primer lugar en el listado, según la priorización realizada fue el siguiente: *“Personal profesional de puestos de salud no implementa las normas técnicas y procedimientos para la atención del parto institucional y otros aspectos de la salud reproductiva, sin enfoque de prevención, derechos e interculturalidad, violencia basada en género”*.

Como podemos apreciar, lo hallado coincide con el primer problema ubicado por la DISA-Jaén. En el sentido que existen un número de profesionales que no conocen la Norma técnica para la atención del parto vertical con enfoque intercultural y consecuentemente no la implementan, comprobando que es ahí donde empieza el desencuentro entre culturas.

⁵⁹ DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD JAÉN (DISA-JAÉN)
2012 “Plan de capacitación anual 2012”. Estrategia de salud sexual y reproductiva. Jaén. Pág. 2

La Norma técnica presenta lineamientos básicos en relación a la atención del parto con enfoque intercultural, siendo un documento que marca las pautas para el desempeño del personal de salud. Teniendo en cuenta las diferencias culturales, la Norma técnica incorpora varias particularidades al respecto, sobretodo en el tratamiento antes, durante y después del parto, hasta un anexo donde cita una relación de hierbas y productos a ser usados en la atención.

Al respecto, se halló que los ocho profesionales capacitados tuvieron respuestas más acertadas que aquellos que no fueron capacitados, en el sentido de tener idea de cómo hacer “saludable” un parto vertical. La mayoría de ellos coincidió en temas como la limpieza, ganar la confianza de la gestante, mantenerla informada y responder sus inquietudes, además de adecuar el ambiente a sus costumbres.

Asimismo, consideran que es “seguro”, cuando se cuenta con todo el material necesario y los equipos adecuados, cuando es atendido por una obstetra que ayude en la posición vertical del parto. Todas estas respuestas están basadas en el conocimiento y respeto a la cultura de las gestantes, sin olvidar que el riesgo es un factor clave que controlar, con el fin de evitar la muerte materna.

En este sentido, una entrevistada mencionó algo muy importante: *“Un parto saludable y seguro con enfoque intercultural implica adecuar un ambiente y adaptarnos a sus costumbres, una vez yo tomé precauciones con una colchoneta y guantes, que sea de acuerdo a lo que ellas quieran, pero que sea limpio”*.

Al respecto, siete de los ocho profesionales capacitados consideran que las costumbres influyen mucho en la muerte materna. Un primer factor considerado es la familia, la cual juega un rol muy importante porque son ellos los que deciden si la llevan o no al Hospital, si esta decisión es tomada a tiempo, hará la diferencia entre la vida y la muerte.

Las costumbres de no permitir que se le revise adecuadamente y de preferir ser atendida por la partera (que les da confianza), son decisiones que sin el control debido, generan complicaciones. Al respecto, un entrevistado mencionó

lo siguiente: *“Considero que el factor cultural es una de las principales causas de muerte, cuando la partera ve que la paciente esta convulsionando recién la trae y se muere acá, y todavía algunas pacientes no quieren venir, hasta a veces hay que recurrir al Juez de paz de la comunidad para traerlas acá”*.

Por lo expuesto anteriormente, hallamos que estos 8 profesionales capacitados si poseen un alto nivel de conocimiento que les permite ofrecer una atención intercultural de manera saludable y segura, demostrando tener competencias para desarrollar este tipo de parto.

Por otro lado, vemos una tendencia en los siete profesionales que no fueron capacitados en la atención del parto vertical, ellos consideran un parto como “saludable”, solo si este se desarrolla en un ambiente adecuado y limpio (siempre intrahospitalario), incluso señalan: *“El ambiente tiene que ser limpio, en el campo no es así, eso no se cumple en el campo”*.

A su vez, estos consideran como “seguro”, cuando el parto es atendido solo por el personal de salud, al respecto mencionan lo siguiente: *“Las parteras no están capacitadas”, “Cuando la paciente tiene otras costumbres esto no se cumple, influye mucho la idiosincrasia y el conocimiento de la mujer de ir a un centro de salud, ese es el problema”*. Estas respuestas denotan que no se está tomando en cuenta el factor de respeto a la cultura de las gestantes.

Para este grupo de profesionales, la cultura de las gestantes también influye en la muerte materna, brindan razones tales como, la demora excesiva en los traslados de las pacientes, el analfabetismo, vivir en lugares muy alejados y que acuden a la partera antes que al personal de salud. Según lo anterior, un entrevistado menciona lo siguiente: *“Las costumbres influyen bastante en las muertes maternas, las mujeres vienen ya muy mal, cuando han sido tratadas previamente por la partera vienen aun peor”*.

De esta manera, hallamos que de estos 7 profesionales no capacitados 2 poseen un nivel medio de conocimiento sobre la atención de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural, pues pese a no conocer la Norma técnica, poseen algunos conocimientos básicos adquiridos por la experiencia en el campo, que le permiten reconocer cuán importante es mantener la salud de la

gestante y reducir los riesgos durante la atención del parto con enfoque intercultural. Asimismo, los 5 profesionales no capacitados restantes poseen un bajo nivel de conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto intercultural saludable y seguro, esto debido a que además de no conocer la Norma técnica, no tienen conocimiento del enfoque intercultural para el momento del parto, y lo consideran como riesgoso.

Según lo hallado y comparando ambos tipos de respuestas, podemos decir que la capacitación sí rinde frutos en el proceder de los profesionales, pues los hace más tolerantes, más receptivos, sin perder de vista las características de un parto saludable y seguro tanto para la madre como para el niño.

Aquellos profesionales que no tienen conocimientos sobre la atención del parto vertical y que consideran esta manera de dar a luz como “riesgosa”, dan a entender que no sería factible mantener la calidad del servicio si se atiende un parto intercultural, porque no reúne las condiciones necesarias. Respecto a esto, según la Norma técnica, el parto vertical no tendría por qué ser riesgoso si es que se cumplen los lineamientos planteados en ella, pues la idea es complementar los dos enfoques: el biomédico y el tradicional, con el objetivo de brindar salubridad y seguridad al momento del parto.

Al respecto, dos de las obstetras capacitadas por la DISA – Jaén; manifiestan que la capacitación les ha ayudado a conocer la interculturalidad, aseguran que su forma de pensar ha cambiado, ahora es más flexible. Mencionan también que aun habiendo sido instruidas al respecto, no pueden ofrecer ese tipo de atención en el Hospital porque no se cuenta con la infraestructura, materiales y el equipo necesarios.

Además se considera prioritaria la atención a las gestantes beneficiarias del SIS, para lograr los objetivos que se propone el mismo, los cuales están orientados a una atención en salud con equidad y calidad, llegando sobre todo a aquellas gestantes en situación de pobreza⁶⁰. Para ello se hace necesario

⁶⁰ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 20 de octubre de 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html

atenderlas conciliando las costumbres tradicionales que ellas tienen, con el control y seguridad que brinda la atención del personal de salud.

Luego del desarrollo de la información y posterior análisis, podemos responder la pregunta de investigación denominada: ¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?

Según los resultados obtenidos, el Hospital General de Jaén no está implementado con la infraestructura, materiales y equipos esenciales que permitan ofrecer a las gestantes beneficiarias del SIS una atención intercultural. Es importante indicar también que el SIS no está facultado para proveer de una infraestructura adecuada para este fin al Hospital General de Jaén, pues es el mismo Hospital quien tiene que proveerse de ello. La infraestructura, materiales y equipos con los que cuenta el servicio gineco-obstétrico del Hospital están orientados íntegramente a la atención del parto ginecológico.

Otro aspecto incluido en la atención intercultural, corresponde a la capacitación y conocimiento acerca de la Norma técnica por parte del personal de salud. Se halló que existen 8 profesionales que si fueron capacitados y poseen un adecuado nivel de conocimiento que les permite ofrecer una atención intercultural de manera saludable y segura.

También se hallaron 7 profesionales con un nivel de conocimiento medio y bajo, ninguno de ellos fue capacitado, solo 2 tenían muy pocos conocimientos acerca de cómo atender un parto con enfoque intercultural, los cuales fueron adquiridos solo por alguna experiencia en el campo, los 5 restantes no tenían ningún conocimiento de cómo atender este tipo de parto. Lo anterior nos demuestra que no todos los profesionales están en capacidad de atender un parto intercultural de manera saludable y segura.

Ante lo expuesto, podemos sugerir que si bien es necesario que el Hospital General de Jaén en coordinación con el SIS, implemente la elaboración de un programa de capacitaciones sobre aspectos interculturales, dándole mayor importancia a temas como la atención del parto vertical con enfoque

intercultural. Es primordial que antes realice gestiones que permitan el acondicionamiento de una infraestructura que sea adecuada para el desarrollo de este tipo de parto.

El acondicionamiento de esta infraestructura debe estar basado en las normativas especificadas en la Norma técnica, las cuales están referidas a los materiales, equipo y medicamentos necesarios para el parto, así como también la preparación del ambiente, que ofrezca a la gestante una atmósfera de calidez y protección que no encuentra en la atención del parto ginecológico.

Estas deficiencias tienen que ser resueltas por la entidad prestadora de servicios de salud (que en nuestro caso es el Hospital General de Jaén) pues según el *“Convenio de gestión entre el Gobierno Regional de Cajamarca y el SIS para pago capitado”*,⁶¹ no es responsabilidad del SIS el resolverlas.

Podemos agregar además que el Director del Hospital, es consciente de las limitaciones en cuanto a infraestructura e implementación intercultural, a su vez también es consciente que gran parte del personal del servicio gineco-obstétrico no está capacitado para ofrecer un servicio teniendo en cuenta la cultura de las gestantes que acuden a dicho Hospital.

Por otro lado, no es función del SIS: la construcción de nueva infraestructura, pagar incentivos laborales, pagar uniformes para el personal, realizar actividades de capacitación (excepto capacitación operativa y capacitación al personal sobre normatividad SIS y MINSA)⁶². Cabe indicar respecto a esta última, que las actividades de capacitación referidas al parto vertical con enfoque intercultural, si están contempladas como funciones del SIS, porque la Norma técnica del parto vertical con adecuación intercultural pertenece a la normatividad del MINSA.

Por otro lado, si es función del SIS la transferencia de recursos a las entidades prestadoras de servicios de salud (en nuestro caso el Hospital General de

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)-Seguro Integral de Salud (SIS)-Gobierno Regional de Cajamarca 2013 *“Convenio de gestión entre el Gobierno regional de Cajamarca y el Seguro integral de salud para pago capitado”*. Cajamarca. Pág. 12.

⁶² IBÍDEM

Jaén). Asimismo, es función de las entidades prestadoras de salud lo siguiente: Brindar prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrándose en el asegurado, realizar afiliaciones al SIS, no realizar cobros indebidos a los asegurados del SIS, entre otras⁶³.

4.2 Respecto a la Segunda pregunta de investigación denominada: ¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así éstas asistan al Hospital General de Jaén?

4.2.1 Variable N° 01: Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud.

La pregunta de investigación a la cual está ligada esta variable; tiene como fin indagar si los usos y costumbres de las gestantes beneficiarias del SIS son tomados en cuenta o no por el personal de salud al momento de atender el parto. Siguiendo esa línea, para esta variable se formuló el siguiente indicador: Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. El cual luego de ser aplicado en el campo nos permitió conocer lo siguiente:

Según lo hallado, 20 de las 50 entrevistadas señaló que le gustaría ser atendida a través del parto vertical, (entre estas gestantes, hay 13 que desean también la presencia de un familiar durante y después del parto). Por otro lado, 6 entrevistadas manifestaron como única condición para que el servicio sea de su agrado, que en el momento del parto esté presente un familiar (esposo y/o madre).

De la misma forma, 5 entrevistadas manifestaron que desean ser atendidas con menos demora. Por último 19 entrevistadas respondieron que desean un trato más amable y humanitario; es decir, que el personal de salud tenga más cuidado cuando las revisan, que estén más pendiente de ellas y tengan paciencia por el intenso dolor que ocasiona la cesárea, además que no hablen

⁶³ ÍDEM Pág. 9.

en un tono demasiado alto. (entre estas 19 hay 5 gestantes que desean también la presencia de un familiar durante y después del parto).

TABLA N° 16
PREFERENCIAS DE LAS GESTANTES RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PARTO

Como le gustaría ser atendida	Número de gestantes entrevistadas	Observaciones
Priorizan la necesidad de ser atendidas a través del parto vertical.	20	Dentro de estas existen 13 gestantes que mencionaron además les gustaría que un familiar este presente durante y después del parto.
Priorizan un trato más amable y humanitario (paciencia y consideración por el dolor, además de tener más cuidado cuando las examinan).	19	Dentro de estas existen 5 gestantes que mencionaron les gustaría que además un familiar este presente durante y después del parto.
Expresan como única condición la presencia de un familiar.	6	-
Expresan como única condición querer ser atendidas sin demora.	5	-
Total	50	

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Según los resultados obtenidos, podemos observar que un buen número de entrevistadas espera calidez en el trato durante su permanencia en el Hospital. Asimismo se apreció una tendencia a mencionar la necesidad que algún miembro del personal de salud esté pendiente de ellas y de cómo se sienten: *“Que nos vean más, nos dejan abandonadas”, “Que el personal este más atento, se ponen a conversar y no te atienden, les hablas y no te responden”*.

Estas aseveraciones nos indican que es especialmente en el momento del parto y posterior puerperio, que las gestantes demuestran sentirse vulnerables y con una gran necesidad de sentirse protegidas por alguien, de ahí el

constante pedido para que el personal de salud permita que un familiar este con ellas para ayudarlas, *“Nos dan ánimos”*, mencionan. Dándonos a entender la necesidad de protección y cuidado que necesitan, sumado al intenso dolor físico que les ocasiona en muchos casos el haber sido sometidas a una cesárea.

Por otro lado, 20 gestantes manifestaron que desearían ser atendidas a través del parto vertical, refiriéndose a la atención recibida mencionan lo siguiente: *“Hubiera querido dar a luz de otro modo pero no nos dejan, que sean más responsables también, nos abandonan”*, *“Yo quería dar a luz de cuclillas, acá no se puede”*, *“Quería dar a luz de manera arrodillada, sin tanto dolor”*.

Estas respuestas contrastan con lo señalado por la Norma técnica, donde se señala claramente que *“El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares”*.⁶⁴

Podemos darnos cuenta que esto no se ciñe a la realidad del Hospital, pues lo hallado en la investigación se orienta al desconocimiento de la Norma técnica por varios miembros del personal de salud. Si sumamos que no se cuenta con una infraestructura adecuada para desarrollarlo, tenemos como resultado la insatisfacción de varias gestantes respecto a la atención recibida.

Esta situación debe ser revertida, porque el Hospital es un establecimiento de salud nivel II-1, por lo cual según la Norma técnica le compete la atención del parto vertical y por lo tanto debería de contar con personal capacitado, infraestructura, materiales y equipo necesarios para poder atender a las gestantes según lo soliciten.

En este sentido, si bien varios profesionales aducen que este tipo de parto no es muy usual en el Hospital, también reconocen que desde los controles se le induce a la gestante para dar a luz de forma horizontal, es decir a través del

⁶⁴ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005

“Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Lima. Pág. 17
Consulta: 26 de febrero de 2011 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

parto ginecológico: *“En el Hospital es muy difícil que se le atienda de acuerdo a sus costumbres, no tenemos la logística, además en los controles le van orientando a la paciente hacia el parto ginecológico”.*

Al respecto podemos decir que los lineamientos trazados en la Norma técnica, orientados hacia las habilidades del personal de salud para atender el parto vertical con enfoque intercultural, no se están poniendo en práctica. Existen motivos tales como la ausencia de la infraestructura necesaria y el desconocimiento de la Norma técnica por parte de varios profesionales.

Otro aspecto importante de señalar es el tema de la demora en la atención, si bien no hubo muchas entrevistadas que se quejaron al respecto, es importante mencionarlo porque en las conversaciones con los familiares el tema salió a relucir. Cuando fueron consultados acerca de qué opinión les merece la atención que recibió su gestante, las respuestas fueron variadas, pero se dejaba ver la indignación por la excesiva espera, incluso uno de ellos se quejó porque según sus palabras: *“No la atendieron, la dejaron tirada y ella se moría de dolor”.* La demora en la atención es un tema que es necesario corregir porque existen gestantes que vienen desde muy lejos, y si se les indica que vuelvan es muy difícil para ellas, puesto que los gastos de estadía y alimentación son muy altos y no pueden costearlos.

Asimismo, muchos de los familiares mencionaron diversas situaciones que consideran se debieran mejorar, entre los que destacan la desconsideración hacia su gestante (porque la dejan sola), la poca información recibida y el poco compromiso con su trabajo por parte de algunas obstetras. Solo una minoría de ellos admitió haber percibido que en verdad los ayudaron y los atendieron bien.

De lo anterior, podemos distinguir que de las situaciones explicadas por los familiares se desprenden algunas otras que también deben de tenerse en cuenta, entre estas tenemos los gastos excesivos, puesto que como mencionaban algunos familiares, ellos vienen de lejos y tienen que costear el hospedaje, la alimentación y además comprar medicinas.

Si bien la Cartilla de derechos del asegurado al SIS⁶⁵, indica que el beneficiario tienen derecho a recibir en forma gratuita los medicamentos que cubre el seguro, sucede que en la mayoría de casos, estos no se encuentran en la farmacia del Hospital y es necesario comprarlos fuera, generando insatisfacción en los familiares quienes son los que los adquieren.

En este sentido, existe mucho desconcierto para los familiares, pues acuden al Hospital con la idea que el SIS va a cubrir los gastos, tal como les informaron al momento de afiliar a su gestante. Pero cuando llega el momento del parto, se dan con la sorpresa que tienen que comprar desde guantes quirúrgicos hasta pagar los análisis solicitados para su gestante, estando normado que esos gastos los cubre el SIS.

Al respecto, la Cartilla de derechos del asegurado al SIS señala lo siguiente: *“El asegurado tiene derecho a recibir atención integral, que incluye exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías, etc. Cubiertas por el SIS de acuerdo a su necesidad”*⁶⁶. Sin embargo los hallazgos revelan que es el familiar de la gestante quien asume la mayoría de los costos, no el SIS.

Asimismo, los familiares mencionan que el personal de salud no debe dejar sola a su gestante, de no haber otra opción, sugieren se les debe permitir la entrada a la sala de puerperio para ayudarla: *“Una como madre no debe separarse de sus hijos, aquí no entienden eso”*. Una mención aparte merece las constantes quejas acerca del trato que reciben los familiares por parte del servicio de portería, el trato hostil percibido por los familiares impide aún más que estos se sientan satisfechos con el servicio.

Por otro lado, se halló que la atención brindada por el personal de salud no satisfizo por completo a las gestantes, es decir, en su mayoría ellas no se sienten completamente satisfechas con la atención. Lo anterior se vio claramente reflejado en la calificación que le otorgaron al servicio según su

⁶⁵ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 28 de octubre de 2012. < <http://www.sis.gob.pe/pdf/CartillaDerecho.pdf>

⁶⁶ IBÍDEM

satisfacción: 29 entrevistadas calificaron la atención recibida como regular, 14 como mala y por último solo 7 gestantes calificaron la atención como buena.

TABLA N° 17
CALIFICACIÓN OTORGADA POR LAS GESTANTES A LA
ATENCIÓN RECIBIDA TENIENDO EN CUENTA SU SATISFACCIÓN

Calificación	Número de gestantes entrevistadas
Muy mala	-
Mala	14
Regular	29
Buena	7
Muy buena	-
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Según el cuadro anterior, consideramos que la mayoría de gestantes entrevistadas se encuentra en un grado medio de satisfacción con el servicio recibido, denotando que hubo aspectos en la atención que no cumplieron con sus expectativas. Respecto a esto, cabe indicar que la demora en la atención, el no dejar que un familiar las acompañe, el no permitirles ponerse en posición de cuclillas para dar a luz y el trato poco cálido y desconsiderado fueron los aspectos mencionados por los cuales no se sienten satisfechas con el servicio.

En ese sentido, con el objetivo de verificar los reclamos efectuados hacia el Hospital, se revisó el Libro de reclamaciones del Hospital General de Jaén, el cual fue hallado en blanco, es decir ningún paciente y/o familiar ha formalizado queja alguna hacia el Hospital. Esto nos demuestra que existe una gran desinformación acerca de la existencia de este documento, mediante el cual ellos podrían registrar sus quejas y/o reclamos respecto del servicio que se les brindó. Sin embargo, ningún usuario hasta el momento lo hizo.

Según los hallazgos, podemos decir que es necesario que el servicio se adapte a las necesidades de aquellas gestantes que prefieren un parto vertical atendido por el personal de salud, y sobre todo ser más conscientes que el momento del parto es considerado especial tanto para la gestante como para

su familia, de cómo es tratada ahora dependerá si acude al Hospital o busca otro tipo de atención para su siguiente parto.

4.2.2 Variable 2: Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.

Luego de conocer el grado medio de satisfacción que poseen las gestantes respecto al servicio brindado por el personal de salud, se investigó también acerca de cuanto ellas utilizan los servicios de salud, para ello se formuló el indicador: Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. El cual luego de ser aplicado nos permitió conocer lo siguiente:

Según lo especificado por las entrevistadas, la utilización de los servicios de salud se basa específicamente en acudir a la Posta de su comunidad o al Hospital cuando sienten algún deterioro en su salud. También se halló que algunas se automedican obteniendo medicamentos en farmacias y bodegas. Un número menor de gestantes no acuden a ningún tipo de establecimiento.

TABLA N° 18
TIPO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y OTROS
FRECUENTADOS POR LAS GESTANTES

Tipo de establecimiento	Número de gestantes entrevistadas
Posta de salud	27
Hospital General de Jaén	8
Farmacias	10
Bodegas	3
Ninguno	2
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Al indagar sobre el nivel de utilización de los servicios de salud, las entrevistadas mencionaron en su mayoría, que acuden a la Posta de su comunidad. Los motivos que explican esta elección, según lo hallado, se basan en la cercanía al domicilio de las entrevistadas, evitar riesgos y también el ser

la única opción orientada a la salud que existe en su comunidad. Por otro lado, un elemento que también explicaría esta preferencia sería el factor cultural, específicamente los procedimientos empleados por el personal de salud.

Por otro lado, los hallazgos demuestran que algunas gestantes están de acuerdo con la atención que reciben en la Posta de su comunidad. Señalan que fue la obstetra quien las atendió según su tradición: *“Para mi primer parto fui a la Posta, me atendió la señorita (obstetra) como parto tradicional, sentada con la presencia de mi esposo. Pero para este parto ya no se pudo, se complicó”*. También indican que en la posta pueden dar a luz como a ellas les sea más cómodo: *“Yo quise ir a la posta para mi parto y dar a luz echada. En la posta puedes dar a luz echada o arrodillada”*.

De lo anterior podemos entender que estas gestantes encontraron en este tipo de atención el respeto a sus costumbres y la seguridad para ellas, procedimientos que en el Hospital no son posibles de ofrecer juntos. Por otro lado, se indagó acerca del porque algunas gestantes no vienen a dar a luz al Hospital, las respuestas se orientaron a temas como el maltrato, vergüenza y descuido en la atención.

TABLA N° 19
RAZONES PARA NO ACUDIR AL HOSPITAL AL
MOMENTO DEL PARTO

Razones mencionadas por las gestantes	Número de gestantes entrevistadas
Maltrato	21
Temor hacia algún procedimiento que ellas no desean (corte vaginal).	8
Vergüenza (temor a que les toquen)	12
Descuido en la atención	4
Otros	5
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Algo hallado y que consideramos muy importante señalar, es que las gestantes se expresan acerca del maltrato, pero en varios de los casos ellas no lo han

sufrido, sino que lo han escuchado de otras personas: *“No vienen porque dicen que mucho les gritan”, “Dicen que les tratan mal”*.

Encontramos que de las 21 gestantes que mencionan el maltrato como razón para no venir al Hospital, 12 señalan que solo lo han escuchado y que a ellas no las han maltratado: *“Algunas señoras dicen que les tocan mucho y que les gritan, pero es la primera vez que vengo y no me han gritado”*. Por último 9 entrevistadas de este grupo indican que efectivamente si han recibido maltrato: *“Hay algunos que no saben atenderte, te tratan como cualquier cosa”*.

Consideramos importante citar otras respuestas de las entrevistadas, cuando se les preguntó acerca del motivo por el cual otras gestantes no vienen a dar a luz al Hospital: *“Dicen que les tratan mal, yo he visto que para ellas nosotros no somos sus iguales”, “No vienen porque chocan con las enfermeras, tienen una mala experiencia y no vuelven, en el trato son pésimas”*.

Estas aseveraciones nos dan a entender que los conceptos de interculturalidad no son aplicados en el proceso de atención, otorgándole a las gestantes y sus familias la percepción que el Hospital es ajeno a sus costumbres: *“El sistema oficial de salud es percibido, predominantemente, como ajeno, encapsulado en sí mismo, no integrado a la práctica cotidiana de la comunidad que lo alberga. Es decir, no hay una continuidad cultural que aproxime a ambas partes de la relación: comunidad y establecimiento de salud”*⁶⁷.

Este tipo de percepción está basada en el poco respeto a las costumbres y tradiciones de algunas gestantes. Sin embargo, el personal de salud menciona en sus respuestas que si respeta a la gestante, pero a su vez reconoce también que muchas veces pierden el control por el exceso de pacientes y el stress, estos aspectos son vistos por las gestantes, de ahí la percepción que tienen sobre el servicio.

⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD (MINSA) - PROYECTO 2000
1999 “Mujeres de negro. La muerte materna en las zonas rurales del Perú. Estudio de casos”. Lima.
Pág. 162 Consulta:8 de noviembre de 2012 < http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1298_P-2000275.pdf

Por otro lado, lo expresado por las gestantes entrevistadas tiene mucha relación con lo mencionado por sus familiares, especialmente cuando se indagó acerca de donde acudía su gestante cuando se sentía mal. La mayoría de participantes respondió que acudían a la Posta de su comunidad, por motivos como la cercanía, evitar riesgos y porque piensan que allí los pueden orientar mejor. También señalaron que prefieren no ir al Hospital por motivos económicos, el maltrato, el descuido a su gestante y porque no les dejan acompañarla.

TABLA N° 20
LUGARES DONDE ACUDEN LAS GESTANTES SEGÚN
SUS FAMILIARES

Lugar donde acuden sus gestantes	Número de familiares participantes en los talleres
Posta de salud	17
Hospital general de Jaén	5
Farmacia	12
Bodega	5
Otros	0
Total	39

Fuente: Talleres con metodología popular para adulto.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Podemos apreciar que la mayoría, tanto de las gestantes como de sus familiares, coinciden que es la Posta médica el lugar a donde más acuden; sin embargo, frente a la pregunta ¿Cuál es la razón por la que acude al Hospital General de Jaén?, las respuestas dadas por ambos actores (gestantes y familiares) se orientaron hacia la derivación por complicaciones: *“Me refirieron de la Posta, me dijeron que mi parto era complicado, el cordón umbilical se salió y el bebé no nacía”, “Me transfirieron porque el bebé tenía 36 semanas y 4 días, tenía 3 centímetros de líquido, y como era prematuro en la Posta me dijeron que no atendían eso y me trasladaron”.*

Los hallazgos demuestran, que la mayoría de gestantes dio a luz en el Hospital solo por un tema de referencia, gran número de ellas proviene de las diferentes Postas de salud del distrito de Jaén. Se comprobó además que la intención de la mayoría de las entrevistadas era dar a luz en su respectiva Posta.

Según lo encontrado en la investigación, podemos decir que la utilización de los servicios de salud se ubica en el nivel intermedio, puesto que las gestantes si conocen algunos riesgos a los que están expuestas si no acuden a un establecimiento de salud, prefiriendo la cercanía y comodidad que les brinda la Posta. En este sentido, se aprecia que esta reúne las condiciones que hacen posible que ellas prefieran acudir a este antes que a otro establecimiento de salud. Se evidenció además que las gestantes acuden al Hospital solo por complicaciones, prefiriendo dar a luz en la Posta de su comunidad.

4.2.3 Variable 3: Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.

La finalidad de la pregunta de investigación, al igual que en las dos variables anteriores fue indagar si los usos y costumbres de las gestantes beneficiarias del SIS, son tomados en cuenta o no por el personal de salud al momento de atender el parto. Para ello se construyó el indicador: "Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto". El recojo de la información en campo nos permitió obtener la siguiente información:

Según lo hallado, 30 de 50 gestantes manifestaron que no tienen costumbres; cabe señalar que algunas de estas gestantes manifestaron que sus madres y abuelas si las tienen. Por su parte, 20 de 50 entrevistadas manifestaron que si tienen costumbres al momento del parto.

TABLA N° 21
GESTANTES QUE POSEEN COSTUMBRES
AL MOMENTO DEL PARTO

Costumbres al momento del parto	Número de gestantes entrevistadas
Si tienen costumbres	20
No tienen costumbres	30
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Por otro lado, cuando se indaga acerca del nivel de importancia hacia sus costumbres, 20 de 50 entrevistadas indican que sus costumbres para el momento del parto son bastante importantes, así también 6 entrevistadas

manifestaron que sus costumbres son algo importantes, pero por seguridad y temor a alguna infección se alejan de las costumbres de su familia y por decisión propia acuden al Hospital para el momento de dar a luz. Asimismo 6 gestantes manifiestan que son muy poco importantes y no las practican. Por último 18 entrevistadas indican que las costumbres son para nada importantes.

TABLA N° 22
NIVEL DE IMPORTANCIA DE SUS COSTUMBRES AL
MOMENTO DEL PARTO

Nivel de importancia	Número de gestantes entrevistadas
Bastante importantes	20
Algo importantes	6
Muy poco importantes	6
Nada importantes	18
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Cabe mencionar que cuando las entrevistadas hablan sobre sus costumbres al momento del parto, se están refiriendo no solo a la posición para dar a luz sino también a: ingesta de bebidas calientes y hierbas, infraestructura, condiciones del lugar, tiempo, dolor, participación de la familia, ritos post-parto, actitudes de cercanía, trato y servicio.

Esto lo confirman frases como: *“Me agarro al costado de la cama, me tienden un trapito, me tengo que agarrar y mi esposo me sostiene”, “Recibo el cuidado de la familia, aquí las enfermeras los botan molestas, a mi mamá la botaron”, “La partera te atiende, no te deja que te alumbre la luz, te da mates calientes. Ella te estimula para que el bebe salga más rápido y con la ayuda de mi esposo, porque él participa en el parto”, “Me cuelgo de una soga y pujo, mi mamá y la partera me ayudan. Luego la placenta la enterramos”, “Nos cuidan del frío, cuando llega los dolores estamos acompañados por un familiar”.*

Respecto a cómo se atiende el parto en su comunidad y su opinión sobre ello, las entrevistadas señalan que en sus comunidades hay dos maneras de atender el parto, una de ellas es “En posición de cuclillas” la cual conocemos

como parto vertical, y otra “El parto horizontal” que también es atendido en la Posta. Además identifican que optar por una u otra manera tiene que ver con lo generacional, pues las más jóvenes acuden a la Posta de Salud y las adultas acuden a la partera. También tienen la concepción que en la Posta puedes dar a luz en la posición que puedas, sea de cuclillas o echada (parto horizontal).

En ambos casos; las gestantes conocen los procedimientos, y las que apuestan por ir al Hospital para dar a luz, expresan sus razones: *“En mi familia mis tías y mi mamá se atienden con partera, pero mis hermanas y yo no, preferimos venir al hospital, es más seguro aquí hay doctores”*. Al igual las que acuden a una partera: *“En mi familia dan a luz con partera, ella nos ayuda. El parto en cuclillas es muy importante, el bebé sale más rápido y no me duele tanto”*.

Otra fuente importante considerada para esta variable ha sido la familia de la gestante, en este caso se ha considerado “al acompañante principal” de las entrevistadas que dieron a luz en el Hospital General de Jaén. En los cinco talleres realizados se ha obtenido la siguiente información:

Cuando se indagó acerca de sus costumbres al momento del parto, 18 de 39 participantes compartieron sus costumbres, mencionaron aspectos tales como: acomodo de la partera, ingesta de bebidas calientes y participación del esposo y/o madre. Además manifestaron que estas costumbres son importantes para ellos. Por otro lado 14 de 39 manifestaron que las costumbres no son importantes, sin embargo algunos reconocieron que en su entorno familiar si las consideran importantes. Cabe mencionar que las edades y el lugar de procedencia influyen en sus respuestas, pues en este grupo están personas jóvenes o que proceden de ciudad.

Podemos afirmar que un buen número de familiares de las gestantes consideran importantes las costumbres al momento del parto. En ese sentido es fundamental involucrar a sus familiares en la implementación de políticas relacionadas con la salud materna, pues son ellos los que toman decisiones que afectan a la gestante.

Según la OMS la interculturalidad en salud consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, respetando las creencias y costumbres en la atención; es decir, *“Involucra las interacciones, respetuosas*

de las diferencias, sociales y culturales, de género y generacionales que se producen en diferentes culturas para construir una sociedad más justa". (OMS, citado por Lerín 2001: 6).

Con las respuestas obtenidas de gestantes y familiares que tienen costumbres y las consideran importantes al momento del parto, se halló que el Hospital General de Jaén ofrece un servicio que no considera esos factores culturales. Excluye además la participación de un familiar en el momento del parto, atentando así contra una de las costumbres más importantes dentro de las manifestadas y considerando únicamente el enfoque biomédico en la prestación de sus servicios.

Este factor cultural que no está siendo considerado en la prestación del servicio otorgado a la gestante tiene que ver con su identidad, la misma que sienten vulnerada, pues ellas perciben que están en relación de desigualdad frente al personal de salud: *"Nos dicen que no vayamos donde la partera, si se enteran que fuimos donde la partera ya no nos atienden, ni nos miran"*.

Según lo hallado, uno de los elementos que diferencia el parto con enfoque biomédico y el tradicional es la "simetría" (reglas de ventaja o desventaja frente al otro). En el parto tradicional la partera está en igualdad con la gestante, es parte de su vida, el trato es similar, hace participar a los miembros claves de la familia, es decir, ya tienen una relación previa de confianza, amistad y cercanía; el ambiente en el cual presta el servicio es cálido y familiar.

En el parto con enfoque biomédico el trabajador es el que "toma el mando". Pudimos constatar a través de la técnica de observación participante que muchas veces el personal de salud asume un lenguaje asimétrico: "mamita", "hijita", "no puedes entrar", "vete a bañarte", entre otros.

Otro elemento importante en su identidad cultural, que también tiene que ver con la simetría es el "espacio" donde se desarrolla el parto, ellas manifiestan que cuando dan a luz de manera tradicional: *"Nadie nos ve", "La partera nos cuida que no nos dé el aire", "No nos dejan bañarnos"*. Mientras que en el Hospital se puede observar que los ambientes son abiertos, luminosos y fríos. Podemos apreciar que, mientras en un lugar las "despojan" de lo que tienen porque les dan "batas adecuadas", en el otro la familia les trae presentes y las gestantes pueden usar sus pertenencias. Mientras en uno aíslan a los

familiares claves en el otro los involucran. Todo ello lleva a una pérdida de su identidad, lo que les hace sentirse “maltratadas” y mal atendidas, percibiendo que el personal de salud no está respetando sus costumbres.

No se debe olvidar que: *“La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección”*⁶⁸. Considerar este sistema cultural, entendido como los patrones mentales que definen y guían nuestro comportamiento, permitirá tener más elementos para influir, a todo nivel, en las acciones que se tomen en el campo de la salud materna.

Se trata entonces de buscar formas que ayuden a compatibilizar el rol del prestador del servicio – que en nuestro caso es el Hospital - con la cultura de las gestantes beneficiarias del SIS. Como existen dos grupos marcados (mujeres que tienen costumbres al momento del parto y mujeres que no las tienen), consideramos debe aplicarse correctivos al modelo del servicio gineco-obstétrico prestado por el Hospital, con la finalidad de ofrecer un servicio que responda a los requerimientos de ambos grupos identificados.

Según nuestros hallazgos tenemos a 20 entrevistadas que poseen un alto grado de identificación con sus costumbres, demostrándonos que los patrones mentales que guían su comportamiento al momento de dar a luz requieren del respeto y tolerancia de aquellos profesionales que los atienden en el establecimiento de salud, lo cual sumado a una infraestructura y trato adecuados a su realidad, lograrían el acercamiento de ellas al Hospital. Asimismo lo anterior nos demuestra que sí existen gestantes beneficiarias del SIS que si harían uso de los servicios adecuados culturalmente, siendo necesario implementarlos.

Por otro lado, tenemos que 6 de 50 entrevistadas poseen un grado medio de identificación con sus costumbres, ellas señalaron que, si bien aceptan las costumbres de su familia y las costumbres para el momento del parto, las consideran riesgosas y prefieren acudir al Hospital y evitar riesgos. Por último 24 entrevistadas demostraron tener un bajo grado de identificación con sus

⁶⁸ SECRETARÍA EN SALUD
2007

“Interculturalidad en salud”. México. Consulta 09 de diciembre de 2012.
<http://www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf

costumbres, varias de ellas consideran que esa posición del parto es muy antigua y fue practicada por sus madres y abuelas pero ellas no consideran practicarla, pues ellas no poseen costumbres al momento del parto.

Hemos creído conveniente mencionar todos y cada uno de los grados de identificación de las entrevistadas, en el sentido que no existe una mayoría absoluta para ninguna de las tres subcategorías. Esto nos demuestra que es necesario ofrecer ambos tipos de atención del parto con ambos enfoques, para lograr la satisfacción de las usuarias.

Frente a estos resultados, se hace necesario que el personal de salud conozca las costumbres de las mujeres de la zona, para ofrecer un trato equitativo: *“El mejoramiento de la calidad de los servicios y el acceso de las usuarias requiere del conocimiento a profundidad de las diversas expresiones culturales, percepciones y comportamientos de la población en torno a los procesos de salud reproductiva”*⁶⁹.

Respecto a este tema es importante señalar y tomar en cuenta los motivos por los cuales las gestantes prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas indican que en estos lugares no se reconocen ni se respetan las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen la cultura andina e indígena (costumbres de las mujeres), por eso es tan importante la voluntad o iniciativa del personal de salud en respetar las costumbres tradicionales, pues en este caso el respeto hace la diferencia entre la vida y la muerte de la gestante.

⁶⁹ MINISTERIO DE SALUD (MINSA) - PROYECTO 2000
1999 “Mujeres de negro. La muerte materna en las zonas rurales del Perú. Estudio de casos”. Lima.
Pág. 7 Consulta: 14 de noviembre de 2012 < http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1298_P-2000275.pdf

4.2.4 Variable 4: Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas.

Una vez identificado que existen dos grupos marcados de gestantes que acuden al Hospital General de Jaén. Uno que opta por el enfoque biomédico, y el otro por el intercultural. Al respecto tenemos la variable 4, donde se recogió información referente a la disposición que tiene el personal de salud para implementar el enfoque intercultural. Para ello se elaboró el siguiente indicador: Nivel de disponibilidad para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud.

Para ubicar las percepciones de las gestantes acerca de si el personal de salud respetó sus costumbres al momento del parto observaremos la Tabla N° 23, donde podemos apreciar que para 20 entrevistadas el personal de salud no respetó sus costumbres cuando las atendió. A su vez 30 entrevistadas señalaron que no practican costumbres al momento del parto, por lo tanto no percibieron si el personal de salud respeta o no esas costumbres.

TABLA N° 23
PERCEPCIONES DE LAS GESTANTES REFERENTE AL RESPETO
DE SUS COSTUMBRES POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

Percepciones de las gestantes	Número de gestantes entrevistadas
El personal de salud no respetó sus costumbres al momento del parto	20
No posee costumbres al momento del parto	30
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Por otro lado, respecto a la pregunta de cómo ellas perciben si el personal de salud respeta sus costumbres, se halló que 24 de 50 entrevistadas manifestaron que desconocían al respecto; estas respuestas, en su mayoría, son dadas por las mujeres que no tienen costumbres al momento del parto.

Las 26 entrevistadas restantes (incluye las 6 que consideran “Algo importantes” sus costumbres. Ver tabla 22), orientaron su respuesta hacia lo que para ellas sería un anhelo, actitudes o palabras que les harían notar que el personal de salud respeta sus costumbres; más no como una experiencia vivida. Para ellas el personal de salud demostraría respeto por sus costumbres: *“Cuando me preguntan cómo quiero dar a luz”, “Cuando me dejan dar a luz como yo puedo”, “Cuando me arreglan la barriga para el parto que quiero”, “Cuando son cuidadosos con el cuerpo de una”*.

Por otro lado, cuando se les consultó a las gestantes acerca de lo que piensa el personal de salud respecto al parto vertical y las costumbres al momento de dar a luz, tanto aquellas que mantienen sus costumbres y aquellas que no las practican manifestaron que el personal de salud no sabe o desconoce sobre las costumbres al momento de dar a luz, las razones más repetidas son: porque no conocen y no les importa aprender las formas antiguas de atender el parto, incluso algunas entrevistadas mencionaron que *“Solo las parteras saben de eso, ellos son doctores, no conocen”, “No doy a luz de esa manera, pero no creo que en este Hospital sepan atender eso”*.

Al respecto, se indagó también acerca de las concepciones personales de los profesionales que laboran en el servicio gineco-obstétrico del Hospital, respecto a la atención del parto con enfoque intercultural. Se recogió la siguiente información:

TABLA N° 24
CONCEPCION DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA
DE LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE
INTERCULTURAL

Concepciones del personal de salud	Número de profesionales entrevistados
Reconocen algunas ventajas como: estado de ánimo de la mujer, expulsión del bebe; pero también señalan riesgos como: contaminación del bebe, incomodidad para el personal, hemorragias, otros.	2
Identifican ventajas y creen que estas no solo son para las mujeres atendidas sino también para reducir la mortalidad materna.	2

Reconocen la necesidad de una actitud de cambio y la necesidad de ofrecerles opciones. Reconociendo la cultura del otro.	1
Reconocen las ventajas pero creen que son necesarias acciones (capacitación, implementación) que actualmente en el Hospital no se da.	3
A pesar que identifican algunas ventajas creen que las desventajas son mayores y no están de acuerdo.	7
Total	15

Fuente: Entrevistas aplicadas al personal de salud del servicio gineco-obstétrico.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Del cuadro anterior, nos llama poderosamente la atención que solo un profesional reconozca que es necesario un cambio de actitud para lograr darle un enfoque intercultural al servicio, Así como también que un buen número de entrevistados piense que las desventajas del parto vertical son mayores y no esté de acuerdo con implementarlo.

Por otro lado, referente al modo de cómo se manifiestan las costumbres de las gestantes al momento del parto, el personal de salud manifiesta que estas costumbres tienen que ver con varios aspectos, el primero de ellos es la higiene: *“No se asean porque creen que eso les va ayudar”*; el siguiente tiene que ver con la sensación térmica: *“Vienen muy abrigadas”*, *“Se amarran la cabeza”*; con el consentimiento para los exámenes ginecológicos: *“No se dejan tocar”*; con la posición: *“Al momento del parto se ponen en cuclillas”*; con la participación de la familia: *“Quieren que toda su familia entre, eso está prohibido, por un tema de contaminación”*; y finalmente con los rituales tales como: soplar una botella para expulsar la placenta, inhalar hierbas, entre otros.

Asimismo, se indagó si el personal de salud respeta las costumbres de la gestante al momento del parto. Obtuvimos respuestas variadas, 7 entrevistados señalaron que no lo hacen porque no atienden ese tipo de parto, señalando que en muy rara ocasión las gestantes lo solicitan, además desde los controles se les orienta hacia el parto ginecológico. Asimismo, 1 obstetra mencionó que intenta hacerlo pero que por falta de personal no se puede realizar. Por último los 7 entrevistados restantes indicaron que están dispuestos a atenderlas

según sus costumbres, pero el Hospital no brinda las condiciones necesarias para llevarlo a cabo.

Y por último, se le preguntó al personal de salud acerca de la elaboración conjunta del plan de parto, pues es un indicador de la disponibilidad del personal para tomar en cuenta las costumbres de las gestantes. Las respuestas obtenidas de las obstetras difieren del personal médico, pues este último afirma que no lo realizan pues no es su función.

El personal obstétrico en su mayoría afirma que si elabora el Plan de parto con la gestante. Hay que señalar que 3 obstetras entrevistadas no lo elaboran pues sostienen que no es útil, esto porque consideran que siempre suceden imprevistos, cuando la paciente llega a hospitalización no se cuenta con la historia clínica donde está el plan de parto y también porque las gestantes mienten: *“Dicen que van a dar a luz en la posta y luego lo hacen en su casa”*.

Cabe indicar, que el Plan de parto es una estrategia implementada por el Ministerio de Salud, para facilitar la información necesaria en la toma de decisiones con relación a la atención del parto, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad materna⁷⁰.

Según lo mencionado anteriormente, interpretamos que en la atención a las gestantes no hay un reconocimiento de los patrones culturales de muchas de ellas. Esto se encuentra complementado con las respuestas obtenidas del personal de salud, donde algunos señalan que no están de acuerdo con las costumbres de las gestantes. A su vez, otros reconocen las ventajas en la atención del parto vertical, pero aducen que por falta de recursos, personal y logística adecuada, no pueden atender ese tipo de parto.

De lo anterior, podemos evidenciar la poca decisión de algunos miembros del personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural. Según lo señalado en el marco teórico, la OPS señala algunos lineamientos para trabajar desde esta perspectiva, el primero de ellos alude a promover una relación

⁷⁰ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005

“Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Lima. Pág. 16
Consulta: 26 de febrero de 2011 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

horizontal entre el personal de salud y las gestantes, esto no se cumple porque según lo hallado el personal de salud no toma en cuenta las costumbres de las gestantes al momento del parto.

El documento señala a su vez a la palabra *“Como una maniobra comunicativa y central para lograr el reconocimiento del otro”* (OPS: 2008). En este sentido, el personal de salud no está tomando en cuenta que cada comentario o frase que vaya en desmedro de la cultura de la gestante, las aleja aún más de los servicios de salud, evidenciando así su falta de sensibilización respecto a temas interculturales.

Todo esto guarda relación con el Plan de capacitación 2012 de la DISA-Jaén, donde el principal problema encontrado corresponde a la necesidad de capacitación en el personal gineco-obstétrico. Señala textualmente lo siguiente: *“Personal profesional [...] no implementa las normas técnicas y procedimientos para la atención del parto institucional [...] con enfoque de prevención, derechos e interculturalidad, violencia basada en género”* (DISA-JAÉN 2012: 4). Lo anterior nos indica que el problema de falta de capacitación está detectado, solo que no se aplican las medidas correctivas para cambiar esta situación.

Por otro lado, la Norma técnica, señala una serie de acciones que favorecen el cuidado de la gestante por parte del personal de salud y su familia. Entre ellas están: el plan de parto, las actitudes de cercanía y amabilidad, uso de lenguaje sencillo, respeto a sus costumbres, posición elegida por la gestante, permitir el acompañamiento del familiar que la gestante elija, identificación de signos de alarma, entre otros.

En su mayoría, estas acciones normadas por el Ministerio de Salud en el ámbito de nuestra investigación (Hospital General de Jaén), no se están cumpliendo.

De esta manera, hallamos que 8 de 15 profesionales entrevistados demuestran un nivel intermedio de disponibilidad para la implementación del parto intercultural, decimos intermedio porque si bien estos señalaron que poseen conocimientos para la atención intercultural, reconocen las ventajas de este

tipo de parto y señalan además que están dispuestos a atender a las gestantes respetando su cultura, solo uno de ellos reconoció que es preciso cambiar de actitud y que es necesario ofrecer opciones a las gestantes para el momento del parto, solo así ellas se acercarán al Hospital. Consideramos lo anterior como un motivo para no ubicar a estos profesionales en un nivel alto de disponibilidad.

Asimismo, se halló que 7 de 15 profesionales demuestran un bajo nivel de disponibilidad para la atención del parto vertical, pues no se encuentran sensibilizados en temas interculturales y no promueven una relación horizontal entre ellos y las gestantes.

Podemos decir que no todos los profesionales que laboran en el servicio gineco-obstétrico tienen la iniciativa de respetar la cultura de las gestantes, por ese motivo, urge sensibilizar al personal de salud en su conjunto, para que inicie la implementación de una atención intercultural que implique una relación horizontal y respetuosa para los dos grupos de mujeres que acuden al Hospital General de Jaén. Todo ello desde un proceso de reconocimiento, de diálogo y basada en la simetría con las mujeres que mantienen sus costumbres al momento del parto.

Cabe recordar que el personal de salud que atiende a las gestantes brinda un servicio desde un enfoque biomédico sin tomar en cuenta sus costumbres, y aunque solo algunos tienen la capacidad de hacerlo según sus costumbres, no lo pueden hacer. Por ello podemos afirmar que el Seguro Integral de Salud no ha logrado resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de una de las poblaciones objetivo prioritarias (gestantes), pues continúan existiendo diferencias culturales (acentuadas entre personal de salud y las gestantes).

En la investigación se ha podido observar que en varios casos se “obliga” a las gestantes a dar a luz en posición horizontal, lo que tiende a desalentar a estas mujeres en la búsqueda de ayuda profesional. Por ello es importante que el SIS contribuya a que el Hospital otorgue a las madres la posibilidad de dar a luz de acuerdo a sus costumbres pero con la ventaja de estar bajo la supervisión de un profesional de la salud en caso ocurra alguna emergencia.

4.3 Respecto a la Tercera pregunta de investigación denominada: ¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?

4.3.1 Variable 01: Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS.

La pregunta de investigación a la cual está ligada esta variable; tiene como punto averiguar si el SIS es asumido como un derecho por las gestantes y una responsabilidad por el personal de salud. Siguiendo esa línea, formulamos dos indicadores: Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS y Nivel de satisfacción de las mujeres gestantes respecto al SIS, los cuales luego de ser aplicados nos permitieron conocer lo siguiente:

Al indagar sobre la información que manejan las gestantes acerca de sus derechos y beneficios como afiliadas al SIS, las entrevistadas señalaron en poco más de la mitad de los casos, que si habían sido informadas, así como también obtuvimos un buen número de casos donde la información fue nula.

TABLA N° 25
INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y BENEFICIOS COMO
AFILIADAS AL SIS

Tipo de información recibida	Número de gestantes entrevistadas
El SIS cubre todos los gastos.	7
El SIS cubre el parto y solo algunas medicinas, a su vez no especifica que gastos asume la gestante.	22
No recibió información.	21
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Como podemos apreciar, poco más de la mitad de las entrevistadas (29 gestantes), si fueron informadas de alguna u otra forma sobre sus derechos y beneficios como afiliadas al SIS.

Según los hallazgos, se evidencia que este número de gestantes informadas maneja una información muy desigual respecto al tema. Si bien a algunas se les informa que el SIS cubre la atención del parto y solo algunas medicinas (el resto lo asumen ellas), a otras se les indica en general que el SIS solo cubre una parte de su atención (no se les especifica que gastos asumen ellas y que gastos asume el SIS).

También existe un número menor de entrevistadas a las que se les informó que no iban a pagar absolutamente nada, que el SIS lo cubría todo.

La información que se les brindó a las gestantes, concuerda en algunos casos con lo estipulado por el SIS en su portal web, donde se señala los beneficios en salud para el asegurado⁷¹:

TABLA N° 26
GASTOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN QUE CUBRE EL SIS

Gastos en Prevención y Recuperación	Consultas y Atenciones Hospitalarias/Quirúrgicas
Atenciones preventivas	Consejería en salud reproductiva, control prenatal, suplementos de hierro y vitamina "A" para niños y gestantes.
Atenciones de maternidad y del recién nacido	Comprende los gastos pre y post natales, parto normal, parto múltiple, parto complicado, cesárea, complicaciones orgánicas del embarazo y aborto no provocado, además la atención integral del neonato. Incluye también la atención médica, quirúrgica, medicamentos, análisis de laboratorio, rayos x, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, diagnóstico por imágenes, estancia hospitalaria.

Fuente: Portal web. www.sis.gob.pe
Elaboración: Grupo de trabajo.

Cabe señalar también que por ser gestantes, estas mujeres afiliadas al SIS tienen derecho a recibir *"La atención de salud según el tipo de seguro y etapa de vida"*⁷², donde según lo especificado, a las gestantes les corresponde la

⁷¹ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 2 de noviembre de 2012. < <http://www.sis.gob.pe/portal/paginas/preguntas.html>

⁷² IBÍDEM

cobertura completa del SIS gratuito. Siendo así, las gestantes estarían cubiertas íntegramente por el SIS.

Como podemos apreciar, los beneficios a los que tienen derecho las gestantes son diversos (ver Tabla N° 26). Llama la atención que en algunos casos, el personal de salud no les informe al respecto. Lo anterior evidencia una falla en el proceso de comunicación en salud, en el sentido de que no se está transmitiendo correctamente la información, al punto que no garantiza que la gestante conozca los beneficios que le otorga el SIS.

Los hallazgos del estudio, han demostrado que todos estos beneficios no son otorgados a las gestantes en su mayoría. Se encontró que en muchos casos, los medicamentos cubiertos por el seguro y efectivamente brindados a las gestantes son muy pocos, algunas entrevistadas mencionaron al respecto lo siguiente:

“En la Posta me han dicho que no voy a pagar todo, solo algunas medicinas, pero estoy pagando ya bastante, mucha medicina dice mi esposo”.

“Hablaron que la ecografía y los medicamentos iban a ser gratis; que solo algunas cosas que no se encuentran teníamos que comprar, como guantes y esas cosas, pero casi toda la medicina estoy comprando”.

Según lo expresado por las entrevistadas, ellas tenían la idea que el seguro les iba a cubrir parte de los medicamentos, análisis, y ecografías. Pero no fue así, muchas de ellas expresaron su malestar por las continuas compras de medicamentos y tomas de análisis hechas en laboratorios particulares, gastos que se supone iban a ser cubiertos por el SIS: *“Me dijeron que la atención del parto es gratis, también los análisis y algunos medicamentos, pero no es así”, “Ellos me explicaron que no iba a pagar todo, solo una parte de las medicinas, pero no me dijeron que debía pagar análisis también”.*

De igual forma, los familiares de las gestantes coincidieron en mostrar su molestia por los gastos que no tenían previstos: *“Nos han hablado del SIS, que una parte es gratuito y la otra parte la pagamos nosotros, pero ya vamos pagando demasiado, me he quedado sin plata”.*

Al respecto, cabe mencionar además que la denominada Cartilla de derechos del asegurado al SIS, en su acápite N° 5 señala lo siguiente: *“El asegurado*

*tiene derecho a recibir en forma gratuita los medicamentos cubiertos por el SIS*⁷³. Según lo hallado en la investigación, esto no se cumple por diversos motivos, uno de ellos se debe a la demora en las transferencias que el SIS realiza al Hospital, para el reembolso por el uso de medicamentos, la cual impide que se cubra a tiempo las necesidades de la población beneficiaria.

Respecto al tema, algunos profesionales reconocieron esta deficiencia y mencionaron lo siguiente: *“El SIS no se abastece, muy pocas medicinas para muchos pacientes”, “En muchos casos las medicinas no alcanzan para cubrir toda la demanda”*.

Otro motivo que se considera; corresponde a la logística del Hospital, si el SIS menciona entre sus beneficios cubrir los análisis de laboratorio, entonces estos deberían ser proporcionados a las gestantes. Pero en la mayoría de casos esto no se llegan a efectuar, por motivos como el deterioro de los equipos o la demora en obtener el resultado por la gran cantidad de usuarios que desean acceder a este servicio.

Esto concuerda con lo mencionado por un familiar: *“Tengo que sacar análisis afuera, dicen que la máquina se ha malogrado”*. Esto a la vez es corroborado por un médico en la entrevista: *“Les piden análisis y muchas veces estos no se pueden hacer en el Hospital por múltiples razones, no hay medicinas, como la receta viene hecha, el personal de Farmacia dice “no hay”, lamentablemente no todos los pacientes pueden asumir esos gastos, siendo beneficiarios del SIS”*.

Según lo hallado, podemos darnos cuenta además, que el personal de salud está consciente de las limitaciones del SIS. Según sus propios comentarios: *“Es necesario una mayor cobertura en medicinas y análisis”, “Se tiene escases de medicamentos en los últimos días de cada mes”*.

Reconocen que muchas veces se da mayor importancia al tema de coberturas dejando de lado el tema presupuestal y de aprovisionamiento de medicamentos, al respecto un médico entrevistado mencionó: *“Hay mayor demanda, mayor oferta de servicios pero no se tiene dinero para implementar*

⁷³ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 28 de octubre de 2012. < <http://www.sis.gob.pe/pdf/CartillaDerecho.pdf>

una atención de calidad”. Pues frente a estas carencias, es el personal de salud quien da la cara y se enfrenta a la gestante y sus familiares cuando estos reclaman por la excesiva compra de medicamentos, a su vez, el entrevistado agrega: *“El SIS en su petitorio nacional no tiene la medicina que nosotros como médicos necesitamos y la gente piensa que no le queremos dar”*.

Lo anterior influye mucho en las razones para que una gestante no se afilie al SIS, según lo encontrado, la escasez de medicamentos y los excesivos costos que acarrea el parto, constituyen el principal motivo para que algunas gestantes decidan no afiliarse al SIS.

TABLA N° 27
PRINCIPALES MOTIVOS PARA QUE UNA GESTANTE NO SE AFILIE AL SIS

Motivos encontrados	Número de gestantes entrevistadas
No perciben ningún beneficio adicional, consideran que de todas maneras pagan un monto alto.	23
Reciben maltrato por parte de algunos miembros del personal de salud.	4
Miedo de acudir al Hospital.	5
Limitaciones que les impide afiliarse (préstamos bancarios).	3
Distancia.	4
Consideran que todas las gestantes ya están aseguradas.	5
Otros	6
Total	50

Fuente: Entrevistas aplicadas a las gestantes.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Como podemos ver; las respuestas de las entrevistadas se orientan hacia el factor económico, ellas perciben que el SIS no las beneficia ni las ayuda en los gastos - que según el SIS – deberían estar cubiertos y así ayudar a un sector tan vulnerable como lo son las gestantes. Expresiones como las

siguientes: *“Dicen que gastan mucho. Es cierto, se paga bien”, “Mire, mi esposo está comprando medicinas, mentira es cuando dicen que es gratis, por eso a veces las señoras no vienen, te cobran y así no debe ser”*. No hacen más que ajustarse a los comentarios vertidos anteriormente, referidos al reducido stock de medicinas que maneja el Hospital para atender a las afiliadas al SIS.

Cabe señalar que las gestantes afiliadas al SIS, en muchos casos se sienten engañadas respecto a los gastos que tienen que hacer tanto ellas como sus familiares. En este sentido, es necesario recordar los problemas por los que atraviesa el Hospital General de Jaén, entre ellos el funcionamiento del laboratorio, el cual resulta insuficiente para la gran cantidad de pacientes, afectando así su capacidad resolutoria y obligando muchas veces a que las gestantes tengan que sacar sus análisis en laboratorios particulares. Generando entre ellas descontento e insatisfacción respecto a lo que el SIS ofrece y lo que realmente brinda: *“Engañan, al último todo pagas, nada tiene el Hospital”*. Comentarios como este reafirman lo expuesto.

Sumado a esta situación, se encuentra que la información errónea que se le da a las gestantes, tiene mucho que ver con los problemas que afronta el SIS. Según lo hallado, a 7 de 50 entrevistadas les señalaron que el SIS cubre los gastos del parto por completo, coincidiendo con lo expresado por una obstetra en la entrevista: *“En la periferia les dicen que el Hospital les va dar medicinas gratis, hasta comida y todo, eso es engañarles”*. Expresión que se ajusta a lo mencionado por un familiar: *“Me dijeron que todo iba a ser gratis, que afilie a mi señora, pero cuando llegué aquí tuve que pagar varias cosas”*.

Esta información equivocada genera desencuentros entre el personal de salud, las gestantes y sus familias; en el sentido que cuando llegan al Hospital tienen una expectativa sobre sus beneficios, luego se percatan que el escenario es completamente distinto al que le explicaron en su momento, generándose un malestar que - según lo señala un familiar - se generaliza en una sola frase: *“El SIS es un engaño, el tratamiento es a medias”*.

En otro ámbito, el total de gestantes entrevistadas se encuentra afiliada al SIS, así como también casi la totalidad de entrevistadas no tuvo inconvenientes para inscribirse al mismo. Hubo excepciones como el caso de cinco gestantes, dos de las cuales manifestaron que les pidieron muchos

papeles, una gestante por ser menor de edad no pudo inscribirse, porque le solicitaron como requisito presentar el DNI y por último una mencionó que demoraron en inscribirle en la posta, esperó bastante.

Un caso especial que merece ser mencionado es la respuesta de una gestante cuando se le consultó si había tenido problemas para inscribirse al SIS, esta respondió: *“No tuve inconvenientes solo pagué 5 soles y di mi copia de DNI”*. Esta última respuesta nos sorprendió mucho, pues la inscripción al SIS es gratuita, especialmente en el componente subsidiado donde se encuentran las gestantes. Al respecto podemos citar lo siguiente: *“Se solicita con el DNI en el centro de salud más cercano al domicilio, el personal de salud verificará los datos y si la persona o familia no está registrada en el SISFOH se le solicitará su recibo de agua o luz para evaluar su elegibilidad, la afiliación será inmediata si se califica como elegible para el SIS gratuito y no se cuenta con otro seguro de salud”⁷⁴*.

Como podemos ver, en ninguna parte del texto citado se señala que se deba hacer algún pago por la afiliación. Pero tenemos conocimiento que al momento de afiliarlas, el personal de salud les cobra 1 nuevo sol por el costo de la Historia clínica.

Según los hallazgos, pudimos encontrar que la satisfacción percibida por las gestantes beneficiarias del SIS, luego de ser atendidas es muy baja, es así que 29 de las 50 entrevistadas respondieron que si tuviesen dinero acudirían a una clínica, dando como principal motivo que allí pagan pero las tratan bien, no esperan y tienen todos los elementos para atenderlas, además que permiten que sus familiares estén presentes, detalle que para ellas es importante. Al respecto, una gestante menciona: *“Si tuviera plata iría a la clínica, porque hay más atención, la gente te valora, son personas educadas. Allí reclamas con derecho, en cambio acá el personal piensa que los del SIS no tienen derecho a reclamar”*.

Asimismo, un número de 9 gestantes entrevistadas respondió que acudirían a la Posta de su comunidad, esto por motivos de la cercanía a su domicilio y el excesivo gasto que implica venir al Hospital. Por su parte 7 entrevistadas manifestaron que luego de la experiencia vivida en el Hospital General de

⁷⁴ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2011

Consulta: 16 de noviembre de 2012. < <http://www.sis.gob.pe/portal/paginas/preguntas.html>

Jaén, preferirían dar a luz en su casa porque es más barato, su familia le atiende y está con ella. Por último 5 gestantes señalaron que si volverían a acudir al Hospital solo por un tema de seguridad para ellas y su recién nacido. Al respecto estas últimas mencionan lo siguiente: *“Aquí en el Hospital, al menos no te infectas, se gasta pero es mejor”, “Yo prefiero el Hospital, porque como hay médico no hay riesgos, cuando es en la casa mientras la traigas se muere la señora y el niño”.*

Según lo hallado, podemos percibir que existe un bajo nivel de satisfacción de las gestantes respecto al SIS, esto debido a que según sus expresiones, estas no se encuentran conformes respecto a los escasos beneficios que han recibido del SIS, y como producto de eso prefieren ir a otro lugar a atenderse o en todo caso quedarse en su domicilio. Cabe destacar el contenido de las respuestas de las entrevistadas, las cuales afirman que si ellas dispusieran de mayores recursos económicos, acudirían a una clínica donde tienen conocimiento que pagarán una suma alta, pero piensan que serán mejor atendidas.

Podemos evidenciar que el factor económico es primordial para las gestantes y sus familias, en el sentido de que ellos se afilian al SIS por tener algún beneficio económico, es por ese motivo, que cuando llegan al Hospital, se percatan que van a tener que hacer un gasto superior al que tenían planificado, pues al momento de la afiliación se les indicó que el SIS iba a cubrir los gastos tales como análisis, ecografías y parte de los medicamentos, hemos hallado que no es así. Esta situación es la que molesta a los familiares y a las gestantes, formando en ellos la idea que el SIS no los ayudará, percibiendo además que de nada valió afiliarse, si van a terminar ellos mismos asumiendo los costos.

4.3.2 Variable 02: Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén.

Esta variable nos dará acceso a conocer las perspectivas del personal de salud acerca de la cobertura del SIS hacia las gestantes. Esta será medida a través del siguiente indicador: Grado de valoración del personal de salud, respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes, el cual luego de ser aplicado en el campo nos permitió conocer lo siguiente:

El total de profesionales entrevistados opina que las gestantes si deben ser un grupo poblacional beneficiario del SIS, entre varios motivos destacan los siguientes: 7 entrevistados consideran que la situación de pobreza por la que atraviesan estas mujeres es una condición más que suficiente para que sean merecedoras del seguro, asimismo, 5 entrevistados señalaron que si deben de ser un grupo prioritario por la delicada situación y vulnerabilidad que representa el embarazo. También 2 entrevistados indicaron como una razón fundamental la escasa instrucción de las mujeres que las lleva a tener hijos desde muy temprana edad. Por último un entrevistado comentó que estaba de acuerdo que las gestantes sean tratadas por el SIS como grupo prioritario, pero no concordaba que el SIS cubra por completo los costos del parto, dando como principal motivo que esto creaba una mala costumbre en ellas, puesto que no les permite ser responsables acerca de planificar su familia.

En otro ámbito, un buen número de entrevistados considera que la cobertura económica del SIS para la atención del parto es “bastante”. Se halló que 7 de 15 consideran que el SIS otorga “bastante” apoyo económico a las gestantes.

TABLA N° 28
COBERTURA ECONÓMICA DEL SIS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

Cobertura económica	Número de profesionales entrevistados
Total	1
Bastante	7
Algo	5
Muy poco	2
Nada	-
Total	15

Fuente: Entrevistas aplicadas al personal de salud del servicio gineco-obstétrico.

Elaboración: Grupo de trabajo.

Como podemos apreciar; los profesionales entrevistados consideran en mayor número como “Bastante” la cobertura económica que el SIS otorga a las gestantes beneficiarias. Esta percepción estaría sustentada en el hecho que ellos consideran que la cobertura del SIS genera un ahorro para las gestantes y sus familias. Según sus respuestas, algunos profesionales tienen

la idea que el SIS cubre por completo el parto normal y una buena parte de los gastos de la cesárea: *“En el parto normal se les da todo el paquete. La cesárea es más costosa y se les da dependiendo del stock de medicina en farmacia”*. También se obtuvo respuestas de otros profesionales, donde mencionan: *“La cobertura del SIS es total, se les da todo”*, *“Es poco lo que compran”*.

Respecto al párrafo anterior, según nuestros hallazgos podemos decir que esas aseveraciones distan de la realidad que viven las beneficiarias. Esto en el sentido que recogimos diversos comentarios de las usuarias, donde mencionan que son ellas y sus familiares asumieron gran parte de los costos, sea un parto normal o una cesárea. *“Te dicen que no vas a pagar pero al último te sale igual.”*, *“No es gratis, igual pagas, no hay diferencia”*, *“Se paga más de lo que dicen, eso sí es verdad”*.

Estas posiciones contradictorias, nos permiten darnos cuenta del desconocimiento de algunos profesionales respecto a lo que verdaderamente gastan las gestantes y sus familias, especialmente en análisis y medicamentos. Nos permite ver también, que si bien estos profesionales pueden tener un alto grado de valoración hacia la cobertura del SIS para las gestantes (reflejado en la priorización del estado de pobreza de las mujeres, lo cual consideran primordial para hacerlas beneficiarias del SIS), a su vez también desconocen si aquellos beneficios en verdad satisfacen las necesidades y expectativas de las gestantes.

Los hallazgos del estudio señalan que los beneficios que promulga el SIS, en la realidad práctica del Hospital, no están llegando a la mayoría de las beneficiarias, esto sustentado por las respuestas de las gestantes, donde aseguran que el personal de salud al momento de afiliarlas les indicó que iban a ser beneficiadas económicamente con el SIS, pero cuando ellas llegaron al Hospital las cosas fueron muy diferentes.

Por otro lado; solo unos pocos profesionales reconocen las deficiencias del SIS, entre ellas, que existe escasez de medicamentos en los últimos días de cada mes. Contrario a esto, un entrevistado mencionó que la cobertura en medicamentos que se les otorga a las beneficiarias es suficiente: *“Pienso que*

es lo justo, no se debe de dar más”. Demostrándonos que no todos los profesionales manejan la misma información respecto a la real situación de la cobertura económica del SIS.

Es en el tema de afiliaciones al SIS - que al parecer es muy sencillo - donde existen problemas que sí son percibidos por el personal de salud, entre estos hemos detectado los siguientes:

TABLA N° 29
DIFICULTADES PARA LOGRAR LAS COBERTURAS DE
AFILIACIÓN AL SIS

Dificultades para lograr Coberturas de afiliación	Número de profesionales entrevistados
No cree que exista dificultades	2
No contar con el DNI	5
Lejanía del establecimiento de salud	2
Descuido de las beneficiarias	4
Tener deudas con el sistema financiero	1
Mala imagen que proyecta el Hospital	1
Total	15

Fuente: Entrevistas aplicadas al personal de salud del servicio gineco obstétrico.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Podemos apreciar que, según el personal de salud, el no contar con el DNI se constituye en la principal dificultad para afiliarse al SIS, seguido del aparente descuido de las mismas gestantes quienes por otros motivos no se afilian al SIS. Cabe indicar también que existen 2 profesionales que señalan no existen dificultades para la afiliación. Estos distintos puntos de vista entre profesionales, nos dan a conocer cuan diferente es la información que manejan cada uno de ellos, la cual es muchas veces contradictoria y nos permite observar que existen algunos entrevistados que no están al tanto de la real situación del SIS en cuanto a coberturas y beneficios.

4.3.3 Variable 03: Percepción y visión del personal sobre “la salud como un derecho” de las mujeres gestantes.

Esta variable nos permitirá conocer el enfoque que maneja el personal, acerca del derecho a la salud que tienen las gestantes beneficiarias del SIS. Será medida a través del siguiente indicador: Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS, el cual luego de ser aplicado en el campo nos permitió conocer lo siguiente:

TABLA N° 30
PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA
DE LAS GESTANTES Y SUS DERECHOS

Tipo de percepciones del personal de salud	Número de profesionales entrevistados
Las gestantes conocen su derecho a acceder al SIS, pero están mal informadas acerca de los beneficios.	6
La información que maneja una gestante rural respecto a sus derechos para acceder al SIS, es diferente a una gestante del área urbana.	4
Las gestantes conocen su derecho a acceder al SIS y algunas hacen un mal uso de ellos.	1
Las gestantes no conocen sus derechos de acceder al SIS.	4
Total	15

Fuente: Entrevistas aplicadas al personal de salud del servicio gineco-obstétrico.
Elaboración: Grupo de trabajo.

Como podemos ver, la mayoría de los entrevistados percibe que las gestantes si conocen el derecho que tienen de acceder al SIS, pero al momento de afiliarlas la información que les dan es errónea. También existe la percepción que las gestantes que viven en la ciudad manejan una mejor información respecto al SIS que aquellas que viven en la periferia. Por otro lado, algunos profesionales aducen que las gestantes no conocen sus derechos por su escasa educación y la situación de analfabetismo en la que muchas se encuentran. Por último un profesional mencionó que el hecho que

las gestantes si conozcan sus derechos no implica que se olviden de sus responsabilidades como pacientes.

Esta desinformación en las gestantes ocasiona que los beneficios sean distorsionados, creando malestar e insatisfacción en ellas y que consecuentemente ya no deseen utilizar el SIS para su siguiente parto. Asimismo, el desconocer los beneficios del SIS, produce además que algunas gestantes distorsionen el concepto del derecho a estar afiliada, según expresa una obstetra: *“Ellas no entienden que alguien les diga no, esa es su concepción errada de tener derechos, la paciente viene al Hospital con una idea equivocada que el SIS le paga todo y eso no es así”*. Así como también un médico señala lo siguiente: *[Algunas confunden el concepto de "derechos", antes te daban las gracias, ahora no. En algunos casos mencionan que "si no me atienden llamo a la prensa", cambió su actitud, dicen que "el que reclama se atiende", entonces hay que explicarle que espere. Creen que tener derechos es reclamar y denunciar]*.

Estos comentarios nos permiten entender por qué las gestantes sienten tanta insatisfacción hacia los beneficios del SIS. Lo resumimos como en una cadena de hechos; primero encontramos que las gestantes proceden de la periferia, en muchos casos son analfabetas y no poseen mucha educación; motivo por el cual son engañadas y mal informadas respecto los beneficios del SIS; una vez llegado el momento del parto, acuden al Hospital y se dan cuenta que ellas mismas y sus familiares tienen que asumir el costo de varios medicamentos y análisis, los cuales según los lineamientos del SIS ya deberían estar cubiertos.

Por otro lado, todos los entrevistados opinan que el SIS protege la salud de las gestantes y lo consideran como un derecho que ellas tienen, pero señalan aspectos tales como el acceso a los más pobres y la información errada que es necesario mejorar: *“El SIS es de gran ayuda y está destinado a las más pobres, les corresponde, pero muchas veces no llega a los pacientes que realmente lo necesitan”*. Consideran además que debe prestarse mayor atención a las zonas rurales porque es a ellos a quienes está destinado el SIS, pues como lo mencionamos anteriormente, el problema empieza cuando las gestantes basan sus derechos en la mala información que reciben, es ahí donde comienzan los desencuentros y la situación cambia.

Es así que este factor de desencuentros se considera como mayor obstáculo para acceder a los beneficios del SIS, los entrevistados también consideran otros tales como: las costumbres de las gestantes (cuando no permiten que se les revise), la ignorancia, el analfabetismo y hasta las clínicas son considerados como obstáculos, estas últimas por mal acostumbrar al paciente, proporcionándole la idea equivocada que el personal de salud tienen que estar con ellas todo el tiempo. Al respecto una obstetra menciona lo siguiente: *“Hay tanto paciente que no me puedo detener solo en una, hay mucho trabajo, estoy corriendo todo el día”*.

Según lo hallado, el personal de salud considera también como obstáculo los escasos recursos económicos de las gestantes, que sumado a la demora y la falta de medicamentos e insumos para atenderlas a través del SIS hacen que la paciente ya no vuelva. Al respecto un médico expresó lo siguiente: *“El obstáculo empieza desde que la paciente entra al servicio de **emergencia** y en ese servicio casi no hay insumos para atenderlas, luego en **consultorio** les piden desde exámenes hasta guantes y eso no lo cubre el SIS, por último en **piso** no hay medicinas y como la receta viene hecha simplemente no se le otorga el medicamento y el paciente obligadamente tiene que comprar”*.

Lo anterior nos permite darnos cuenta que el SIS es beneficioso para una población vulnerable como las gestantes, pero solo en la teoría, porque cuando es llevado a la práctica la situación es distinta. Consideramos que el problema debe ser enfocado desde donde se prestan los servicios de salud, que van desde la atención en Emergencia - Consultorio – Piso. En los tres niveles de atención no se está cumpliendo con los beneficios ofrecidos por el SIS.

En otro ámbito, se indagó acerca de si el personal de salud del Hospital brindaba información a la gestante, sobre los procedimientos que le va a aplicar, así como también los derechos y obligaciones que tienen como beneficiarias del SIS.

Según lo hallado, el personal de salud no brinda información sobre sus derechos y beneficios como beneficiarias del SIS, solo brinda en algunos casos información acerca del procedimiento que va a realizar. También algunos respondieron que no le dan información a la gestante, dando como principales motivos que cuando se atiende una emergencia no hay tiempo

para eso. Otro motivo según señalan es la falta de personal y la excesiva cantidad de pacientes, lo que hace que no puedan explicarle sobre el procedimiento a aplicar. En resumen no existe una verdadera comunicación en salud que informe verdaderamente a las gestantes.

Podemos apreciar que el personal de salud no está cumpliendo con un derecho de la gestante el cual es el estar informada, haciéndose visible la necesidad de reorientar los servicios de salud, de modo que sean más accesibles en el sentido de la información que se le brinda a la gestante. Solo así esta conocerá cuáles son sus derechos como afiliada al SIS.

Para esto, un actor vital es el personal de salud, pues él será el encargado de transmitir a la gestante la información y explicarle los procedimientos. En este sentido, solo unos pocos profesionales entrevistados respondieron que en algunos casos si le brindan información al paciente.

Podemos apreciar que muchos profesionales no están concientizados acerca de cuán importante es mantener un clima de confianza entre ellos y las gestantes. Demostrándonos que para la mejora en temas de interculturalidad y derechos en salud, es vital el compromiso y cambio de actitud del personal de salud, pues de ellos dependerá cuan informadas estén las gestantes y si vuelven a acudir al Hospital para su siguiente parto⁷⁵.

Asimismo, según lo hallado, el personal de salud posee un grado de valoración intermedio respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes. El reconocimiento es parcial porque a pesar que todos los entrevistados consideran a la salud como un derecho de las beneficiarias del SIS, existen aspectos que impiden el total reconocimiento. El primero de ellos tiene que ver con la información errónea y distorsionada que manejan las gestantes acerca de sus beneficios, esto en el sentido que en algunas comunidades se menciona que cuando las beneficiarias acudan al Hospital se les dará alojamiento y comida gratis, esta información errada conlleva a desencuentros con el personal de salud.

⁷⁵ MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2010 Documento técnico: "Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud. Lima. Pág. 42. Consulta: 19 de noviembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

Cabe señalar además que los entrevistados opinan que en su mayoría las gestantes si conocen su derecho a acceder al SIS y exigen ser atendidas, pero están mal informadas acerca de los beneficios.

Asimismo, teniendo en cuenta que el personal de salud brinda muy poca información a la gestante acerca de sus derechos en general (información relacionada tanto a los procedimientos médicos como a los beneficios del SIS), podemos decir que el enfoque de derechos no ha calado en ambas partes (gestantes beneficiarias y personal de salud).

Respecto a la pregunta de investigación, según nuestros hallazgos los beneficios del SIS si son considerados como un derecho por la mayoría de gestantes entrevistadas, esto porque en el momento de su afiliación fueron informadas al respecto, pero sucede que esta información contiene aspectos que distan de la realidad y a su vez crean conflictos con el personal de salud. Lo mencionado anteriormente trae como consecuencia que los profesionales no reconozcan del todo el derecho a la salud de las beneficiarias del SIS, pues consideran que esos derechos que ellas exigen están basados en una información por demás errónea que les ocasiona muchos conflictos al momento de atenderlas.

En este sentido, podemos decir que el Estado peruano tiene la obligación de prevenir y reducir la mortalidad materna, garantizando a todas las mujeres sin discriminación, el acceso a adecuados servicios de salud materna. Por ello: *“Vincular la muerte materna a los derechos humanos abre el tema a horizontes que usualmente no se vislumbran [...]. Los derechos humanos no son simples enunciados de principios, sino que se materializan en acciones sobre la realidad que producen los cambios necesarios en las vidas de quienes en la actualidad no gozan de derechos formalmente vigentes o tienen un acceso limitado a ellos”*⁷⁶.

⁷⁶ ANDERSON, Jeanine

2011 “Mortalidad materna y derechos humanos”. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial
Pág. 121.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Primera pregunta de investigación: ¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?

- a. Variable N°01: Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.

Según los hallazgos, para el primer indicador concluimos que no existen ambientes implementados para el parto con enfoque intercultural, así como para el segundo indicador tampoco existen equipos, materiales y mobiliario adecuados, pues el Hospital General de Jaén no ofrece una atención del parto con enfoque intercultural.

Esta carencia no permite acompañar el parto con otra modalidad que no sea el enfoque biomédico.

Es así que el Hospital actualmente no cuenta con ambientes acondicionados para ofrecer una atención con enfoque intercultural, cabe indicar que este acondicionamiento debe estar basado en las normativas especificadas en la Norma técnica, que señalan los materiales, equipo y medicamentos necesarios.

Estas deficiencias tienen que ser resueltas por el mismo Hospital General de Jaén, pues no es función del SIS invertir en infraestructura, solo reembolsa gastos de atención y realiza actividades de capacitación, siendo fragmentada su intervención.

- b. Variable N° 02: Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.

Los hallazgos obtenidos en el desarrollo de la investigación, nos señalan que el número de personal capacitado para la atención del parto vertical con enfoque intercultural corresponde a 8 profesionales (entre médicos y obstetras), de un total de 15.

El parto con enfoque intercultural no es implementado en el Hospital General de Jaén, aun existiendo un pequeño número de personal de salud que si recibió capacitación. Se halló que estos profesionales tuvieron mayor tolerancia y comprensión hacia las costumbres al momento del parto, demostrando que están en capacidad de atender a las gestantes según sus tradiciones. Sin embargo, obtuvimos una actitud diferente de aquellos que no tienen ningún conocimiento acerca de este tipo de parto pues sus respuestas fueron bastante escuetas y cerradas, limitándose a decir que solo es válido el parto intrahospitalario y que el parto vertical es demasiado riesgoso, evidenciando el poco respeto y tolerancia hacia una cultura diferente.

Asimismo se halló que la DISA – Jaén fue la institución que organizó el último taller de capacitación relacionado a la atención del parto intercultural, no el Hospital General de Jaén, es más se halló que este último no organizó ni antes ni ahora algún evento relacionado con esta temática.

c. Variable N° 03: Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud.

Se empleó el indicador: Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural; el nivel de conocimiento hallado es alto para aquellos 8 profesionales que si recibieron capacitación, medio para los 2 profesionales que tienen algún conocimiento básico adquirido a través de su experiencia laboral y bajo para los 5 profesionales que no recibieron ningún tipo de capacitación. Concluimos que el perfil del personal de salud del servicio gineco-obstétrico no es el adecuado, pues un buen número de profesionales no reúne ciertas habilidades que la Norma técnica del parto con adecuación intercultural exige.

Aunque todo el personal de salud del servicio gineco-obstétrico del Hospital reconoce que el factor cultural es un determinante de la mortalidad materna, el conocimiento que tienen sobre un parto saludable y seguro con enfoque intercultural está muy dividido, pues difiere entre los profesionales que han sido capacitados y el grupo que no; mientras el primer grupo identifica la confianza, información, lugar aséptico, tolerancia y adecuación a sus costumbres como elementos importantes en un parto saludable y seguro; el segundo reduce su concepto solo a un ambiente intrahospitalario.

Además, los profesionales que no tienen conocimientos sobre la atención del parto vertical, consideran esta manera de dar a luz como “riesgosa”. Manifiestan que no sería factible mantener la calidad del servicio si se atiende un parto intercultural, porque no reúne las condiciones necesarias de salubridad y seguridad.

Respecto a lo anterior podemos decir que si es posible mantener la calidad del servicio y ofrecer a la gestante un parto sin riesgos, si es que se pone en práctica lo estipulado por la Norma técnica y complementando ambos enfoques: el biomédico y el tradicional. Asimismo algunos profesionales entrevistados reconocen que es necesario cambiar de actitud, en el sentido de darle más apertura a la cultura de las gestantes, que haga en verdad reconocerlas como iguales.

2. Segunda pregunta de investigación: ¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así éstas asistan al Hospital General de Jaén?.

- a. Variable N° 01: Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.

Al respecto se ha contemplado el siguiente indicador: Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud.

Según los resultados obtenidos la satisfacción de las mujeres gestantes sobre el servicio brindado por el personal de salud del Hospital General de Jaén tiene una valoración en un grado intermedio, es decir, se encuentran parcialmente satisfechas respecto al servicio brindado por el Hospital, reconociendo que el servicio tiene limitaciones.

El valorar de forma intermedia el servicio se debe prioritariamente a la no presencia de un familiar al momento del parto, la poca calidez en el trato y el no darles la opción de tener un parto según sus costumbres. Las gestantes se sienten muy vulnerables al momento del parto y consideran necesario ser acompañadas y protegidas especialmente por sus familiares.

- b. Variable N° 02: Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.

El indicador empleado es: Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. Los hallazgos arrojan que 27 de 50 entrevistadas acuden a la posta de su comunidad, por motivos de cercanía y comodidad, además que en la posta de salud ellas pueden dar a luz como mejor les convenga.

El nivel de utilización de los servicios de salud corresponde a un nivel intermedio, pues se halló que las gestantes si tienen algún conocimiento de los riesgos de no acudir a un establecimiento de salud, se encontró además que la mayoría de las entrevistadas prefiere la cercanía y comodidad que les brinda la Posta. Estas aseveraciones nos dan a entender que los conceptos de interculturalidad si son necesarios e importantes en el proceso de atención a las gestantes. Asimismo, la principal razón por que las mujeres acuden a dar a luz al Hospital General de Jaén como beneficiarias del SIS es porque se presentaron complicaciones en el parto, pues la intención de estas era dar a luz en su comunidad, evidenciando la necesidad de cercanía y respeto hacia las usuarias y sus costumbres.

- c. Variable N° 03: Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.

Se empleó el indicador: Grado de identificación de las gestantes con sus costumbres al momento del parto. Los hallazgos arrojaron que 20 entrevistadas poseen un alto grado de identificación con sus costumbres, lo cual requiere del respeto y tolerancia del personal de salud. Asimismo 6 de 50 entrevistadas poseen un grado medio de identificación, pues si bien aceptan el parto vertical y su cultura, a su vez están abiertas a los procesos biomédicos por seguridad suya y la del recién nacido. Por último 24 entrevistadas demostraron tener un bajo grado de identificación con sus costumbres, aducen que ese tipo de parto es muy antiguo y no consideran practicarlo, prefiriendo el parto ginecológico

Estos grados distintos de identificación, se explicarían en cierta medida por un tema generacional, pues las gestantes de menor edad acuden a la posta de su comunidad, mientras las más adultas prefieren aun a la partera. Nos permiten concluir que se hace necesaria la decisión del personal de salud para adecuar su proceso de atención del parto hacia dos formas: la atención del parto biomédico y

la atención del parto con enfoque intercultural. Se evidencia la necesidad de lograr satisfacción en la atención recibida no solo de las gestantes que optan por un parto biomédico sino también por aquellas que optan por un parto tradicional, la adecuación de los servicios y sobre todo la adecuación en la atención resulta vital para lograr el respeto a las costumbres y acercarlas más al Hospital.

- d. Variable N° 04: Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas.

Se empleó el indicador: Nivel de disponibilidad para la implementación de la atención con enfoque intercultural por parte del personal de salud. Se pudo apreciar la poca decisión de algunos miembros del personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural, demostrando que no están tomando en cuenta la cultura de la gestante al momento de atenderla, evidenciando así la falta de sensibilización de algunos profesionales respecto a temas interculturales.

Se halló que existen varios profesionales que no respetan las costumbres de la gestante al momento del parto, aduciendo que no lo atienden porque desde los controles orientan a la gestante hacia el parto ginecológico y además este es muy raramente solicitado. A su vez, algunos entrevistados indicaron que si están dispuestos a atenderlas según sus costumbres, pero el Hospital no brinda lo necesario tanto en infraestructura y capacitación para llevarlo a cabo.

Nuestros hallazgos ubican a 8 profesionales con un nivel intermedio de disponibilidad para implementar el parto con enfoque intercultural, estos señalan que están capacitados y dispuestos a implementar el parto vertical en el servicio, pero solo uno de ellos reconoció que para eso es necesario un cambio de actitud y el ofrecer opciones a las gestantes para el momento del parto, siendo ese el motivo por el cual no consideramos ubicarlos en un nivel alto de disponibilidad.

Asimismo, 7 de 15 profesionales se ubicaron en un bajo nivel de disponibilidad para la implementación del parto con enfoque intercultural, ellos no fueron capacitados en temas interculturales y consideran que el parto vertical tiene muchas desventajas. Podemos decir que no todos los profesionales que laboran en el servicio gineco-obstétrico tienen la iniciativa de respetar la cultura de las gestantes, por ese motivo, urge sensibilizar al personal de salud en su conjunto.

3. Tercera pregunta de investigación: ¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?

- a. Variable N° 01: Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS.

Se empleó el indicador: Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS. La información recogida de la investigación es que la mayoría de gestantes conocen sus derechos como beneficiarias del SIS, pero en forma parcial y errónea, también sucede en varios casos que el personal de salud no les informa acerca de sus beneficios y solo se limita a afiliarlas, accionar que crea en las gestantes un total desconocimiento de lo que representa el SIS y que beneficios les otorga.

El manejo de la información errónea comienza desde el momento en el cual se afilian al SIS, pues el personal encargado les brinda información carente de veracidad, por ejemplo, les indican que no van a hacer ningún pago en lo absoluto, cuando la verdadera situación hallada en la investigación, es que las gestante y sus familiares realizan varios pagos, incluso algunos que según la Cartilla de derechos del asegurado, no deberían hacer.

Según este contexto, el nivel de satisfacción de las gestantes respecto al servicio recibido a través del SIS es muy bajo y no cumplió con sus expectativas, esto debido a que ellas no percibieron algún beneficio monetario tal como se les prometió al momento de afiliarlas, pues los montos pagados por la atención son muy altos, motivo por el cual según señalan prefieren acudir a otros establecimientos de salud o quedarse en su domicilio para el momento del parto.

Por otro lado, aunque según el SIS la cobertura del seguro para las gestantes es total, los hallazgos del estudio demuestran que los beneficios que señala el SIS no son otorgados a las gestantes en su mayoría. Se encontró que, los medicamentos cubiertos por el seguro y efectivamente brindados a las gestantes son muy pocos pues sus familiares tienen que cubrir ecografías, análisis y medicamentos.

Esto se explicaría porque existe una reducida asignación de medicamentos a las gestantes, sumada a la insuficiente logística del Hospital. No obstante, el SIS en sus reportes señala una cobertura total en dotación de medicamentos, se constató

que estos se agotan antes de la quincena de mes, dejando sin medicamentos a aquellas que vienen después, generando la insatisfacción de las beneficiarias.

- b. Variable N° 02: Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén.

Se empleó el indicador: Grado de valoración del personal de salud, respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes. Según lo encontrado; el personal de salud posee un alto grado de valoración respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes, esto nos demuestra que el personal de salud reconoce que la cobertura del SIS en las mujeres gestantes es muy importante, básicamente por la situación de pobreza y vulnerabilidad por la que atraviesan estas mujeres, consideran que son motivos más suficientes para que sean merecedoras del seguro.

A su vez, se halló que entre los profesionales no se maneja la misma información respecto a los beneficios que el SIS realmente otorga a las gestantes. Esto en el sentido que casi la mitad de los entrevistados considera que la cobertura económica que se les otorga a las gestantes es bastante, desconociendo si aquellos beneficios en verdad satisfacen las necesidades y expectativas de las gestantes.

- c. Variable N° 3: Percepción y visión del personal sobre “la salud como un derecho” de las mujeres gestantes.

Se empleó el indicador: Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. Según lo hallado, un buen número de entrevistados considera que las gestantes conocen su derecho a acceder al SIS, pero están mal informadas acerca de los beneficios. el desconocer los beneficios del SIS, produce además que algunas gestantes distorsionen el concepto del derecho a estar afiliada.

Según lo hallado, el personal de salud posee un grado de valoración intermedio respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes. Los profesionales reconocen la salud como un derecho de las beneficiarias del SIS, pero existen aspectos que impiden el total reconocimiento de esta. Uno de ellos es la información equivocada que manejan las gestantes acerca de sus beneficios, que en muchas oportunidades genera desencuentros con el personal de salud.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

1. Acerca del nivel de implementación del Hospital General de Jaén para ofrecer una atención intercultural a las gestantes beneficiarias del SIS.
 - a. No solo se hace visible la necesidad de una infraestructura, equipos y materiales necesarios para brindar una atención del parto con adecuación intercultural. También se hace necesario adecuar un ambiente más acogedor y cercano a la realidad de aquellas gestantes beneficiarias del SIS, que acuden al Hospital General de Jaén en busca de un parto que respete sus costumbres, y que a su vez responda a la necesidad de calor y abrigo en el que se desenvuelve el parto con enfoque intercultural.

Consideramos que el equipo técnico del Hospital debe tomar en cuenta el enfoque intercultural en la construcción de la nueva infraestructura del Hospital, con el fin que los ambientes puedan considerar la complementariedad de los dos enfoques: el biomédico y el tradicional. Cabe señalar que ambos podrían ser implementados juntos o en ambientes separados, todo ello con el único objetivo de satisfacer las necesidades de las gestantes que acuden al servicio, y así contribuir al parto humanizado (también llamado "respetado"). Esto implica un cambio de mentalidad en el cuerpo médico y obstetras del servicio gineco-obstétrico, es un cambio de paradigma pues implica respetar la humanidad y cultura de la gestante.

- b. Es necesario implementar un programa de capacitación permanente no solo por parte de la DISA-Jaén, sino también por parte del Hospital como entidad autónoma en coordinación con el SIS, pues es función de este el coordinar actividades de capacitación para los profesionales. Dicho programa de capacitación debe permitir no solo adquirir conocimientos, sino desarrollar capacidades y competencias, que permita dotar con herramientas al personal de salud, para que brinde una atención del parto con enfoque intercultural en favor de la gestante y el niño por nacer.

El programa también debe considerar espacios de distensión para los trabajadores, es decir, incluir terapias para controlar sus emociones, con la finalidad de que desarrollen destrezas de manejo y control sobre ellas. El

programa debe considerar además espacios de fortalecimiento de vínculos entre personal de salud y parteras, siendo estas últimas personas que gozan de credibilidad y respeto en su comunidad. Finalmente se debe crear un plan de monitoreo para hacer seguimiento a este programa, con indicadores que ayuden a evaluar y hacer los reajustes necesarios.

- c. Se requiere que el personal de salud tenga conocimiento de las costumbres de la zona del distrito de Jaén y comunidades aledañas, especialmente aquellas referidas con el momento de dar a luz, con el fin de mejorar la eficiencia en el trato y el proceso de atención del parto. Existen diversas razones para ello, una de ellas y la más importante es lograr que la gestante acuda al Hospital General de Jaén para el momento del parto, evitando así los riesgos que pueden desembocar en una muerte materna.

En este sentido, consideramos importante la programación de talleres de capacitación orientados al conocimiento de la cultura y costumbres de la zona. Pues es sabido que el personal que labora en el servicio gineco- obstétrico del Hospital es en su mayoría foráneo, es decir provienen de otras regiones del país, principalmente de la costa y no conocen las costumbres de la zona.

El SIS, por su parte, como institución que promueve el ofrecimiento de coberturas de riesgo en salud a sus afiliados, tiene la obligación de adecuarse a la realidad de la zona donde se encuentra el establecimiento de salud, en este caso el Hospital General de Jaén.

El impacto de la aplicación de estos talleres impulsados por el Hospital con el apoyo del SIS, se verá tanto en el personal de salud como en las gestantes beneficiarias del SIS. En los primeros porque al conocer las costumbres de la zona, respecto al parto tradicional, tendrán mayor iniciativa para atender este tipo de parto y sumado a una infraestructura adecuada tendrán la posibilidad de atenderlo sin inconvenientes y sin generan un conflicto entre culturas. Por otro lado, el impacto en las gestantes se verá reflejado en la satisfacción por el servicio recibido y el consecuente acercamiento de estas al Hospital.

- d. El Hospital General de Jaén no solo debe capacitar a su personal, estrategia que da sus frutos pues mejora en desempeño profesional; sino también debe establecer pasantías a otros hospitales en los cuales se atiende el parto con

enfoque intercultural. Donde a partir de la experiencia entre pares, puedan descubrir las ventajas de ofrecer un servicio que satisface a las demandantes y así se involucren en la implementación del mismo en su institución.

2. Acerca del respeto de los usos y costumbres de las mujeres gestantes, al momento del parto, por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.
 - a. Podemos decir que frente a la insatisfacción en la atención, es necesario que el servicio gineco-obstétrico del Hospital mejore a la par en estándares de calidad y calidez. Por ese motivo consideramos que se debe crear el área de “calidad” en el Hospital, el cual se encargue de registrar información sobre la necesidad insatisfecha en el proceso de atención brindado a las gestantes.
 - b. Se recomienda establecer parámetros que normen la atención intercultural en el momento del parto. Estos deben ser establecidos por el Hospital General de Jaén, quienes podrían instaurar un “manual de atención al asegurado haciendo uso de un enfoque intercultural”.

Este documento contendría información clara y precisa acerca de cómo poner en práctica el enfoque intercultural en la atención a las gestantes beneficiarias del SIS. El documento estaría basado en la Norma técnica de atención del parto con adecuación intercultural, conteniendo acápites orientados a cambios de actitud en el personal de salud, que les permitan valorar la cultura de los demás y no verlos como inferiores.

Asimismo, incluiría pautas acerca de cómo el personal de salud puede reforzar sus competencias, respecto al trato que debe recibir una gestante beneficiaria del SIS cuando esta solicita un parto con adecuación intercultural. Promoviendo de esta manera un cambio en la actitud del personal de salud, asumiendo un rol no solo técnico, sino también humano que este abierto a educar a las gestantes y permita a la vez ser educado por ellas.

3. Respeto de las perspectivas del personal de salud del Hospital General de Jaén y de las mujeres gestantes, sobre los beneficios del SIS como deberes y derechos.
 - a. Se recomienda sensibilizar a las gestantes beneficiarias del SIS, en temas relacionados con sus deberes y derechos. Esto a través de la ejecución de actividades “extra mural”, llevadas a cabo por el Hospital General de Jaén con la participación del personal de salud. Estas actividades en la actualidad si son contempladas como actividades reembolsables (financiadas) por el SIS. Dado que cada vez más se hace visible la necesidad de reorientar los servicios de salud materna, de modo que estos sean más accesibles, en el sentido de la información que se brinda a las gestantes.
 - b. Consideramos factible que el personal de salud también sea sensibilizado respecto al tema de derechos de las gestantes, al considerarlo un actor vital pues será el encargado de transmitir a la gestante la información con el fin de informarla.
 - c. Se debe implementar un programa de información y comunicación que acerque a las gestantes y su familia hacia los servicios ofertados por el SIS. Se precisa diseñar un módulo de información para el familiar, con el objetivo que sepa qué hacer cuando su gestante acude al Hospital para dar a luz, que le permita ahorrar tiempo y aprovechar su estancia en el Hospital.
 - d. Se debe crear y difundir los mecanismos de canalización de demandas de las beneficiarias del SIS atendidas por el Hospital General de Jaén. Entre estos mecanismos tenemos la ubicación del libro de reclamaciones en un lugar accesible y visible tanto para ellas como para sus familiares.
 - e. Se recomienda sensibilizar al personal de salud, especialmente a aquellos que son los encargados de afiliar a las gestantes al SIS, esto en el sentido que se evidencia una total desinformación respecto a la información que manejan las beneficiarias. Consideramos que la sensibilización al personal de salud debe captar los puntos tratados en la Cartilla de derechos del asegurado al SIS, pues ahí se detallan todos y cada uno de los derechos con los que cuenta el

asegurado, con el fin de evitar brindar una información que no se ajuste a la realidad.

- f. Se hace necesaria la revisión de los lineamientos de política institucional del SIS, en donde señala como línea de acción “ser financiadores confiables y oportunos”, tema que no se está cumpliendo en la realidad. En ese sentido urge una reestructuración que implique dimensionar la verdadera realidad del Hospital General de Jaén, con el objetivo de prever en materia presupuestal los gastos tanto en medicamentos (en el sentido de reintegrar oportunamente las transferencias a los establecimientos de salud). Así como también mejorar los estándares de calidad para los servicios, que permitan un mejor registro de las prestaciones y que se garantice calidad y oportunidad en las mismas.
- g. Se hace necesaria la asignación de un mayor presupuesto asignado por el MEF hacia la entidad prestadora de servicios de salud (Hospital General de Jaén). Porque para cumplir con las coberturas de riesgos en salud que realiza el SIS, es necesario que el Hospital General de Jaén tenga un mayor presupuesto, pues conforme se van aumentando las afiliaciones se necesita más recursos para poder atenderlos y cumplir con lo estipulado por el SIS, que es proteger la salud de los más pobres.
- h. Aunque es necesario hacer correcciones en la demora en la atención y gratuidad, urge considerar opciones en la modalidad de dar a luz, pero sobre todo las mejoras deben girar en torno a la calidez en el trato a la gestante. Para ello es necesario diseñar un “modelo de atención”, que parta de un diagnóstico y durante todo el proceso se tome en cuenta la participación de las gestantes. Este modelo debe contemplar elementos como: lenguaje apropiado, espacios de información, participación del familiar, posición, infraestructura, equipos, mobiliario, entre otros. Este modelo de atención será favorable para que la gestante lleve un adecuado proceso de parto, pues se le estará proporcionando herramientas para controlar el espacio donde se encuentra y así sentirse segura y protagonista de traer vida.

ANEXO 01

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN – CATEGORÍAS

Categoría: "Conocimiento del personal de salud sobre la atención de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural	Alto nivel de conocimiento del personal de salud sobre la atención de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural.	Involucra al personal de salud que demuestra tener competencias adecuadas respecto a la conservación de la salud y el riesgo al que está expuesta la gestante durante la atención del parto con enfoque intercultural.
	Nivel medio de conocimiento del personal de salud sobre la atención de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural.	Involucra al personal de salud que si bien no demuestra conocimientos óptimos en el tema, posee algunos conocimientos que le permiten reconocer la importancia de conservar la salud de la gestante y reducir los riesgos durante la atención del parto con enfoque intercultural.
	Bajo nivel de conocimiento del personal de salud sobre el desarrollo de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural.	Involucra al personal de salud que no posee ningún conocimiento acerca de cómo manejar el riesgo y conservar la salud de la gestante durante la atención del parto con enfoque intercultural.

Categoría: "Apreciaciones de las gestantes respecto al servicio recibido".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa)	Alto grado de satisfacción de las gestantes respecto al servicio recibido	Significa que el servicio cumplió con las expectativas de las gestantes, sintiéndose satisfechas con la atención, además tienen una apreciación positiva del servicio.
	Grado medio de satisfacción de las gestantes respecto al servicio recibido	Significa que el servicio no cumplió del todo con las expectativas de las gestantes, no se sienten satisfechas y tienen una apreciación regular respecto al servicio. Hubo aspectos que no las satisficieron.
	Bajo grado de satisfacción de las gestantes respecto al servicio recibido	Significa que el servicio no cumplió con las expectativas de las gestantes, existiendo una completa insatisfacción, además tienen una apreciación negativa respecto al servicio.

Categoría: "Uso de los servicios de salud por parte de las gestantes".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes (escala cualitativa).	Alto nivel de uso de los servicios de salud por parte de las gestantes	Consiste en el alto uso de los servicios de salud por parte de aquellas gestantes que están conscientes de los riesgos a los que están expuestas. Prefieren acudir al Hospital para evitar cualquier complicación.
	Nivel medio de uso de los servicios de salud por parte de las gestantes	Consiste en el nivel intermedio de utilización de los servicios de salud por parte de las gestantes, tienen algún conocimiento de los riesgos a los que están expuestas y acuden al establecimiento de salud de su comunidad.
	Bajo nivel de uso de los servicios de salud por parte de las gestantes	Consiste en el bajo nivel de utilización de los servicios de salud por parte de aquellas gestantes que desconocen los riesgos a los que están expuestas y acuden a otros establecimientos en vez de acudir a un establecimiento de salud.

Categoría: "Identificación con sus costumbres al momento del parto".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto (escala cualitativa)	Alto grado de identificación de las gestantes con sus costumbres al momento del parto	Significa que la gestante se encuentra altamente compenetrada con sus costumbres y cultura al momento del parto, son gestantes que están muy aferradas a procedimientos ancestrales.
	Grado intermedio de identificación de las gestantes con sus costumbres al momento del parto	Significa que la gestante se encuentra medianamente compenetrada con sus costumbres y cultura al momento del parto, son gestantes que aceptan su cultura y costumbres pero que por diversos motivos están abiertas a los procedimientos biomédicos.
	Bajo grado de identificación de las gestantes con sus costumbres al momento del parto	Significa que la gestante no se encuentra compenetrada con sus costumbres y cultura al momento del parto, corresponde a aquellas que prefieren el desarrollo del parto con enfoque biomédico.

Categoría: "Disponibilidad para la implementación del parto intercultural".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Nivel de disponibilidad para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud (escala cualitativa).	Alto nivel de disponibilidad para la implementación del parto intercultural.	Significa la alta disposición que posee el personal de salud para implementar la atención del parto intercultural.
	Nivel medio de disponibilidad para la implementación del parto intercultural.	Significa la mediana disposición que posee el personal de salud para implementar la atención del parto intercultural.
	Bajo nivel de disponibilidad para la implementación del parto intercultural.	Significa la poca y casi nula disposición que posee el personal de salud para implementar la atención del parto intercultural.

Categoría: "Satisfacción hacia el SIS por parte de las gestantes".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Nivel de satisfacción de las mujeres gestantes respecto al SIS (escala cualitativa)	Alto nivel de satisfacción de las gestantes respecto al SIS	Significa que las gestantes se encuentran satisfechas respecto al servicio brindado por el SIS, cumpliendo por completo sus expectativas.
	Nivel medio de satisfacción de las gestantes respecto al SIS	Significa que las gestantes se encuentran parcialmente satisfechas respecto al servicio brindado por el SIS, sus expectativas fueron cubiertas solo parcialmente.
	Bajo nivel de satisfacción de las gestantes respecto al SIS	Significa que las gestantes no se encuentran satisfechas ni conformes respecto al servicio brindado por el SIS, el servicio no cumplió sus expectativas.

Categoría: "Apreciaciones del personal de salud respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Grado de valoración del personal de salud respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes	Alto grado de valoración del personal de salud hacia la cobertura del SIS en mujeres gestantes.	El personal de salud reconoce la importancia de la atención del SIS para las mujeres gestantes, tanto en cobertura como en posteriores beneficios.
	Mediano grado de valoración del personal de salud hacia la cobertura del SIS en mujeres gestantes.	El personal de salud reconoce de forma parcial la importancia de la atención del SIS para las mujeres gestantes, tanto en cobertura como en posteriores beneficios.
	Bajo grado de valoración del personal de salud hacia la cobertura del SIS en mujeres gestantes.	El personal de salud no reconoce la importancia de la atención del SIS para las mujeres gestantes, tanto en cobertura como en posteriores beneficios.

Categoría: "Apreciaciones del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes".		
Indicador	Sub categorías	Definición Operacional
Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS	Alto grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes	Significa una alta valoración del personal hacia la salud de las mujeres gestantes, reconociéndola sin dudas como un derecho que ellas tienen.
	Mediano grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes	Significa una valoración intermedia del personal hacia la salud de las mujeres gestantes, reconociéndola parcialmente (no del todo) como un derecho que ellas tienen. Existiendo aspectos que impiden reconocerla como tal.
	Bajo grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes	Significa una poca valoración del personal hacia la salud de las mujeres gestantes, no reconociéndola como un derecho que ellas tienen.

ANEXO 02
TABLA COLUMNA VERTEBRAL

Preguntas de investigación	Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuentes	Técnicas de recolección
<p>El servicio brindado no se adecua a las condiciones de calidad necesarias</p> <p>¿El Hospital General de Jaén a través del Seguro Integral de Salud cuenta con la implementación esencial para ofrecer una atención intercultural a las gestantes que permita desarrollar un parto saludable y seguro?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de ambientes implementados para la atención del parto con enfoque intercultural en el Hospital General de Jaén. 	<ul style="list-style-type: none"> Infraestructura del servicio gineco-obstétrico para una atención del parto con adecuación intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio gineco-obstétrico del Hospital General de Jaén. Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. (fuente secundaria) 	<ul style="list-style-type: none"> Observación participante Revisión documental
		<ul style="list-style-type: none"> Tipo de equipos, materiales y mobiliario, utilizados para una atención del parto con enfoque intercultural, por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipos, materiales y mobiliario presentes en el servicio gineco-obstétrico para una atención del parto con adecuación intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. (fuente secundaria) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental Observación participante
	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. (en tanto sujetos capacitados) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico.(en tanto informantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada Observación participante
			<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitación anual - 2012 Estrategia Salud Sexual y Reproductiva de la DISA - Jaén. (fuente secundaria) 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de capacitaciones sobre atención del parto con adecuación intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión documental
	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. (en tanto informantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada. Observación participante

<p>Los usos y costumbres de las mujeres gestantes no son tomados en cuenta</p> <p>¿El personal de salud tiene la voluntad o iniciativa para respetar los usos y costumbres de las mujeres gestantes al momento del parto y así éstas asistan al Hospital General de Jaén?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) Familia de la mujer gestante. Libro de reclamaciones del HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Talleres con metodología popular para adulto. Observación participante. Revisión documental
	<ul style="list-style-type: none"> Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) Familia de la mujer gestante. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Talleres con metodología popular para adulto.
	<ul style="list-style-type: none"> Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Costumbres y tradiciones de las gestantes del distrito de Jaén en el momento del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) Familia de la mujer gestante. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Talleres con metodología popular para adulto. Observación participante
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de disponibilidad para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. (en tanto informantes) Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. (fuente secundaria) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada Revisión documental Observación participante
			<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Observación participante

<p>SIS no es asumido como un derecho y una responsabilidad</p> <p>¿Los beneficios que brinda el Seguro Integral de Salud son vistos como derechos y responsabilidades tanto por las mujeres gestantes como por el personal de salud respectivamente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) Cartilla derechos del asegurado al Seguro Integral de Salud (SIS). 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Revisión documental. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de satisfacción de las mujeres gestantes respecto al SIS. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes beneficiarias del SIS que acuden al HGJ. (en tanto informantes) Familia de la mujer gestante. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista no estructurada o abierta. Talleres con metodología popular para adulto.
	<ul style="list-style-type: none"> Percepción y visión del personal sobre "la salud como un derecho" de las mujeres gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Grado de valoración, del personal de salud, respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. (en tanto informantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada
	<ul style="list-style-type: none"> Percepción y visión del personal sobre "la salud como un derecho" de las mujeres gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. (escala cualitativa) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud del HGJ encargado del servicio gineco-obstétrico. (en tanto informantes) Módulo 7: Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada Revisión documental

ANEXO 03

GUÍAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

MATRIZ DE GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA; DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD: MÉDICOS Y OBSTETRAS DEL SERVICIO GÍNECO-OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

Preguntas/items	Variables	Indicadores
¿Usted, ha sido capacitado en la atención del parto con adecuación intercultural? ¿Cuándo?	Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén.	Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural.
¿Qué conocimiento tiene de la norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural? ¿Puede usted señalar dos características de un parto saludable y seguro con enfoque intercultural? ¿Cuál es su opinión sobre el impacto de factores culturales en las muertes maternas? ¿Este influye en las muertes maternas? ¿De qué manera la formación recibida le ha habilitado para ofrecer a una gestante una atención de su parto con adecuación intercultural?	Conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural.	Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural. (escala cualitativa)
¿Qué concepciones personales tiene sobre la atención del parto con adecuación intercultural? ¿Cómo se manifiesta su cultura de las gestantes al momento que usted les atiende el parto? Y qué opinión le merecen? ¿Qué opinión le merece cuando la gestante manifiesta que ha recibido maltrato durante su permanencia en el servicio gineco-obstétrico? ¿Cuándo Usted atiende un parto respeta las manifestaciones culturales que la gestante tenga al momento del mismo? ¿Elabora plan de parto con la gestante que atiende? En que consiste.	Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas.	Nivel de implementación de la atención con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa)

<p>¿Cree usted que las gestantes deben ser un grupo poblacional beneficiario del SIS? Por qué?</p> <p>¿La cobertura económica del SIS en la atención del parto es:</p> <p>Total Bastante Algo Muy poco Nada</p> <p>¿Cuál cree que es la mayor dificultad para lograr las coberturas de afiliación al SIS?</p>	<p>Perspectivas sobre la cobertura del SIS por parte del personal de salud en el distrito de Jaén.</p>	<p>Grado de valoración, del personal de salud, respecto a la cobertura del SIS en mujeres gestantes. (escala cualitativa)</p>
<p>¿Qué percepción tiene sobre el conocimiento de las mujeres gestantes acerca de sus derechos y su actitud hacia ellos?</p> <p>¿Cuál es su opinión respecto al Seguro Integral de Salud para las mujeres gestantes?</p> <p>¿Cuál es el obstáculo más importante para lograr que las mujeres gestantes utilicen los servicios ofertados de salud?</p> <p>¿Cree usted que le brinda la información suficiente a la gestante en el momento que ella viene a dar a luz, respecto a procedimientos, derechos y obligaciones?</p>	<p>Percepción y visión del personal sobre “la salud como un derecho” de las mujeres gestantes.</p>	<p>Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS. (escala cualitativa)</p>

MATRIZ DE GUÍA DE LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA; DIRIGIDA A LAS MUJERES GESTANTES BENEFICIARIAS DEL SIS

Preguntas/items	Variables	Indicadores
<p>¿Cómo le gustaría ser atendida?</p> <p>¿Qué es lo que más le ha gustado cuando le han atendido?</p> <p>Si tuviera que darle un puntaje a la atención recibida, teniendo en cuenta su satisfacción, cuanto le daría sabiendo que:</p> <p>1 = muy mala 2 = mala 3 = regular 4 = buena 5 = muy buena</p>	<p>Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.</p>	<p>Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud (escala cualitativa).</p>
<p>¿Cuándo usted se siente mal de salud, acude al Hospital General de Jaén?</p> <p>¿Cuáles son las razones por las que vino a atenderse durante su parto en el Hospital General de Jaén?</p> <p>¿Por qué cree usted que otras mujeres gestantes no vienen a dar a luz a este hospital?</p>	<p>Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.</p>	<p>Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes (escala cualitativa).</p>
<p>- Compártanos sus costumbres al momento del parto</p> <p>- Sus costumbres al momento de dar a luz son:</p> <p>A. Totalmente importantes B. Bastante importantes C. Algo importantes D. Muy poco importantes E. Nada importantes</p> <p>¿Cómo atienden un parto en tu comunidad? y qué opina de ello?</p>	<p>Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto</p>	<p>Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto (escala cualitativa).</p>
<p>¿Cree Usted que el personal de salud respetó sus costumbres al momento de su parto?</p> <p>¿Cómo nota usted que el personal de salud respeta sus costumbres?</p> <p>¿Qué cree que piensa el personal de salud en relación a sus costumbres?</p>	<p>Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas</p>	<p>Nivel de implementación de la atención con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa)</p>

¿Ha sido informada sobre sus derechos como gestante beneficiaria del SIS?	Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS	Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS
<p>¿Usted está inscrita en el SIS?</p> <p>¿Cuál cree usted es la principal razón para que una mujer gestante no están afiliadas al SIS?</p> <p>¿Ha tenido problemas para inscribirse en el SIS? ¿Cuál?</p> <p>Si tuviera que escoger en una clínica, el Hospital o su casa para dar a luz ¿cuál escogería? ¿Por qué?</p>	Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.	Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes (escala cualitativa).

. TENEBA

MATRIZ DE GUÍA DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL

Pregunta/items	Variables	Indicadores
Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. (fuente secundaria)	Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.	Número de ambientes implementados para la atención del parto con enfoque intercultural en el Hospital general de Jaén.
Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural. (fuente secundaria)	Disponibilidad de infraestructura, materiales y mobiliario, que permita brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventado por el SIS.	Tipo de equipos, materiales y mobiliario, utilizados para una atención del parto con enfoque intercultural, por parte del personal de salud en el Hospital general de Jaén.
Plan de capacitación anual -2012 Estrategia Salud Sexual y Reproductiva de la DISA - Jaén. (fuente secundaria)	Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén	Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural.
Libro de reclamaciones del HGJ.	Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.	Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa).
Norma técnica nacional sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural (fuente secundaria).	Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas	Nivel de implementación de la atención con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa)
Resolución Jefatural N° 038 -2008/SIS, que aprueba la Cartilla de derechos de los asegurados al SIS.	Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS	Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS
Modelo de Intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobado con R.M. N° 223 - 2009/MINSA, del 6 de abril de 2009.	Percepción y visión del personal sobre "la salud como un derecho" de las mujeres gestantes.	Grado de valoración del personal respecto a la salud como un derecho de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS.

MATRIZ DE GUÍA DE LOS TALLERES CON METODOLOGÍA POPULAR PARA ADULTO; DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DE LAS GESTANTES

Preguntas	Variables	Indicadores
<p>¿Qué opinión le merece la atención que ha recibido su familiar al momento de su parto? Si tuviera que darle un puntaje a la atención recibida, teniendo en cuenta sus satisfacción, cuanto le daría sabiendo que: 1 = muy mala 2 = mala 3 = regular 4 = buena 5 = muy buena ¿Por qué ese número? ¿Conoce alguna mujer gestante que ha tenido su parto en el HGJ? Qué experiencia tuvo?</p>	Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS sobre el servicio brindado por el personal de salud.	Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa).
<p>Si su familiar gestante se siente mal a dónde acude? Cuál es la razón por la que acude al HGJ? Cuál es la razón por la que no acude al HGJ?</p>	Utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.	Nivel de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes. (escala cualitativa)
<p>¿Qué costumbres tienen al momento del parto? ¿En qué medida son importantes para usted? ¿En qué medida el personal de salud del HGJ respeta esas costumbres?</p>	Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.	Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto. (escala cualitativa).
<p>¿Le han informado que procedimiento médico u obstétrico le han realizado a su familiar gestante? ¿Le han informado sus derechos y deberes que tiene su familiar gestante? ¿Le han informado cuáles son sus derechos y deberes como acompañante de la paciente? ¿En sus controles le informaron que hacer cuando comiencen los dolores del parto? ¿Sabe cuál es el recorrido que tiene una mujer gestante cuando ingresa al HGJ? ¿Cuánto ha gastado aproximadamente en exámenes auxiliares y medicamentos?</p>	Satisfacción de las gestantes respecto a los servicios y beneficios que ofrece el SIS	Número de mujeres gestantes conocedoras de sus derechos como beneficiarias del SIS

MATRIZ GUÍA DE LA OBSERVACIÓN

Preguntas	Variables	Indicadores
En una visita de reconocimiento del lugar ver número de ambientes implementados	Disponibilidad de infraestructura y dotación de equipo gineco-obstétrico para brindar el servicio de atención del parto con enfoque intercultural solventados por el SIS	Número de ambientes implementados para la atención del parto con enfoque intercultural.
Observar posturas, gestos, tics coherentes con lo que está expresando a través del lenguaje hablado.	Satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud.	Grado de satisfacción de las mujeres gestantes beneficiarias del SIS respecto al servicio brindado por el personal de salud. (escala cualitativa)
Observar posturas, gestos, tics coherentes con lo que está expresando a través del lenguaje hablado.	Disponibilidad del personal de salud para la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural que responda al encuentro de dos culturas	Nivel de implementación de la atención con enfoque intercultural por parte del personal de salud. (escala cualitativa)
Observar posturas, gestos, tics coherentes con lo que está expresando a través del lenguaje hablado.	Acceso a capacitación sobre la atención del parto con enfoque intercultural por parte del personal de salud del Hospital General de Jaén	Número de personal de salud del Hospital General de Jaén capacitado en la atención del parto con enfoque intercultural.
Observar posturas, gestos, tics coherentes con lo que está expresando a través del lenguaje hablado.	Conocimiento sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural por parte del personal de salud	Nivel de conocimiento del personal de salud sobre el sentido de desarrollar un parto saludable y seguro con enfoque intercultural. (escala cualitativa)
Observar posturas, gestos, tics coherentes con lo que está expresando a través del lenguaje hablado.	Identificación con sus costumbres por parte de las mujeres gestantes al momento del parto.	Grado de identificación de las mujeres gestantes con sus costumbres al momento del parto (escala cualitativa).

ANEXO 04

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Entrevistas realizadas a las mujeres gestantes en el Hospital General de Jaén



Lic. Sonia Pastor realizando las entrevistas a las mujeres gestantes



Eco. Isabel Catacora registrando las respuestas obtenidas en la entrevista

Realización de talleres dirigidos a los familiares de las mujeres gestantes



Ambientación del lugar según técnica de los girasoles



Lic. Sonia Pastor dirigiendo el primer taller con participación de los familiares de las mujeres gestantes

BIBLIOGRAFÍA

BENAVIDES, Bruno

- 2005 "¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balance y desafíos". Proyecto 2000. Lima. Pág.2 Consulta: 27 de marzo 2011 <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5382.pdf>

BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS)

- 2012 "Glosario de calidad en salud". Argentina. Pág.1 Consulta: 30 de junio de 2013 <http://www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf>

CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO

- S/F Consulta: 08 de diciembre de 2012.
<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>.

DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD JAÉN (DISA-JAÉN)

- 2011 Taller: "Adecuación cultural y parto vertical: Estrategia que mejora el acceso de las gestantes a los servicios de salud". Estrategia de salud sexual y reproductiva. Jaén.

DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD JAÉN (DISA-JAÉN)

- 2012 "Plan de capacitación anual 2012". Estrategia de salud sexual y reproductiva. Jaén.

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD (DISA-JAÉN)

- 2013 "Plan de acción para la prevención de la mortalidad materno-perinatal y neonatal en la redes y micro redes del ámbito de la Dirección Subregional de Salud Jaén, departamento de Cajamarca". Jaén. Pág. 9 y 41.

FERRER, Marcela

- 2003 "Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética". Centro interdisciplinario de estudios de bioética. Universidad de Chile. Consulta: 30 de junio de 2013. < http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2003000100011&script=sci_arttext

HERNÁNDEZ, Roberto

- 1997 "Metodología de la Investigación". Colombia: Editorial McGraw—Hill.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)

- 2011 "Perú: Evolución de los indicadores de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011". Lima Pág. 211. Consulta: 29 de junio de 2013.
<http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2013/EvolucionIndicadores/index.html>

LERÍN, Sergio

- 2001 "Interculturalidad y salud: Recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social". Centro de Investigaciones y estudios superiores en Antropología social D.F. Pág. 6. Consulta: 05 de diciembre de 2012. <http://cies.org.pe/files/active/0/parodi.pdf>

MARECOS, Edgardo

- 2001 "Conceptos claves acerca de la salud". Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Pág. 17-19 Consulta: 30 de junio de 2013.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/con_claves_salud.html

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2007 "Plan Nacional Concertado de salud". Lima. Pág. 8. Consulta: 10 de diciembre de 2012. < http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2010 Documento técnico: "Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos en salud. Lima. Pág. 23. Consulta: 10 de diciembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2009 "Interculturalidad: Casa de espera y parto vertical en Perú una estrategia con resultados". I curso Internacional de gestión económica financiera en hospitales públicos y privados. Lima. Pág. 02. Consulta: 05 de diciembre de 2012
<<http://www.fepas.org.pe/II Congreso FEPAS 2009/documentos/iicongreso/viernes/29manana/m3/Lucy%20del%20Carpio.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2005 "Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012". Lima. Pág. 33. Consulta: 15 de noviembre de 2012
<http://www.isn.gob.pe/sites/default/files/Lineamientos7.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2010 Documento técnico: "Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos en salud. Lima. Pág. 21. Consulta: 10 de diciembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2005 "Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural". Lima. Pág. 13. Consulta: 22 de octubre de 2011
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2005 "Lineamientos de política de promoción de la salud". Lima. Consulta: 03 de octubre de 2012 <<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/51/Lineamientos.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa) - PROYECTO 2000

- 1999 "Mujeres de negro. La muerte materna en las zonas rurales del Perú. Estudio de casos". Lima. Pág. 162 Consulta: 8 de noviembre de 2012 <
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1298_P-2000275.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2010 "Modulo 7: Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud". Lima. Pág. 42. Consulta: 19 de noviembre de 2012.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1144_DGSP275-7.pdf

- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2005 "Capítulo IV: Mejorando la aceptabilidad de los servicios de salud materna". Lima. Pág. 55. Consulta: 17 de noviembre de 2012.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-4.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)-Seguro Integral de Salud (SIS)-Gobierno Regional de Cajamarca
2013 "Convenio de gestión entre el Gobierno Regional de Cajamarca y el Seguro integral de salud para pago capitado". Cajamarca. Pág. 12
- MORENO, Elsa y colaboradores
2001 "Calidad de la atención primaria". Proyecto UNI-Tucumán. Facultad de medicina.. Pág. 9. Consulta: 30 de junio de 2013
< <http://fundacionaequus.com.ar/biblioteca/elsamoreno-calidadatenci%C3%B3n.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS
2007 "Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas". . Pág. 13. Consulta:10 de diciembre de 2012
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU)
1998 Declaración Universal de los derechos Humanos" 10 de diciembre de 1948. Consulta: 08 de diciembre de 2012. <http://www.filosofia.org/cod/c1948dhu.htm>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
2007 "El derecho a la salud". Nota descriptiva N° 323. Agosto. Fecha de consulta: 02 de noviembre de 2012.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
2005 "Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial". Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2012.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
2008 "Una visión de la salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas". Pág. 37. Consulta: 22 de noviembre de 2012
<<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- PAGANINI, José
2000 "La salud y la equidad. Fundamentos conceptuales, definiciones y propuestas de acción". Centro Interdisciplinario Universitario para la salud. Pág. 7. Consulta: 30 de junio de 2013
http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/La_salud_y_la_equidad.pdf
- PARODI, Sandro
2005 "Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios". GRADE. Consulta: 05 de diciembre de 2012.
<http://cies.org.pe/files/active/0/parodi.pdf>

- PORRA, Juana
2006 "Aplicación de los principios bioéticos en la calidad de la atención de enfermería".
Pág. 4. Consulta: 30 de junio de 2013
< http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/etica_en_enfermeria.pdf
- SPINELLI, Hugo y colaboradores
2002 "Equidad en salud: Teoría y praxis". Centro de estudios de Estado y sociedad.
Pág. 13. Consulta: 30 de junio de 2013
< <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUD
2007 "Interculturalidad en salud". México. Pág. 02. Consulta 09 de diciembre de 2012.
<http://www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf
- SECRETARÍA DE SALUD
2003 "El enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud". México. Pág. 04. Consulta: 25 de noviembre de 2012
<http://www.redactivas.org/media/uploads/public/2_El_enfoque_intercultural.pdf
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 04 de diciembre de 2012.
http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-009.pdf
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012.
<http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012. Pág. 12
http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/DS-016.2009-SA.pdf
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima. Pág. 01 Consulta: 21 de noviembre de 2012. < http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-2009.pdf
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Reglamento de organización y funciones del SIS 2011. Lima. Pág. 02 Consulta: 23 de noviembre de 2012.
<http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Datos_Generales/Organizacion/ROF/DS_011-2011-SA.pdf
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 20 de octubre de 2012.
http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 2 de noviembre de 2012.
<http://www.sis.gob.pe/portal/paginas/preguntas.html>
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)
2011 Consulta: 02 de diciembre de 2012.
<http://www.sis.gob.pe/pdf/CartillaDerecho.pdf>

- TOVAR, Teresa
2010 "Introducción a la Investigación en Gerencia Social". Lima. Cuarta edición.
Material de curso a distancia de la Maestría en Gerencia social de la PUCP.
Pontificia Universidad Católica del Perú. Pág. 11
- TOVAR, Teresa e HIDALGO, Patricia
2011 "Métodos y técnicas de Investigación en Gerencia Social". Lima. Cuarta edición.
Material de curso a distancia de la Maestría en Gerencia social de la PUCP.
Pontificia Universidad Católica del Perú. Pág. 8
- UNICEF
2006 Maternidad segura. Consulta 03 de diciembre de 2012.
http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/maternidad_segura.pdf
- UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
2010 "La salud que los peruanos queremos". Agenda 2011. Lima. Páginas 15-16. Consulta:
25 de octubre de 2012
<<http://www.agenda2011.pe/wp-content/uploads/pb/Salud-PolicyBrief.pdf>
- VERA, Lamberto
S/F "La Investigación cualitativa". S/f. Consulta 11 de diciembre de 2012
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf