

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL**

UNIVERSIDAD EAFIT

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE EMPRESAS SOCIALES PARA LA INNOVACIÓN
SOCIAL Y EL DESARROLLO LOCAL**

**EL MODELO DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE ACTORES
INVOLUCRADOS EN LA PERTINENCIA CULTURAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA PROVINCIA DE CHURCAMPÁ (HUANCÁVELICA)**

Tesis para optar el doble grado de Magíster en Gerencia Social y Magíster en
Gerencia de Empresas Sociales para la Innovación y el Desarrollo Local

AUTORA:

CONNÝ CINDY CAMPOS SALAZAR

ASESORES:

MG. MARIA TERESA TOVAR SAMANEZ

Pontificia Universidad Católica del Perú

PhD MARIO VARGAS SÁENZ

Universidad EAFIT

LIMA – PERÚ

2017

ÍNDICE

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE CUADROS

TABLA DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

RESUMEN EJECUTIVO 10

INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 14

- 1.1. Justificación de la Investigación 14
- 1.2. Planteamiento del Problema 20
- 1.3. Preguntas y Objetivos de la Investigación 21

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 23

- 2.1. Forma de investigación 23
- 2.2. Estrategia metodológica 24
- 2.3. Fuentes de información 25
- 2.4. Técnicas de recojo de información 26
- 2.5. Dimensiones y características de la muestra 27

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO 33

- 3.1. Política pública e instrumentos de política 33
- 3.2. Determinantes que influyen en la Salud Materna Neonatal 38
- 3.3. Cultura, diálogo intercultural y pertinencia cultural 42
- 3.4. Articulación intersectorial 44
- 3.5. La búsqueda del bienestar multidimensional por encima del ingreso económico 47
 - 3.5.1. Características geográficas y demográficas de Churcampa 47
 - 3.5.2. Índice de Desarrollo Humano: Contexto social, educativo y económico 48
- 3.6. Empresa social 52

CAPÍTULO IV: MARCO NORMATIVO E INTERVENCIÓN DEL 54

CONSORCIO MADRE NIÑO

- 4.1. Marco normativo 54
- 4.2. Intervención del Consorcio Madre Niño 55
 - a. Acciones realizadas 55
 - b. Resultados de la intervención 58
 - c. Principales lecciones aprendidas del proyecto 62

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE | 64 |
| LOS RESULTADOS | |
| 5.1. Débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas y puérperas en los servicios de salud | 65 |
| 5.1.1. Valoración contradictoria de las prácticas culturales | 68 |
| 5.1.2. Alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud (controles pre-natales, parto y puerperio) en su lengua materna | 79 |
| 5.1.3. Alta vulneración del derecho a la información para la elección de la posición en la que desean dar a luz | 81 |
| 5.1.4. Mayor involucramiento del padre y/o familiares en la atención del parto institucional | 85 |
| 5.2. Débil gestión sostenible con pertinencia cultural | 89 |
| 5.2.1. Débil voluntad política de la autoridad política y sanitaria en los niveles regional y local | 93 |
| 5.2.1.1. Débil gestión local de las casas maternas | 98 |
| 5.2.2. Alta rotación, parcial renuencia e insuficiente personal de salud en el primer nivel de atención | 110 |
| 5.2.3. Débiles lazos de confianza e interacción entre las gestantes y los profesionales de salud y agentes comunitarios de salud | 114 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 123 |
| 6.1. Conclusiones | 123 |
| 6.2. Recomendaciones | 129 |
| CAPÍTULO VII: PROPUESTA DE EMPRESA SOCIAL A FAVOR DE LA SALUD MATERNA NEONATAL | 135 |
| REGISTRO FOTOGRÁFICO | 138 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 151 |
| ANEXOS | 160 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| ❖ GRÁFICO N° 1: NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR DEPARTAMENTOS (2000-2015) | 15 |
| ❖ GRÁFICO N° 2: PARTOS INSTITUCIONALES: OCURRIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y ATENDIDOS POR PERSONAL DE SALUD | 17 |
| ❖ GRÁFICO N°3: PARTOS INSTITUCIONALES SEGÚN EDAD DE LA MADRE, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y QUINTIL DE POBREZA | 19 |
| ❖ GRÁFICO N ° 4: MARCO INSTITUCIONAL “ANALYSIS AND DEVELOPMENT” | 34 |
| ❖ GRÁFICO N °5: MARCO DE ANÁLISIS ADVOCACY COALITIONS | 35 |
| ❖ GRÁFICO N°6: JERARQUÍA DE INSTRUMENTOS SEGÚN KELSEN | 37 |
| ❖ GRÁFICO N° 7: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | 40 |
| ❖ GRÁFICO N° 8: MODELO CAUSAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD MATERNA | 41 |
| ❖ GRÁFICO N° 9: COMPONENTES DE LA IDENTIDAD CULTURAL | 43 |
| ❖ GRÁFICO N° 10: POSIBLES FORMAS DE ARTICULACIÓN CON OTROS SECTORES | 47 |
| ❖ GRÁFICO N° 11: UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PROVINCIA DE CHURCAMPÁ | 48 |
| ❖ GRÁFICO N° 12: COMPONENTES Y DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL PROYECTO | 56 |
| ❖ GRÁFICO N° 13: CONDICIÓN DE LA PROVINCIA AL INICIAR EL PROYECTO | 60 |
| ❖ GRÁFICO N° 14: CONDICIÓN DE LA MICRORRED PAUCARBAMBA AL FINALIZAR EL PROYECTO | 61 |
| ❖ GRÁFICO N° 15: FACTORES QUE AFECTAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS GESTANTES, PARTURIENTAS Y PUÉRPERAS | 66 |
| ❖ GRÁFICO N° 16: DÉBIL GESTIÓN SOSTENIBLE PARA LA ADECUACIÓN CULTURAL | 90 |
| ❖ GRÁFICO N° 17: CONDICIONES PARA EL DIÁLOGO INTERCULTURAL | 92 |
| ❖ GRÁFICO N° 18: PRINCIPALES ROLES DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN LOCAL DE LA CASA MATERNA | 100 |
| ❖ GRÁFICO N° 19: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CASA | 106 |

MATERNA

LISTA DE CUADROS

| | |
|---|-----|
| ❖ CUADRO N°1: PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: USUARIAS DEL SERVICIO DE SALUD | 30 |
| ❖ CUADRO N°2: PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD | 31 |
| ❖ CUADRO N°3: PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: PERSONAL DE SALUD | 31 |
| ❖ CUADRO N°4: PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: GESTORES DEL CONSORCIO MADRE NIÑO | 31 |
| ❖ CUADRO N° 5: IDH EN HUANCVELICA SEGÚN DISTRITOS, 2012 | 51 |
| ❖ CUADRO N° 6: DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES | 74 |
| ❖ CUADRO N° 7: ALTA DEMANDA DE LAS MUJERES EN RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD EN SU LENGUA MATERNA | 80 |
| ❖ CUADRO N° 8: VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES Y A ELEGIR LA POSICIÓN EN LA QUE SE DESEA DAR A LUZ | 83 |
| ❖ CUADRO N°9: MAYOR INVOLUCRAMIENTO DEL PADRE Y/O FAMILIARES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL | 86 |
| ❖ CUADRO N°10: PERCEPCIONES DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD Y PADRES DE FAMILIA SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL | 88 |
| ❖ CUADRO N° 11: SITUACIÓN DE LAS CASAS MATERNAS EN LA PROVINCIA DE CHURCAMP | 105 |

TABLA DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agentes Comunitarios(as) de Salud |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CS | Centro de Salud |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y El Caribe |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud |
| EESS | Establecimiento de Salud |
| ENDES | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| INEI | Instituto Nacional de Estadística e Informática |
| MEF | Ministerio de Economía y Finanzas |
| MIDIS | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social |
| MINEDU | Ministerio de Educación |
| MINCUL | Ministerio de Cultura |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MIMP | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organismo No Gubernamental |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PARSALUD | Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II |
| PBI | Producto Bruto Interno |
| PDL | Plan de Desarrollo Local |
| PEA | Población Económicamente Activa |
| PIP | Proyectos de Inversión Pública |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PPL | Presupuesto Participativo Local |
| PS | Puesto de Salud |
| SERUMS | Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud |
| SUSALUD | Superintendencia Nacional de Salud |
| SIVICOS | Sistemas de Vigilancia Comunales |
| UGEL | Unidad de Gestión Educativa Local |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |

“(...) El traer otra vida al mundo, el generar esta existencia humana (...) pareciera que es a cambio de perder la suya propia, todas las mujeres que dan paso a una nueva vida caminan por los andamios de la muerte”.

MARTA GONZÁLES DE PACO

Líder indígena Aymara del El Alto, Bolivia
Washington, D.C., 20 de febrero de 2004

Esta investigación ha sido posible gracias a la invaluable colaboración y anhelos de las mujeres churcampinas y sus familias, quienes han sido la motivación principal y eje de la misma; a la generosa disposición y sensibilidad de técnicos y profesionales de la salud, como Rosa, Jans, Felícita y Constantino, quienes me ayudaron durante el trabajo de campo en las diligencias y coordinaciones necesarias; a la nobleza de las y los Agentes Comunitarias(os) de Salud que no conoce límites y al interés de las y los gestores del Consorcio Madre Niño por compartirme una mirada autocrítica a la intervención que realizaron entre los años 2005 y 2008.

Mi profundo agradecimiento a todos ellos, que acompañaron este viaje en la comprensión de los símbolos culturales de las mujeres churcampinas.

Agradezco también a mi familia: Julia, Sigifredo y Brayan, así como a amigxs y colegas, que no desistieron en sus comentarios de aliento para no abandonar el desafío más grande de disciplina y constancia que ha exigido esta investigación para mí.

A las mujeres churcampinas, cuyas voces quechuas permanecerán vivas, a través de esta pequeña contribución, y se conviertan en el grito colectivo de las que no tienen voz; con el anhelo de que sus testimonios alimenten una política de salud materna que responda a sus demandas y nunca más sean los cuerpos que no importan para el Estado y la sociedad.

A Damiana por enseñarme la lección más valiosa de mi vida.

RESUMEN EJECUTIVO

Nuestro país enfrenta preocupantes flagelos sanitarios como la mortalidad materna, la cual está vinculada a determinantes sociales de índole político, económico, geográfico, cultural, de género y organizacional. Ante esta situación, el Consorcio Madre Niño impulsó el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna y perinatal, ejecutado en la provincia de Churcampa (departamento de Huancavelica) durante el periodo 2005-2008.

Desde la visión de sus gestores, la intervención logró la institucionalización de este modelo de atención en el ámbito local, principalmente en 13 establecimientos de salud de la provincia y se convirtió en uno de los referentes para la elaboración de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural publicada en el 2005 por el Ministerio de Salud (MINSA). Entre las lecciones aprendidas, se destacan: la interculturalidad como resultado diálogo bidireccional desde la sociedad civil; propiciando respeto de sus derechos; la articulación intersectorial como facilitador en la priorización de la Salud Materna en todas las políticas locales; así como la articulación y participación de los sectores identificados en el territorio a favor de la salud.

En ese sentido, el objetivo general de esta investigación es identificar las características de la gestión y de la participación de los actores que implementaron la estrategia de adecuación cultural de los establecimientos de salud de la referida provincia, analizando el proceso de implementación y los roles asumidos desde el Ministerio de Salud, el Gobierno Regional de Huancavelica y el Consorcio Madre Niño.

Se planteó como estrategia metodológica el enfoque cualitativo. En primer lugar, se revisaron fuentes secundarias utilizando el método analítico-sintético. En segundo lugar, se priorizó el análisis de contenidos de los siguientes aspectos: i) Marco normativo del Sector Salud en torno a los instrumentos de política en materia de salud materno neonatal; ii) Principales acciones institucionales desde el Ministerio de Salud y iii) Intervención realizada por el Consorcio Madre Niño. En tercer lugar, el análisis cualitativo de las entrevistas a informantes claves, permitió contrastar el marco normativo, las acciones institucionales y la intervención realizada por el Consorcio Madre Niño.

Se consideraron como informantes claves a las usuarias de los servicios de salud, las(os) Agentes Comunitarias(os) de Salud (ACS), el personal de salud dedicado a la atención de la madre y el niño, a las(os) gestores del Consorcio Madre Niño,. En total, se obtuvo la participación de 26 informantes claves.

Asimismo, el análisis documental abarcó el análisis de instrumentos de política vinculados a la atención de las usuarias durante la gestación, parto y puerperio, la gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna y de garantía de derechos de los usuarios en los servicios de salud. Los puntos de análisis han sido: a) Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto, b) Dominio por parte del personal de salud de la lengua materna de la usuaria (gestante, parturienta o puérpera) durante su atención, c) Ejercicio del derecho a la información durante los controles prenatales y elección de la posición en la que se desea dar a luz, d) Participación de la pareja y/o familiares durante la atención del parto y e) Gestión local y uso de las casas maternas.

Entre los principales hallazgos se identifica que el Consorcio Madre Niño generó espacios de comunicación entre usuarias de los servicios de salud, ACS, el personal de salud y autoridades políticas distritales, actores que expresaron diferentes niveles de participación entre los mismos. Aún cuando no ha sido viable la sostenibilidad de estas interacciones, representa un hito en la visibilidad e incorporación de la Salud Materna Neonatal en la agenda pública de la provincia de Churcampa.

Otro de los hallazgos radica en el contraste de las características de la prestación de los establecimientos de salud con los criterios establecidos por el Ministerio de Cultura (MINCUL) en torno a la pertinencia cultural en los servicios públicos, pues las usuarias expresan, principalmente, irrespeto a sus prácticas culturales durante el parto y puerperio, así como la demanda del uso del quechua por parte del personal de salud y a la información para la elección de la posición en la que desea dar a luz. Se concluye que existe contradicción entre el discurso institucional del Consorcio Madre Niño y los informantes claves, gestores del mismo. Es decir, mientras la adecuación cultural es resultado de la adaptación del servicio para atraer usuarias(os) y cumplir la cobertura de atención en la jurisdicción asignada; la pertinencia cultural es entendida como el desarrollo de acciones en el servicio de salud que responden a la garantía de derechos de los(as) usuarios(as), enfocándose en la cultura del otro.

Respecto al análisis documental, se evidencia que aún cuando la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia cultural, destaca en su denominación este enfoque analizado, se sigue exponiendo en su contenido la adecuación cultural como eje central.

Frente a ello, se propone que el diseño de la política pública en Salud Materna Neonatal suprima las condiciones desiguales en las que se da el diálogo intercultural, colocando en subordinación una cultura bajo otra.

Por consiguiente, es necesario que el diseño de las intervenciones del MINSA para la reducción de la mortalidad materna debe estar orientado a vulnerar determinantes sociales, principalmente los que se encuentran bajo su dominio: servicio de salud, pues el marco normativo para la atención de parto vertical no representa una alternativa contundente para mejorar la atención de las usuarias del servicio de salud. No obstante, posee también la responsabilidad política de colocar en la agenda del gobierno central el rédito social, político, económico y cultural de la Salud Materna, que repercute en el Índice de Desarrollo Humano y la calidad de vida de la población peruana.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación analiza la intervención “Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna y perinatal”, ejecutado en la provincia de Churcampa (departamento de Huancavelica), por el Consorcio Madre Niño, el cual estuvo conformado por las siguientes organizaciones no gubernamentales: Medicus Mundi Navarra Delegación de Perú, Salud Sin Límites Perú, Calandria y la Asociación Kallpa.

El objetivo general de esta investigación es identificar las características de la gestión y de la participación de los actores que implementaron la estrategia de adecuación cultural de los establecimientos de salud de la referida provincia, analizando el proceso de implementación y los roles asumidos desde el Ministerio de Salud, el Gobierno Regional de Huancavelica y el Consorcio Madre Niño.

Esta experiencia, realizada entre los años 2005 y 2008, logró su institucionalización en el ámbito local, principalmente en 13 establecimientos de salud de la provincia y se convirtió en uno de los referentes para la elaboración de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural publicada en el 2005 por el Ministerio de Salud. En el 2012, la intervención fue galardonada con el primer lugar en el Concurso Nacional y Regional de Buenas Prácticas de la Iniciativa Maternidad Segura, organizado por el Sistema de Naciones Unidas.

Sin embargo, la sostenibilidad de la intervención no habría sido viable, lo cual se expresa en la débil voluntad política que viabilice acciones estratégicas a favor de la Salud Materna Neonatal, la débil convicción del personal de salud en torno a la cosmovisión andina y las situaciones de vulneración de derechos de las usuarias y sus familias durante la atención sanitaria.

En ese sentido, este estudio aborda tres focos de análisis: i) Marco normativo planteado por el Ministerio de Salud en materia de Salud Materna, ii) Puesta en marcha del mismo por el personal de salud en tres establecimientos de salud: Churcampa, Occopampa y Paucarbamba y iii) Perspectiva de las usuarias durante la atención prenatal, parto y puerperio. Por consiguiente, a partir de las lecciones aprendidas a nivel de procesos y resultados obtenidos se pretende contribuir a la formulación de una política nacional en salud materna neonatal, desde la articulación intersectorial e intergubernamental entre los actores identificados en el territorio.

CAPÍTULO I:

JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Justificación de la investigación

En los últimos años, el Ministerio de Salud (MINSA) ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en Salud Materna, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud de manera oportuna y garantizar el respeto de sus derechos.

Sin embargo, aún nuestro país enfrenta flagelos como la mortalidad materna, la cual según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (2012: 9). La mortalidad materna está vinculada a determinantes sociales de índole político, económico, geográfico, cultural, de género y organizacional.

De acuerdo a Zuleta: “la razón de mortalidad materna ha sido tradicionalmente el indicador empleado para evaluar la salud materna y la calidad de este cuidado, el cual además refleja de manera directa las condiciones de desarrollo de los países y sus regiones” (2007: 180).

Asimismo, Wong, L., Wong, E. y Husares, Y. (2011) exponen que:

“En la región de las Américas, cada veinticinco minutos se produce una muerte materna, como resultado de una complicación en el embarazo, parto o puerperio. Esta madre pudo ser una adolescente, sola, que se encontraba lejos de la ayuda de un profesional; pudo ser una madre que dio a luz en un hospital, pero que por falta de capacidad resolutive dejó de existir; o bien pudo ser una madre que de manera secreta, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con su embarazo no deseado”.

Mejorar la salud materna ha sido uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) - Objetivo 5, que suscribió el Estado Peruano con la finalidad que entre el 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en el mundo se reduzca en tres cuartas partes.

Según estimaciones sobre la razón de mortalidad materna en América Latina y El Caribe en el 2013, en nuestro país ésta fue de 89 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos (OMS, 2014a).

En cumplimiento de los ODM y del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, se planteó la reducción de la mortalidad materna hacia el año 2015 a 66 casos por 100,000 nacidos vivos (MINSA, 2009a).

Durante el año 2015, se registraron 415 muertes maternas a nivel nacional (MINSA, 2016a), cuyo desglose por regiones es el siguiente:

GRÁFICO N°1 NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR DEPARTAMENTOS (2000-2015)




Número de muertes maternas por departamentos

| DEPARTAMENTO | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016* |
| AMAZONAS | 16 | 18 | 15 | 18 | 12 | 17 | 19 | 12 | 13 | 20 | 14 | 12 | 14 | 13 | 13 | 13 | 10 |
| ANCASH | 31 | 30 | 28 | 14 | 23 | 28 | 24 | 19 | 16 | 21 | 19 | 15 | 22 | 16 | 15 | 15 | 6 |
| APURIMAC | 12 | 7 | 13 | 9 | 16 | 14 | 9 | 8 | 7 | 6 | 4 | 6 | 13 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| AREQUIPA | 5 | 6 | 5 | 17 | 13 | 8 | 17 | 17 | 17 | 13 | 9 | 10 | 16 | 9 | 10 | 11 | 9 |
| AYACUCHO | 20 | 23 | 21 | 19 | 20 | 21 | 24 | 12 | 14 | 8 | 13 | 14 | 14 | 8 | 10 | 5 | 5 |
| CAJAMARCA | 67 | 48 | 55 | 65 | 59 | 59 | 50 | 55 | 43 | 55 | 47 | 35 | 43 | 31 | 36 | 38 | 10 |
| CALLAO | 5 | 4 | 7 | 8 | 4 | 3 | 12 | 7 | 13 | 8 | 5 | 6 | 8 | 13 | 19 | 10 | 4 |
| CUSCO | 58 | 41 | 54 | 43 | 53 | 45 | 19 | 25 | 21 | 17 | 21 | 26 | 21 | 20 | 30 | 19 | 8 |
| HUANCAVELICA | 16 | 29 | 16 | 33 | 39 | 18 | 12 | 14 | 19 | 13 | 23 | 9 | 8 | 6 | 8 | 6 | 2 |
| HUANUCO | 44 | 39 | 36 | 30 | 32 | 35 | 25 | 23 | 18 | 18 | 20 | 19 | 10 | 11 | 9 | 18 | 7 |
| ICA | 7 | 1 | 1 | 7 | 7 | 10 | 3 | 8 | 0 | 1 | 6 | 7 | 7 | 6 | 3 | 5 | 1 |
| JUNIN | 37 | 23 | 26 | 25 | 35 | 35 | 29 | 34 | 28 | 22 | 23 | 17 | 11 | 17 | 26 | 27 | 6 |
| LA LIBERTAD | 44 | 29 | 33 | 42 | 46 | 37 | 32 | 38 | 50 | 33 | 38 | 44 | 32 | 30 | 31 | 29 | 16 |
| LAMBAYEQUE | 23 | 23 | 11 | 13 | 21 | 27 | 16 | 27 | 16 | 20 | 14 | 15 | 15 | 14 | 13 | 16 | 10 |
| LIMA | 22 | 38 | 46 | 44 | 60 | 60 | 46 | 54 | 63 | 61 | 51 | 58 | 70 | 47 | 42 | 58 | 24 |
| LORETO | 36 | 29 | 30 | 25 | 30 | 31 | 32 | 36 | 39 | 29 | 32 | 36 | 30 | 32 | 32 | 28 | 14 |
| MADRE DE DIOS | 2 | 3 | 2 | 0 | 5 | 4 | 0 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 7 | 3 | 2 | 2 |
| MOQUEGUA | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| PASCO | 8 | 6 | 7 | 10 | 9 | 7 | 9 | 8 | 8 | 7 | 11 | 4 | 7 | 5 | 11 | 4 | 4 |
| PIURA | 41 | 49 | 42 | 37 | 51 | 47 | 29 | 33 | 41 | 39 | 28 | 33 | 35 | 27 | 29 | 41 | 23 |
| PUNO | 74 | 48 | 54 | 66 | 55 | 53 | 56 | 38 | 43 | 37 | 40 | 42 | 30 | 26 | 26 | 28 | 10 |
| SAN MARTIN | 25 | 13 | 16 | 18 | 11 | 20 | 23 | 22 | 28 | 32 | 17 | 13 | 14 | 16 | 16 | 14 | 4 |
| TACNA | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 5 |
| TUMBES | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 0 |
| UCAYALI | 9 | 13 | 8 | 10 | 16 | 10 | 14 | 11 | 19 | 12 | 13 | 15 | 10 | 14 | 23 | 17 | 5 |
| PERU | 605 | 523 | 529 | 558 | 626 | 596 | 508 | 513 | 524 | 481 | 457 | 445 | 440 | 383 | 411 | 415 | 188 |

En toda la tabla se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales)

Fuente: MINSA - Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, 2016
(*) Hasta la Semana Epidemiológica 29 de 2016.

El gráfico evidencia también que en el 2015, en la región de Huancavelica hubo seis muertes maternas; mientras en la provincia de Churcampa no existen defunciones de este tipo (Dirección Regional de Salud [DIRESA] Huancavelica, 2015).

Sin embargo, una de las principales dificultades es la ausencia de reportes precisos, ya que en muchos países de ingreso bajo, las defunciones derivadas de la maternidad no se contabilizan, y con frecuencia la causa de muerte se desconoce o no se especifica correctamente, en especial cuando la mujer muere en el hogar. De acuerdo a la OMS (2014b): “Esta situación es congruente con las tendencias generales a nivel mundial: solo se registra un tercio del total de las defunciones que se producen en el mundo, y menos de 100 países consignan la causa de muerte conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades”.

Cabe indicar también que una estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad materna es garantizar que los partos se realicen con la asistencia de personal de salud capacitado. Ello junto a la asistencia periódica a los controles prenatales son aspectos importantes para asegurar la salud de la madre y el niño o niña por nacer, ambos indicadores se utilizaron para monitorear el progreso en la Salud Materna en el marco de los ODM (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015).

Para la ocurrencia de ambos eventos, un factor determinante es el acceso geográfico de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación, así como la capacidad resolutoria del mismo.

Atención prenatal

Según el INEI (2015) el 97,0% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetrix y enfermera), lo que constituyó un aumento sobre el 95,4% encontrado en el 2011.

La cifra en el departamento de Huancavelica no dista en gran medida del promedio nacional, pues el 96,2% de mujeres tuvo algún control pre natal por personal de salud calificado: 25,7% atendidas por médicos, 55,0% por obstetrix y 15,5% por enfermera. En contraposición al 2% de mujeres que fueron atendidas por técnico en enfermería o agente comunitario de salud que realizó la atención prenatal. Cabe precisar que el 83,2% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron seis y más visitas de atención prenatal (INEI, 2014).

A nivel nacional, al considerar la variable de grado de instrucción de las mujeres entrevistadas, se identifica que el 59,1% con educación superior se controlaron con un médico, cifra mayor a la registrada en aquellas con educación primaria (18,5%) y sin educación (18,7%) (INEI, 2015).

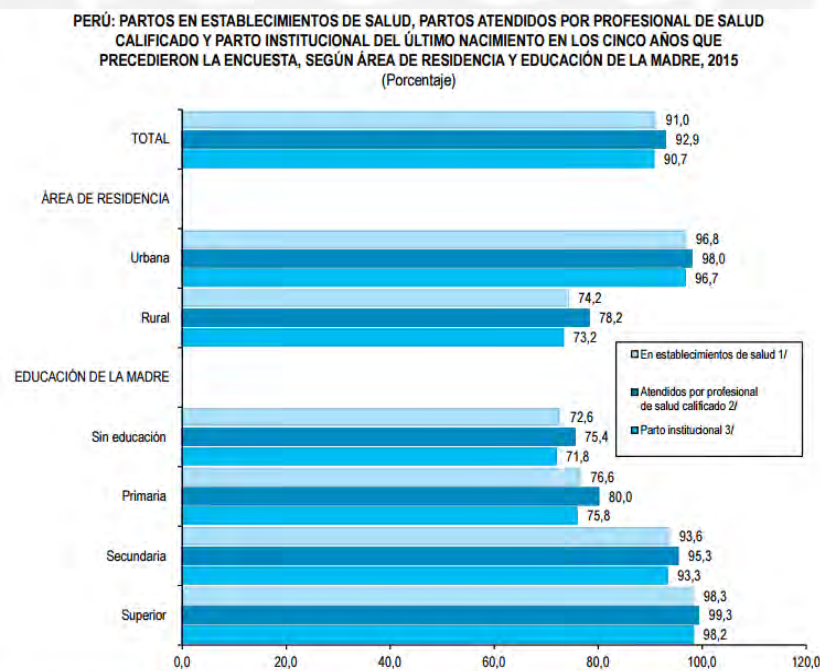
Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil superior y el quintil inferior de riqueza para la atención médica varía de 73,2% a 13,9% en el año 2015. Mientras, según ámbito geográfico, se halla que más mujeres fueron atendidas por médicos en el área urbana (43,6%) que en la rural (17,1%). En cambio, la atención por obstetriz y enfermera es mayor en el área rural (63,5% y 10,7%, respectivamente) (INEI, 2015).

Parto institucional

El parto institucional es aquel atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetriz y enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario (INEI, 2015).

Se evidencia que a nivel nacional, el 91% de partos son en establecimientos de salud (público o privado); mientras que el 92,9% de los partos son atendidos por profesionales de salud calificados. Asimismo, el 90,7% de partos son institucionales, ocurrido en establecimientos de salud y atendido por profesional calificado (INEI, 2015), como se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N°2
PARTOS INSTITUCIONALES: OCURRIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y ATENDIDOS POR PERSONAL DE SALUD



1/ Se refiere a los nacimientos que tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado).
2/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetriz y enfermera.
3/ El parto institucional se refiere a los partos ocurridos en establecimientos de salud y que fueron atendidos por profesional de salud calificado.

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015

Se infiere que existe una brecha de 0.3% de mujeres que no es atendida por personal calificado, lo cual evidencia que no todos los establecimientos de salud materno infantiles (a partir del nivel I-4, son los que deben reunir las condiciones para este fin) tienen la capacidad resolutive (suficiente y/o adecuados recursos humanos, por ejemplo) para atender partos (MINSA, 2011a).

Cabe indicar también que el 1.9% de las mujeres atendidas por profesionales de la salud durante el parto, no fue realizado en el establecimiento de salud, lo cual permite inferir la existencia de partos realizados en las viviendas, principalmente en zonas de difícil acceso geográfico.

No obstante, cuando el parto es no institucional, la asistencia es dada por la 'Comadrona/Partera', cuya participación se expresa en el 44% de los casos registrados; mientras en mujeres ubicadas en el quintil inferior este porcentaje decrece (16%) y en aquellas sin educación se evidencia en el 14,6%.

Estas circunstancias reflejan las limitaciones para el acceso universal al servicio y a la atención de salud, a pesar de los progresos realizados en el incremento de nacimientos en un establecimiento de salud; cuya proporción de partos institucionales superó en el 2015 en 6,4%, respecto a lo observado en el año 2011 (84,3%) (INEI, 2015).

Si observamos las cifras regionales, identificamos que éstas no difieren de las halladas en el ámbito nacional, pues el parto institucional en Huancavelica alcanza el 89,3% (INEI, 2014). En el análisis por área de residencia, se presentó una diferencia de 4,2 % en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (92,1% frente a 87,9%). Respecto a la asistencia durante el parto, se halló que éste es principalmente atendido por médico (58,1%) y obstetrix (27,6%); en contraposición a comadrona (1,9%) y familiar (5,3%).

En ese contexto, se observaron importantes diferencias en el acceso al parto institucional por la distancia al establecimiento entre las mujeres que residían en el área rural o urbana (62,6% frente a 30,9%). Según departamento, este problema es una constante en Huancavelica (62,2%), Cajamarca (60,5%), Amazonas (56,4%) y Puno (55,5%). Existen también diferencias en la necesidad de "tener que tomar transporte" por área de residencia (65,0% frente a 26,2% rural/urbana). Ello principalmente se produce en Huancavelica (62,0%), Amazonas (59,5%), Cajamarca (57,3%) y Puno (53,5%), según INEI (2015).

Otros determinantes asociados a la atención del parto institucional son el nivel educativo y el ingreso económico familiar. Los menores porcentajes de acceso al parto institucional se expresan en las mujeres que no poseen instrucción educativa (72,6%) y las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (69,8%).

GRÁFICO N°3 PARTOS INSTITUCIONALES SEGÚN EDAD DE LA MADRE, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y QUINTIL DE POBREZA

PERÚ: PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO Y PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2015
(Distribución porcentual)

| Característica seleccionada | Partos en establecimientos de salud 1/ | Partos atendidos por profesional de salud calificado 2/ | Parto institucional 3/ | Número de nacimientos |
|---------------------------------------|--|---|------------------------|-----------------------|
| Edad de la madre al nacimiento | | | | |
| Menos de 20 años | 89,4 | 91,4 | 88,9 | 1 411 |
| 20-34 | 91,1 | 93,2 | 90,8 | 7 506 |
| 35-49 | 91,6 | 93,1 | 91,2 | 2 221 |
| Orden de nacimiento | | | | |
| Primer nacimiento | 95,0 | 96,5 | 94,7 | 3 568 |
| 2-3 | 92,4 | 94,4 | 92,2 | 5 495 |
| 4-5 | 84,3 | 86,9 | 83,8 | 1 483 |
| 6 y más | 70,4 | 72,7 | 69,4 | 593 |
| Nivel de educación | | | | |
| Sin educación | 72,6 | 75,4 | 71,8 | 180 |
| Primaria | 76,6 | 80,0 | 75,8 | 2 398 |
| Secundaria | 93,6 | 95,3 | 93,3 | 5 190 |
| Superior | 98,3 | 99,3 | 98,2 | 3 371 |
| Visitas para control prenatal | | | | |
| Ninguna | 38,2 | 40,4 | 36,3 | 142 |
| 1-3 visitas | 79,5 | 81,5 | 79,0 | 326 |
| 4 y más visitas | 92,1 | 94,0 | 91,7 | 10 656 |
| No sabe/ sin información | (97,4) | (98,6) | (97,4) | 14 |
| Quintil de riqueza | | | | |
| Quintil inferior | 69,8 | 73,7 | 68,6 | 2 393 |
| Segundo quintil | 93,6 | 95,7 | 93,4 | 2 489 |
| Quintil intermedio | 97,5 | 98,6 | 97,5 | 2 336 |
| Cuarto quintil | 98,2 | 99,3 | 98,1 | 2 037 |
| Quintil superior | 98,7 | 99,7 | 98,6 | 1 883 |
| Total 2015 | 91,0 | 92,9 | 90,7 | 11 138 |
| Total 2011 | 84,9 | 87,0 | 84,3 | 7 053 |

Nota: La estimación se refiere a los nacimientos en el periodo de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer. Los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar no se muestran (*) y los de 25-49 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Se refiere a los nacimientos que tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado).

2/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetra y enfermera.

3/ El parto institucional se refiere a los partos ocurridos en establecimientos de salud y que fueron atendidos por profesional de salud calificado.

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015

Por consiguiente, el presente estudio surge principalmente a partir del análisis de los determinantes sociales que impactan en la salud materna, cuyo contexto nacional y regional ha sido descrito. El segundo motivo está constituido por los resultados del proyecto liderado por el Consorcio Madre Niño (conformado por organizaciones no gubernamentales: Medicus Mundi, Salud Sin Límites, Calandria y Asociación Kallpa), en la provincia de Churcampa en Huancavelica durante el periodo 2005-2008.

El objetivo principal fue desarrollar protocolos, instrumentos y estrategias para abordar de manera integral la salud materna y perinatal, cuyas dos líneas transversales eran la pertinencia cultural y la equidad de género. (Carbone, 2015)¹. En la última década, la provincia de Churcampa no ha reportado muertes maternas (Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Delegación Perú y Salud Sin Límites Perú, 2009).

Producto de la intervención, Calandria *et al.* (2009) enfatiza que: “Se diseñó, validó e implementó un modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna y perinatal. El mismo se logró construir a partir de un proceso participativo que partió de las necesidades de la población y de los aportes del personal de salud de la provincia”, contribuyendo al incremento de la asistencia de las mujeres al servicio de salud.

Calandria *et al.* (2009) agrega que: “A partir de esta experiencia, el modelo de atención fue institucionalizado por el MINSA para ser implementado en la jurisdicción de dos Microrredes de Salud participantes en el proyecto, las de Paucarbamba y Churcampa”. Además, fue uno de los referentes para la elaboración de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural publicada el 2005 por el MINSA (Carbone, 2015)².

1.2. Planteamiento del problema

En el año 2012, esta intervención impulsada por el Consorcio Madre - Niño obtuvo el primer lugar en el Concurso Nacional y Regional de Buenas Prácticas de la Iniciativa Maternidad Segura, organizado por el Sistema de Naciones Unidas.

La experiencia realizada entre el 2005 y 2008 logró su institucionalización en el nivel local, siendo considerada como legítima, eficaz y pertinente para el personal de salud sensibilizado, principalmente en 13 establecimientos de salud involucrados en el

¹Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

²Ídem.

proyecto (Carbone, 2015)³. Sin embargo, la sostenibilidad de la intervención no ha sido viable, lo cual se expresa en la débil voluntad política que viabilice acciones estratégicas a favor de la Salud Materna Neonatal, la débil convicción del personal de salud y las diversas situaciones de vulneración de derechos de las usuarias y sus familias durante la atención sanitaria.

Por ello, la presente investigación en gerencia social considera como objeto de estudio las características de la gestión y la participación de los actores políticos, sociales, comunitarios y de la sociedad civil que han facilitado la adecuación cultural de los servicios de salud a favor de la salud materna neonatal en Churcampa.

Esta investigación aplicada pretende también identificar las lecciones aprendidas a nivel de procesos y resultados obtenidos a partir de la intervención realizada en el periodo 2005-2008, situación que se ha contrastado con los hallazgos obtenidos entre junio y julio de 2015.

Se plantearán además recomendaciones para realizar el escalamiento de la iniciativa en escenarios donde los determinantes sociales que influyen en la salud materna neonatal sean similares a los presentados en la provincia de Churcampa y permitan a su vez plantear mejoras al marco legal vigente.

Por consiguiente, la finalidad de este estudio es el contribuir a la formulación de una política nacional en salud materna neonatal, desde la articulación intersectorial e intergubernamental.

1.3. Preguntas y Objetivos de la Investigación

1.3.1. Preguntas de la investigación

Pregunta general

¿Cuáles son las características de la gestión y de la participación de los actores políticos, sociales, comunitarios y de la sociedad civil que han facilitado la adecuación cultural de los servicios de salud a favor de la salud materna neonatal en Churcampa?

³ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

Preguntas específicas

- ¿Cuál es la valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre la adecuación cultural de los servicios de salud?
- ¿Cómo participaron los actores políticos, sociales y de la sociedad civil en la adecuación cultural de los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las características de la gestión de los actores políticos para la adecuación cultural de los servicios de salud?

1.3.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar las características de la gestión y de la participación de los actores que implementaron la estrategia de adecuación cultural de los establecimientos de salud de la provincia de Churcampa, analizando el proceso de implementación y los roles asumidos desde el MINSA, el Gobierno Regional de Huancavelica y el Consorcio Madre Niño.

Objetivos específicos

- Analizar la valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre la adecuación cultural de los servicios de salud.
- Caracterizar la participación de los actores políticos, sociales y de la sociedad civil en la adecuación cultural de los servicios de salud.
- Caracterizar la gestión de los actores políticos para la adecuación cultural de los servicios de salud.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

2.1. Forma de investigación

La investigación comprende el análisis de la experiencia del Consorcio Madre Niño en la provincia de Churcampa, principalmente en los distritos de Churcampa de Paucarbamba durante el periodo 2005-2008, por lo que el nivel de sus resultados y su influencia son básicamente locales.

En ese sentido, se ha considerado pertinente como forma de investigación el **análisis de caso**, dada la singularidad de la iniciativa en referencia a las características de la gestión y de la participación de los actores políticos, sociales, comunitarios y de la sociedad civil a favor de la adecuación cultural de los servicios de salud para mejorar la salud materna neonatal, así como la valoración de las gestantes y agentes comunitarios de salud sobre la implementación de la mencionada estrategia desde el 2005 hasta la actualidad, a partir de tres aspectos:

- a) Ejercicio del derecho a elegir en la posición a dar a luz.
- b) Dominio por parte del personal de salud de la lengua materna de la usuaria (gestante, parturienta o puérpera) durante su atención.
- c) Uso de la casa materna.

Las formas de investigación secundarias previstas en el presente estudio son: el **mapeo de actores**, considerando la diversidad de los mismos y los roles desempeñados durante el proyecto en mención y en la actualidad, además del **análisis institucional**, a partir de la intervención desarrollada por el MINSA y el Consorcio Madre Niño.

Por consiguiente, se plantea que el modelo de gestión y participación empleado en el proceso de adecuación cultural de los servicios de salud, sea examinado en contraste con la aplicación, en el ámbito local, de los instrumentos de política en materia de salud materna neonatal.

2.2. Estrategia metodológica

La estrategia metodológica empleada es el **enfoque cualitativo**, pues la experiencia investigada no puede ser desligada de su contexto para comprender un fenómeno real considerando todas y cada una de las variables que tienen relevancia en ella (Mc Cutcheon, D. y Meredith, J. 1993: 239-256).

En primer lugar, se ha considerado la revisión de la literatura por lo que se emplea el método **analítico-sintético**. En segundo lugar, se emplea el método de **análisis de contenidos** para comprender y profundizar en: i) Marco normativo del Sector Salud en torno a los instrumentos de política en materia de salud materno neonatal; ii) Principales acciones institucionales desde el Ministerio de Salud y iii) Intervención realizada por el Consorcio Madre Niño. En tercer lugar, el **análisis cualitativo** de las entrevistas a informantes claves, que permiten contrastar el marco normativo, las acciones institucionales y la intervención realizada por el Consorcio Madre Niño.

Es importante precisar también que la salud materna está asociada a las dinámicas culturales y sociales que acontecen en la cotidianidad de las relaciones que construyen la gestante, la familia y los servicios asistenciales (Barbosa, 2006).

Por ello, es necesario conocer cómo se expresan en el discurso las inequidades sociales y paradigmas vinculados a los aspectos que comprende el análisis de la estrategia de adecuación cultural de los servicios de salud.

La ejecución de políticas, los dilemas de la atención, las relaciones que se construyen entre equipos de salud, gestantes y familias están enraizados en un componente decisivo de exploración y cambio: el poder del lenguaje y las conversaciones para crear acciones (Barbosa, 2006).

Según Echeverría (1996): “El lenguaje crea realidades; no sólo nos permite hablar sobre las cosas: el lenguaje hace que sucedan cosas”. Por lo que se ha considerado que esta investigación destaca el análisis desde el discurso de las mujeres usuarias de los servicios de salud, sus familias, agentes comunitarios de salud, el personal de salud y los profesionales involucrados en el Consorcio Madre Niño.

En ese sentido, para Garro y Cheryl (1994: 3) el narrar: “Es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia”. Esto implica que surjan **historias** acerca de la valoración de las prácticas culturales de las mujeres y

agentes comunitarios de salud durante la gestación, el parto y el puerperio; la interacción entre la usuaria y el personal de salud y los agentes comunitarios de salud, así las interacciones entre el personal de salud, los representantes del Consorcio Madre Niño y las autoridades políticas locales.

2.3. Fuentes de información

Respecto a las **fuentes de información**, éstas se caracterizan por ser **primarias** (informantes claves) y **secundarias** (fuentes bibliográficas, instrumentos de política y de gestión nacional, regional y local). A continuación, se describen las fuentes de información planificadas:

a) Fuentes primarias

- **Personal de salud**

Son los actores que operacionalizan la política sanitaria, para efectos de esta investigación, la referida a la salud materna neonatal y salud sexual y reproductiva con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad materna, en el primer nivel de atención. Constituyen también interlocutores relevantes en el proceso de diálogo intercultural con las usuarias de los servicios de salud y sus familias, en coordinación con los(as) Agentes Comunitarios de Salud. Se considerará a quienes laboraron durante el periodo 2005-2008.

- **Gestores del Consorcio Madre Niño**

Son actores que lideraron la implementación de la estrategia de adecuación cultural de los servicios de salud en el ámbito de dos Microrredes de Salud: Churcampa y Paucarbamba, producto de la experiencia realizada en el periodo 2005-2008. Estuvo integrada por Medicus Mundi Navarra, Salud Sin Límites, Asociación Kallpa y Calandria.

- **Agentes Comunitarias(os) de Salud (ACS)**

Son las personas elegidas y/o reconocidas por su comunidad que realizan acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de salud y otras organizaciones locales y regionales; desempeñando un rol articulador entre la comunidad y las autoridades, a través de mecanismos de participación ciudadana (MINSA, 2014). En específico, se abordará la labor realizada en torno a las acciones vinculadas a la salud materna neonatal y la salud sexual y reproductiva, durante el periodo 2005-2008.

- **Usuaris**

Mujeres que se hayan convertido en madres en el periodo 2005-2008 o que hayan utilizado los servicios de salud durante su embarazo (control pre-natal), parto y/o puerperio, o la para la atención del recién nacido y/o durante la primera infancia.

En el marco de la descentralización de funciones del gobierno central, los gobiernos regionales y locales poseen competencias en salud en sus ámbitos de injerencia. Por ello, se consideró a las **autoridades políticas locales** como fuentes primarias dada la pertinencia de analizar la voluntad política desde la gestión municipal hacia la protección de la salud materna neonatal.

Sin embargo, se descartó a este público, pues el personal de salud y Agentes Comunitarios de Salud refirieron que las autoridades políticas durante el periodo 2005-2008 brindaron apoyos ínfimos a favor de la salud materna neonatal.

b) Fuentes secundarias:

- **Fuentes bibliográficas:** Investigaciones previas referidas a políticas públicas y a la salud materna neonatal, información sobre el Índice de Desarrollo Humano en las localidades priorizadas y documento de sistematización de la experiencia realizada por el Consorcio Madre Niño.
- **Marco legal vigente del Sector Salud:** Comprenden los instrumentos de política y de gestión en salud materna neonatal, a nivel nacional, regional y local.

2.4. Técnicas de recojo de información

La información recopilada es de tipo **cuantitativa** dada la estrategia metodológica principal empleada (Estudio de caso) y las unidades de análisis identificadas (fuentes primarias), por lo que se han seleccionado las siguientes técnicas de investigación: entrevista semiestructurada y análisis documental.

En ese sentido, la **entrevista semiestructurada** representa la técnica de recolección de mayor relevancia, la cual favorecerá el análisis de las percepciones de los actores políticos, sociales y de la sociedad civil respecto a sus características de gestión y participación; la articulación intersectorial e intergubernamental; así como la aplicación de instrumentos de política de salud materna.

El **análisis documental** comprenderá el análisis de instrumentos de política vinculados a la atención de las usuarias durante la gestación, parto y puerperio, la gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna y de garantía de derechos de los usuarios en los servicios de salud. La injerencia de estos instrumentos de política son gestión nacional, regional y local, y giran en torno a los siguientes aspectos:

- Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto.
- Dominio por parte del personal de salud de la lengua materna de la usuaria (gestante, parturienta o puérpera) durante su atención.
- Ejercicio del derecho a la información durante los controles prenatales y elección de la posición en la que se desea dar a luz.
- Participación de la pareja y/o familiares durante la atención del parto.
- Gestión local y uso de las casas maternas.

2.5. Dimensiones y características de la muestra

a) Tipo de la muestra

Dada la naturaleza de la investigación cuya estrategia metodológica es cualitativa y la forma de investigación que comprende es estudio de caso, principalmente; se ha considerado la selección de una muestra **no probabilística**.

b) Universo

Establecimientos de salud adecuados culturalmente a nivel nacional.

c) Tamaño de la muestra

Se considera pertinente obtener una **muestra significativa**, dada la estrategia metodológica y forma de investigación.

d) Método de selección de los elementos de la muestra

Los criterios de selección son los siguientes:

- **Establecimiento de salud que pertenece al ámbito de intervención de la experiencia.-** El ámbito de la intervención comprendió 27 establecimientos de salud, correspondientes a dos Microrredes de Salud Churcampa y Paucarbamba.

- **Establecimiento de salud con proximidad a una casa materna.-** Dado que una de las dimensiones de análisis que comprendió la estrategia de adecuación cultural es la disponibilidad de la casa materna.

Conjugando ambos criterios, se han elegido los siguientes establecimientos:

❖ **Centro de Salud Churcampa**

Distrito: Churcampa

Criterio de selección: Principal ámbito de intervención de la experiencia y posee capacidad resolutive -entre otros servicios- para la atención de controles prenatales, parto, puerperio y control de desarrollo y crecimiento del niño(a), dada su categorización.

Categoría: I-4

Observación: No cuenta con casa materna, ni con sala de psicoprofilaxis.

❖ **Puesto de Salud Occopampa**

Distrito: Churcampa

Criterio de selección: Principal ámbito de intervención de la experiencia y posee capacidad resolutive -entre otros servicios- para la atención de controles prenatales y control de desarrollo y crecimiento del niño(a), dada su categorización. Solo se atienden partos inminentes.

Categoría: I-1

Observación: Cuenta con casa materna y posee sala de psicoprofilaxis.

❖ **Centro de salud Paucarbamba**

Distrito: Paucarbamba

Criterio de selección: Principal ámbito de intervención de la experiencia y posee capacidad resolutive -entre otros servicios- para la atención de controles prenatales, parto, puerperio y control de desarrollo y crecimiento del niño(a), dada su categorización.

Categoría: I-4

Observación: Cuenta con casa materna y sala de psicoprofilaxis.

Tras haber seleccionado el ámbito geográfico de la muestra, se ha seleccionó al público objetivo del estudio, cuyas características son las siguientes:

❖ **Usuaris**

Comprenden las usuarias que han acudido a los establecimientos de salud señalados, durante la atención pre-natal, parto, puerperio y/o control de crecimiento y desarrollo del niño(a). Se han considerado, mujeres que han dado a luz de manera vertical en el establecimiento de salud y en domicilio, así como aquellas cuyo parto habiéndose iniciado de manera vertical, por complicaciones obstétricas, culminó haciendo uso de la camilla.

Las entrevistadas poseen en común como lengua materna el quechua; algunas de ellas, dominan también, el español. En los casos que no fue posible la comunicación en español, se recurrió a un traductor, rol asumido por la pareja o un familiar directo de la usuaria. Solo en una entrevista este rol fue asumido por personal (no profesional de la salud) del Centro de Salud Churcampa.

❖ **Personal de salud**

Comprenden el personal de salud que laboran o han dejado de laborar recientemente (máximo tres meses previos al trabajo de campo del estudio) en los servicios de salud señalados y han participado en la experiencia impulsada por el Consorcio Madre Niño entre los años 2005-2008; o posean mínimamente dos meses de permanencia ejerciendo sus funciones. Se ha considerado en la muestra: profesionales en obstetricia, medicina y odontología, así como técnicos en enfermería. Los profesionales en Medicina y Odontología fueron seleccionados por ocupar la jefatura en el Puesto de Salud Occopampa y Centro de Salud Paucarbamba, respectivamente.

❖ **Agentes Comunitarios de Salud**

Comprenden aquellos(as) que hayan participado en la experiencia realizada en el periodo 2005-2008 o se encuentren en actividad teniendo mínimamente seis años realizando esta labor (previos al trabajo de campo del estudio) en la jurisdicción de los distritos de Churcampa y Paucarbamba.

❖ **Gestores del Consorcio Madre Niño**

Comprenden los tomadores de decisión de las organizaciones Medicus Mundi Navarra, Salud Sin Límites y Calandria. No ha sido viable contactar a un representante de la Asociación Kallpa, que haya participado en la experiencia mencionada.

A continuación, se presenta una síntesis de los(as) informantes claves:

**CUADRO N° 1
PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: USUARIAS DEL
SERVICIO DE SALUD**

| N | Informante | Edad | Grado de instrucción | N° de hijos | Procedencia | Centro de Salud | Observación ⁴ |
|---|------------|------|--------------------------|-------------|---------------------|------------------|---|
| 1 | Nilia | 26 | Superior completa | 2 | Barrio Miraflores | C.S. Churcampa | Sus dos hijos son menores de seis años. El más pequeño tiene un año y cinco meses. |
| 2 | Asenciona | 24 | No se registró | 1 | Tullpacancha | C.S. Churcampa | Su hijo tiene un año. |
| 3 | Ana | 34 | Analfabeta | 5 | Tullpacancha | C.S. Churcampa | Su hijo mayor tiene 15 y el menor, 13 años. Entrevista con intérprete |
| 4 | Elena | 33 | Primaria completa | 4 | Huayajay | C.S. Churcampa | Tiene 3 hijas. La mayor tiene 7 años y la última, 3 años y 4 meses. Lleva 8 meses de gestación. Su pareja asumió el rol de intérprete |
| 5 | Yolandiña | 30 | Tercer grado de primaria | 2 | Tullpacancha | C.S. Churcampa | Su hijo mayor tiene 12 años. Su pareja asumió el rol de intérprete |
| 6 | Serafina | 27 | Quinto grado de primaria | 4 | Chinchihuasi | C.S. Paucarbamba | Su hijo mayor tiene 4 años y la menor es recién nacida. Su pareja asumió el rol de intérprete |
| 7 | Celia | 18 | Secundaria completa | 1 | Oxapata | C.S. Paucarbamba | Su hija es recién nacida. Su madre asumió el rol de intérprete. |
| 8 | Sonia | 30 | Primaria completa | 3 | Santa Rosa de Pinco | C.S. Paucarbamba | Su hijo mayor tiene 14 años y el menor, 9 años. |
| 9 | Raquel | 22 | Secundaria completa | 1 | Santa Rosa de Pinco | C.S. Paucarbamba | Su hijo tiene 6 meses. |

Fuente: Elaboración propia

⁴ Perfil de las entrevistadas y sus hijos(as) al momento de ser entrevistadas en julio de 2015

CUADRO N° 2
PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: AGENTES
COMUNITARIOS(AS) DE SALUD

| N° | Informante | Periodo de labor ⁵ | Centro de Salud | Observación |
|----|------------|-------------------------------|------------------|--|
| 1 | Norma | 23 años | C.S. Churcampa | |
| 2 | Isolina | 28 años | C.S. Churcampa | |
| 3 | Cecilio | 25 años | C.S. Churcampa | Entrevista grupal |
| 4 | Bertha | 25 años | C.S. Churcampa | |
| 5 | Cleofe | 23 años | C.S. Paucarbamba | |
| 6 | Alejandra | 6 años | C.S. Paucarbamba | No participó en la experiencia impulsada por el Consorcio Madre Niño |

Fuente: Elaboración propia

CUADRO N° 3
PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: PERSONAL DE SALUD

| N° | Informante | Profesión | Periodo de labor ²⁸ | Centro de Salud | Observación |
|----|----------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | Rosa Paredes | Obstetra | 20 años | C.S. Churcampa | |
| 2 | Jans Huarancca | Obstetra | 10 años | C.S. Churcampa | |
| 3 | Joseph Gallardo | Médico | 2 meses (Serumista) | P.S. Occopampa | Entrevista grupal |
| 4 | Constantino | Técnico en enfermería | 10 años | P.S. Occopampa | Entrevista grupal |
| 5 | Miriam Caparachín | Obstetra | 2 meses | C.S. Paucarbamba | Entrevista grupal |
| 6 | Lizbeth | Obstetra | 2 meses | C.S. Paucarbamba | Entrevista grupal |
| 7 | Felicita | Técnica en enfermería | 1 año | C.S. Paucarbamba | Entrevista grupal |
| 8 | Giuliana Aucallanchi | Médico | 5 años | C.S. Paucarbamba | |

Fuente: Elaboración propia

CUADRO N° 4
PERFIL DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: GESTORES DEL
CONSORCIO MADRE NIÑO

| N° | Informante | Profesión | Organización | Cargo |
|----|------------------|--------------|-------------------|--------------------------------------|
| 1 | Fernando Carbone | Médico | Medicus Mundi | Coordinador del Consorcio Madre Niño |
| 2 | Lourdes Sandoval | Comunicadora | Calandria | Componente de Comunicación |
| 3 | Claudia Lema | Antropóloga | Salud Sin Límites | Componente de Salud |

Fuente: Elaboración propia

⁵ Contabilizados hasta el momento de ser entrevistadas(os) en julio de 2015

En total, se obtuvo la participación de 26 informantes claves, siendo la entrevista a profundidad, la técnica de recolección de información empleada:

- 09 usuarias de los servicios de salud
- 06 Agentes Comunitarios(as) de Salud
- 08 profesionales de la salud
- 03 gestores del Consorcio Madre Niño

:



CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1. Política pública e instrumentos de política

Según Lahera (2004) las políticas públicas plantean soluciones específicas sobre cómo manejar los asuntos públicos. Indica que las políticas públicas resultan útiles para estudiar diversos aspectos de la política, como la discusión de la agenda pública por toda la sociedad.

A su vez, Hernández (2007) explica que la política pública es considerada como un espacio privilegiado para analizar las relaciones sociedad-Estado, dado que plasma el conjunto de intereses, los niveles de empoderamiento y las visiones de los actores sociales.

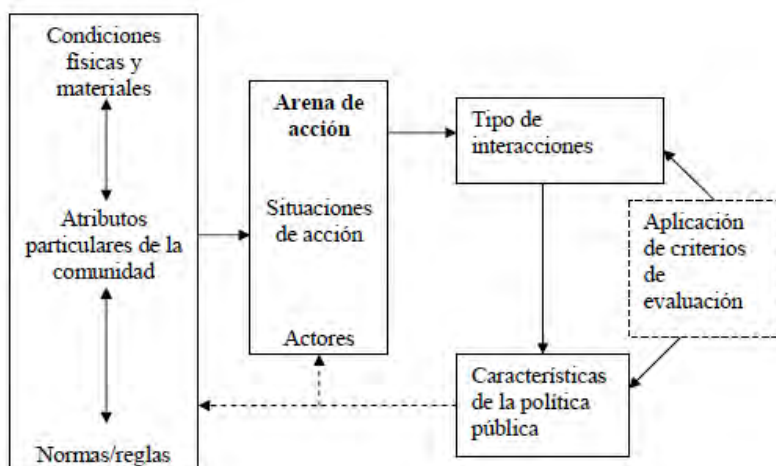
Asimismo, Roth (2008: 67-91) describe las principales perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas, de las cuales para efectos de esta investigación, se tomarán en consideración: Marco Institucional *Analysis and Development* (IAD) y el marco de análisis *Advocacy Coalitions*, ambas elaboradas por Sabatier.

El Marco IAD pone en relieve la “arena de acción” en la cual se interrelacionan “actores” individuales y colectivos en una “situación” que corresponde a los arreglos institucionales específicos para la política pública.

Este marco plantea dos dimensiones de análisis. En primer lugar, plantea el análisis de las interrelaciones en la arena política las cuales permiten explicar las características de una política pública. En segundo lugar, analiza los factores que influyen sobre la construcción de la arena de acción (Roth, 2008).

Respecto de la segunda dimensión de análisis, el marco considera tres tipos de factores: las reglas utilizadas por los participantes para ordenar sus relaciones, las características materiales y físicas del contexto y las particularidades culturales propias de la comunidad política.

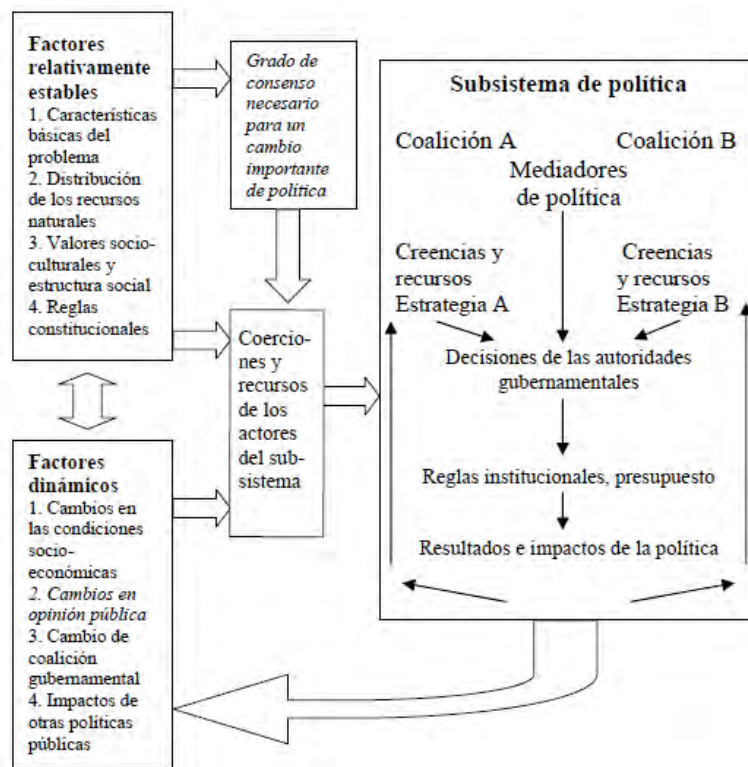
**GRÁFICO N ° 4:
MARCO INSTITUCIONAL “ANALYSIS AND DEVELOPMENT”**



Fuente: Sabatier, 1999, con adaptación de Roth

El marco de análisis *Advocacy Coalitions*, plantea cinco unidades de análisis: I) Factores relativamente estables, en los que se incluye la caracterización del problema. II) Factores dinámicos, en los que se destaca la importancia a los cambios en la opinión pública y se toma en consideración el grado de consenso necesario para realizar cambios en la política. III) propone como unidad de análisis el “subsistema de política” el cual no se limita a la estructura gubernamental. Este subsistema, está compuesto por una variedad de actores, públicos y privados, que están activamente implicados o interesados en un problema. IV) Al interior del subsistema, se incluye actores tales como: periodistas, investigadores y analistas de políticas, debido al importante papel que juegan en la difusión de ideas; así como a los tomadores de decisión de todos los niveles gubernamentales activos en el proceso de formulación e implementación. V) Considera el impacto del sistema de creencias de los actores involucrados, las cuales se expresan en valores, percepciones de relaciones causales y de la importancia del problema, así como apreciaciones sobre la eficacia de los instrumentos de política utilizados (Roth, 2008).

**GRÁFICO N °5:
MARCO DE ANÁLISIS “ADVOCACY COALITIONS”**



Fuente: Sabatier, 1999, pp. 121 y 149, con adaptación de Roth. En cursiva se señalan las adiciones realizadas en 1998 sobre el modelo inicial.

En el informe La Política de las Políticas Públicas, se plantean las siguientes características claves de las políticas públicas (Banco Interamericano de Desarrollo, [BID], 2006):

- Estabilidad: cuán sólidas son en el tiempo.
- Adaptabilidad: cuán ajustables pueden ser cuando fallan o cambian las circunstancias.
- Coherencia y coordinación: en qué medida son compatibles con políticas afines y en qué medida son el resultado de acciones coordinadas entre los actores que participan en su formulación e implementación.
- Calidad de la implementación y de la efectiva aplicación.
- Orientación hacia el interés público: en qué medida se orientan a resolver asuntos públicos.
- Eficiencia: en qué medida reflejan una asignación de recursos escasos que asegura elevados retornos sociales.

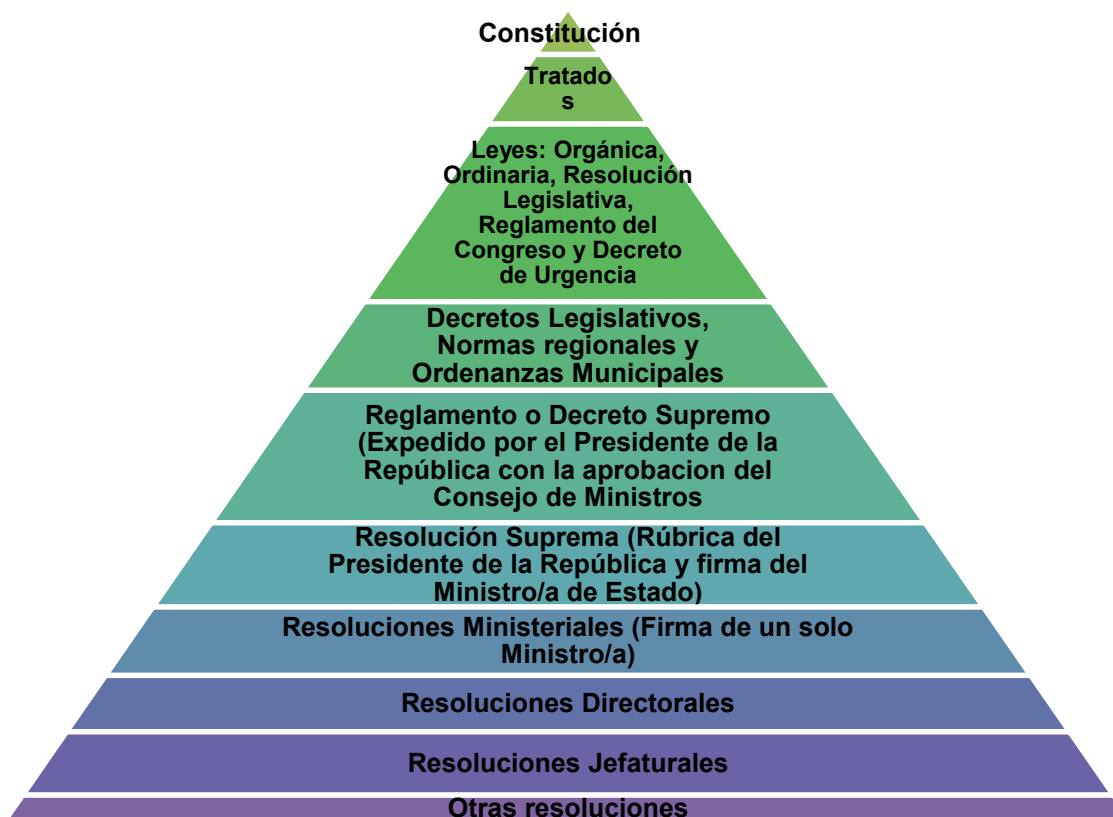
De acuerdo a Sandoval, C., Sanhueza, A. y Williner, A. (2015) existen “diversos instrumentos de gestión pública que se pueden encontrar en la planificación nacional, regional y local (...) [y] son herramientas utilizadas por la administración pública, para realizar, de forma eficaz y eficiente, las acciones relacionadas con la función pública (desde la organización del espacio hacia la gestión de recursos humanos y materiales)”. Entre ellos, se encuentran las políticas públicas planteadas desde los diversos sectores de gobierno y se distinguen por su nivel de planificación e injerencia: nacional, intermedio (regional) y local (Sandoval, C. *et al.*, 2015).

Para efectos de esta investigación, es necesario distinguir entre políticas públicas e instrumentos de política. De acuerdo al planteamiento de Peters (1982), el cual es resultado de una adaptación de la tipología de productos del sistema político establecida por Almond y Powell (1978), los instrumentos de acción de las políticas públicas son las normas jurídicas, los servicios, los recursos financieros y la persuasión (citado en Pallares 1988: 144).

Las normas jurídicas constituyen el único recurso propio y exclusivo del Estado. Es a través de las normas jurídicas que los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, al mismo tiempo que limitan la discrecionalidad en la actuación del personal político (Pallares, 1988).

Según la estructura de la Pirámide de Kelsen, aplicada en el contexto peruano (citado en Fernández, 2016), las normas jurídicas son jerarquizadas, estableciendo la constitución y/o suscripción a tratados internacionales como las de mayor rango; en contraposición a las resoluciones de cualquier índole como actos administrativos.

**GRÁFICO N°6:
JERARQUÍA DE INSTRUMENTOS SEGÚN KELSEN**



Fuente: Adaptado de Kelsen (citado en Fernández, 2016)

En ese sentido, se analizarán los siguientes instrumentos de política:

- **Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud**, dada el 30 de setiembre de 2009, en contraste con el ejercicio de los derechos en salud de las gestantes, parturientas y puérperas.
- **Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación intercultural** (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.01), aprobada mediante Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA el 02 de agosto de 2005 y su cumplimiento a nivel local, tomando en consideración los criterios establecidos por el Banco Interamericano de Desarrollo, enunciados en párrafos anteriores.
- **Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural** (N.T.S. N° 121-MINSA/DGIESP V.01), aprobada mediante Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA el 21 de julio de 2016, la cual deja sin efecto el instrumento anterior y cuya vigencia es posterior al trabajo de campo del presente estudio.

- **Documento Técnico: Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna**, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA, el cual establece responsabilidades para el gobierno regional, gobierno local, personal de salud y comunidad organizada en torno a la implementación de esta iniciativa como estrategia frente a las limitaciones geográficas para el acceso al parto institucional, y por ende, reducción de la mortalidad materna neonatal.

3.2. Determinantes sociales que influyen en la Salud Materna Neonatal

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el posparto, así también comprende el desarrollo de acciones dirigidas a la protección de la salud de la madre y del recién nacido (OPS, 2013).

Para asegurar la salud materna neonatal, es necesario desarrollar, en primera instancia una política de promoción de la salud sexual y reproductiva, la cual al ser equilibrada, sana y plena en las mujeres contribuye al bienestar económico y sociocultural de las sociedades (Laaksonen, 2008). De esta forma, la maternidad saludable y la salud reproductiva son reconocidas como asuntos de desarrollo humano, constituyéndose derechos en salud y son vinculantes a otros derechos humanos (OPS, 2013).

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de la libertad de todas las parejas e individuos para decidir de manera responsable el número de hijos, el intervalo entre éstos y a disponer de información veraz y oportuna para ello.

Por ende, la promoción del ejercicio responsable de estos derechos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar (Dador, 2007). Este compromiso debe involucrar también la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente las necesidades de los adolescentes con el fin de asumir su sexualidad de manera responsable.

En ese contexto, la reducción de la morbilidad y mortalidad materna demanda la sinergia de intervenciones, orientadas no sólo al acceso universal a servicios de salud y nutrición antes, durante y luego del parto, acceso a servicios de planificación familiar,

atención profesional del parto y acceso a servicios de calidad en caso de emergencias obstétricas; sino también a través del incremento de años de escolaridad en la mujer y la promoción de políticas que favorezcan el desarrollo económico y social (Hernández-Prado *et al.*, 2011).

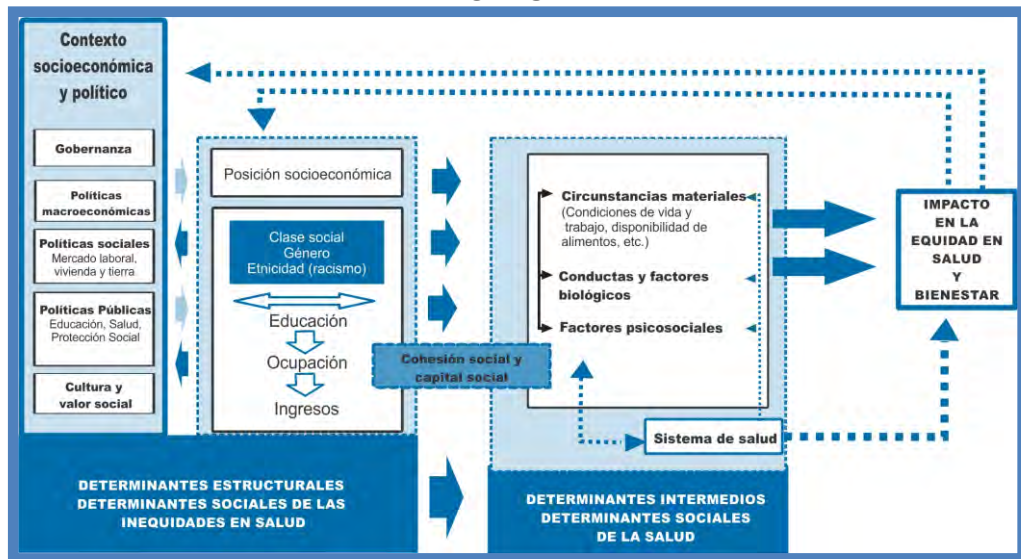
Estas son algunas condiciones del entorno que influyen en la mortalidad materna neonatal. Cabe indicar que se denominan determinantes sociales a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Según la OMS (2008): “estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud permiten explicar las inequidades sanitarias, las cuales pueden ser evitables”.

Los determinantes sociales de la salud se clasifican en dos tipos: estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales se refieren a los mecanismos socioeconómicos que generan las oportunidades de salud de los grupos sociales, ubicando a las personas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Estos determinantes estructurales son: ingreso económico, cultura, educación, ocupación, clase social, género, raza/etnia y orientación sexual (Solar, O. e Irwin, A., 2010).

Asimismo, Solar e Irwin (2010) plantean que: “los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y vulnerabilidad” de las circunstancias que influyen en las personas y su salud. Son determinantes intermedios: las condiciones de vivienda, trabajo y seguridad alimentaria; las barreras para la adopción de estilos de vida saludables, y el sistema mismo de salud.

El siguiente gráfico describe el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, desarrollado por ambos investigadores.

**GRÁFICO N° 7:
MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**



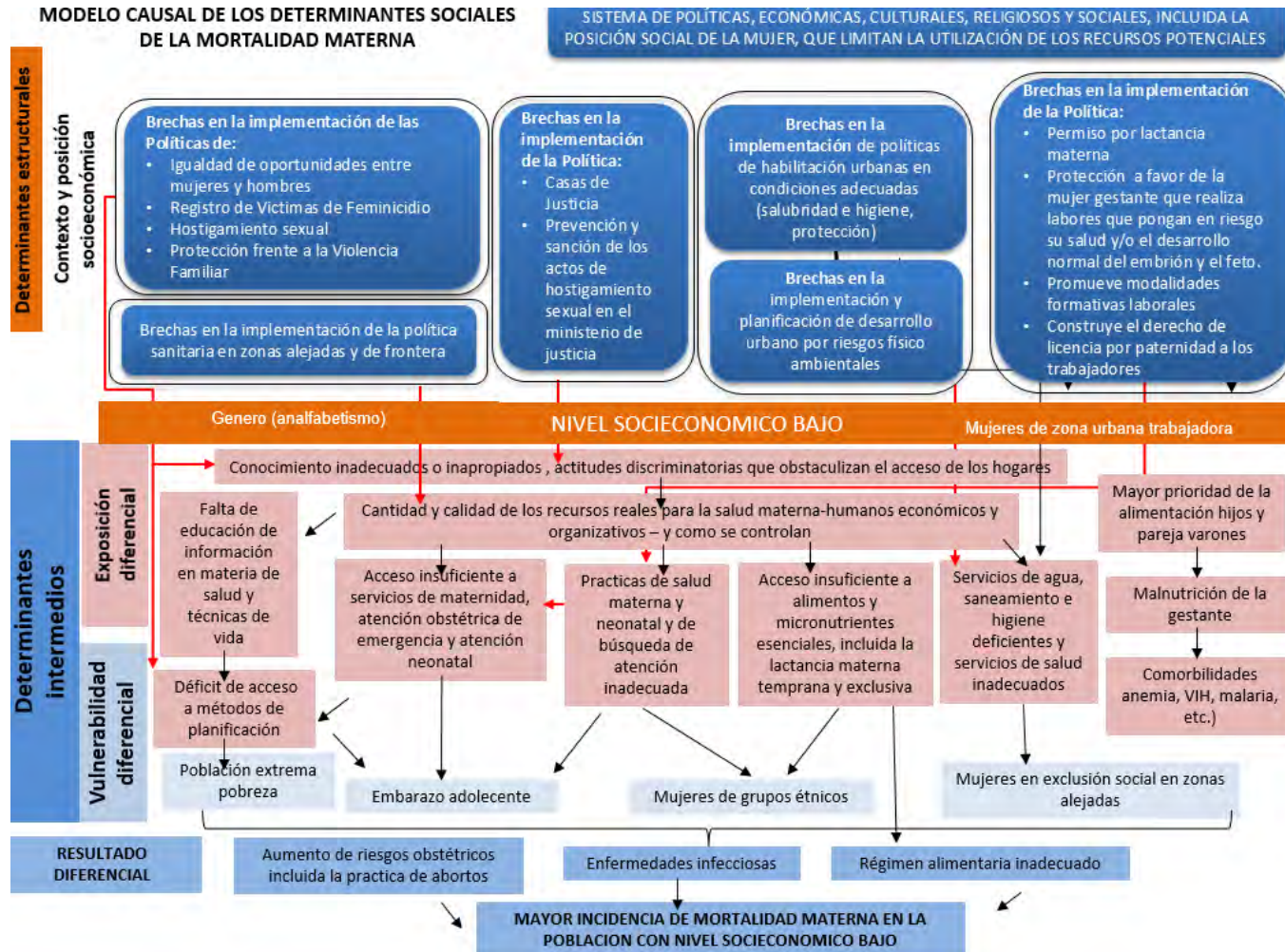
Fuente: Solar, O. e Irwin, A. (2010)

Por consiguiente, los siguientes son determinantes sociales de la mortalidad materna neonatal: a) género, b) ingreso económico familiar, c) nivel educativo de la mujer, d) condiciones laborales, e) condiciones de la vivienda y saneamiento básico, f) servicio de salud, g) estilo de vida.

Para efectos de esta investigación, los determinantes sociales que se analizarán son: acceso al servicio de salud, cultura y género.

Estos determinantes sociales, vinculados a la mortalidad materna neonatal, se expresan en el modelo causal que se presenta a continuación (MINSA, 2013), el cual analiza el contexto y la posición socioeconómica de las mujeres, a partir de tres determinantes estructurales: género, nivel socio económico y condición del empleo, y cómo se expresan, a través de determinantes intermedios, resultando en la mayor incidencia de mortalidad materna en las mujeres que poseen un bajo nivel socioeconómico.

GRÁFICO N° 8: MODELO CAUSAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD MATERNA



Fuente: MINSA, Dirección General de Promoción de la Salud, 2013

En ese sentido, se identifican brechas generadas a raíz del contexto y posición socioeconómica, por lo que se expresa la necesidad de reducción de brechas en la implementación de políticas para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, así como las políticas referidas a las condiciones laborales de las mujeres económicamente activas y en edad fértil.

Se visibilizan también las resultantes del impacto de determinantes intermedios, como: incipientes conocimientos, acceso y uso de métodos de planificación familiar, aumento de riesgos obstétricos en las mujeres, acceso insuficiente a servicios de maternidad, atención obstétrica de emergencia y atención neonatal; prácticas de salud materna y neonatal; acceso insuficiente a alimentos y micronutrientes esenciales, acceso a agua potable y condiciones de saneamiento y prácticas de higiene en la vivienda; así como prácticas de alimentación de la madre y el bebé.

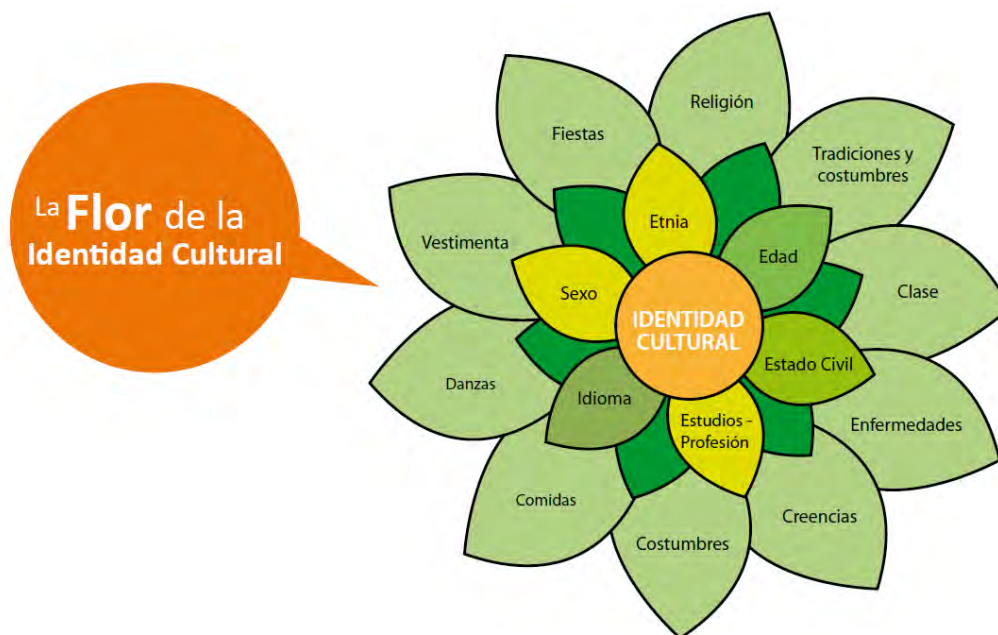
3.3. Cultura, diálogo intercultural y pertinencia cultural

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1992), la cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a un grupo social, que expresan su modo de vida, sistemas de valores, tradiciones y creencias.

Entonces, la cultura implica saber cómo vive un pueblo, cómo se expresa y actúa; cómo se organiza socialmente y las relaciones que se establecen entre sí, con la naturaleza, con los animales y la espiritualidad. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2011).

A partir de esta relación entre las personas y su entorno social surge la identidad cultural, en la cual influye, la etnia, la clase social, la edad, la tradición, el idioma, los estudios, la religión, el entorno, entre otros (UNFPA, 2011), como se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 9: COMPONENTES DE LA IDENTIDAD CULTURAL



Fuente: Módulo de Atención en Salud con Pertinencia Intercultural.
Fondo de Población de las Naciones Unidas – Perú, 2011

En las relaciones que se establecen en la sociedad, Panikkar (2002) distingue dos niveles de diálogo intercultural: a) Dialogal (preteórico); b) Intercambio de racionalidades (dialéctico, teórico). El primer nivel no busca convencer al otro, sino el encuentro entre interlocutores y sus diferentes horizontes de comprensión del mundo. El encuentro intercultural no es del orden de la teoría, sino de la vivencia. A diferencia del segundo nivel, el cual busca la confrontación entre argumentos sobre un tema común y tiene una intencionalidad retórica, por lo que busca la persuasión racional del interlocutor (citado por Tubino, 2015). En este contexto, este estudio analizará cuál de los dos niveles de diálogo intercultural, planteados por Panikkar, está presente en los servicios de salud en la provincia de Churcampa.

Asimismo, es oportuno considerar que los servicios de públicos con pertinencia cultural, según el Ministerio de Cultura (MINCUL, 2015): “son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención”.

Para ello, se debe considerar que la pertinencia cultural implica (MINCUL, 2015) “la adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias)

del ámbito de atención, así como la valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y de bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad.”

Las principales características de un servicio público pertinente culturalmente, según el MINCUL (2015), son:

- “Servicios libres de discriminación: se brinda un trato igualitario y de respeto a todas las personas independientemente de sus características (étnicas, sociales, económicas, culturales, etc.).
- Servicios bilingües: se brinda atención en la lengua oficial y en la lengua predominante en la zona, siendo así accesible para las personas que se comunican en una lengua diferente al castellano.
- Servicios que incorporan la perspectiva cultural de la población que atienden, integrando sistemas tradicionales y modernos en el modelo de atención.”

Para efectos de la presente investigación, se analizará la pertinencia cultural de los servicios de salud ofertados en la provincia de Churcampa, de acuerdo a los criterios planteados por el MINCUL, dado que la cultura es un determinante social que influye en la atención de las gestantes, parturientas y puérperas.

3.4. Articulación intersectorial

Se refiere al trabajo integrado entre los distintos sectores para alcanzar una meta colectiva. En ámbito sanitario es la acción que se refiere a la planificación y ejecución de acciones de manera articulada, tanto a nivel de los sectores, de los sistemas administrativos, como entre los niveles de gobierno, fomentando la información, coordinación, cooperación e integración continua asociada a la promoción de recursos y capacidades para responder a las demandas ciudadanas con eficiencia y de manera oportuna (Solar, O.; Valentine, N.; Rice, M. y Albrecht, D., 2009).

Bajo esta tipología se analizará la articulación entre los gestores del Consorcio Madre Niño, tomadores de decisión desde el sector salud a nivel local y los líderes comunitarios.

Es así que se establece una tipología de articulación intersectorial que comprende niveles de involucramiento: **información, cooperación, coordinación e integración.**

A continuación, se describen las características para cada uno de ellos (Solar *et al.*, 2009):

✓ **Información**

Consiste en el intercambio de información con otros sectores, por ejemplo, los resultados de un estudio, análisis o problema en el sector. Es una relación de una sola vía. Es un primer paso en el proceso de articulación intersectorial, pues la información es parte de la construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo horizontal.

✓ **Cooperación**

Está referida a la interacción entre los sectores para lograr una mayor eficiencia en las acciones de cada sector. Se logra una cooperación incidental, casual o reactiva en acciones orientadas estratégicamente para aquellos problemas en los que las actividades de otros sectores pueden ser decisivas. El objetivo es optimizar los recursos de los distintos sectores y cuyos resultados presentan pérdida de autonomía desde cada uno de los sectores. Esta alianza implica interés y beneficios para los sectores involucrados. Este tipo de intersectorialidad, básicamente, está presente en el campo de la ejecución o aplicación de los programas o políticas, mas no en su formulación.

✓ **Coordinación**

Implica un esfuerzo de trabajo conjunto entre las políticas y programas de cada sector en busca de una mayor eficiencia y eficacia, y apunta a la creación de redes horizontales entre los sectores. También suele emplear una fuente de financiamiento compartido, lo cual es de gran importancia, ya que para crear sinergias dentro de la administración pública es necesario tener una visión más amplia de los temas o problemas de los que se ocupa cada sector. Es esencial también que la intersectorialidad sea reafirmada en los planes y presupuestos de cada uno de los sectores, traduciéndose en una mayor dependencia y, por tanto, una pérdida de la autonomía de cada uno de ellos.

✓ **Integración**

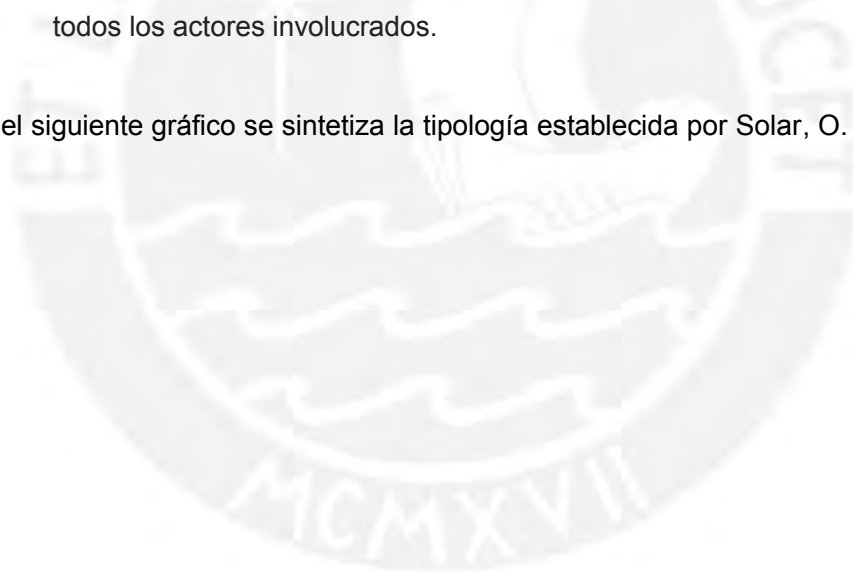
El trabajo integrado implica la definición de una política o programa, junto con otros sectores, donde hay una nueva política que representa la labor de todos los involucrados. El reto supone la integración de los objetivos y la integración administrativa de ciertos procesos entre los sectores. Por lo

tanto, no sólo comprende la ejecución o aplicación de las políticas, sino también su formulación.

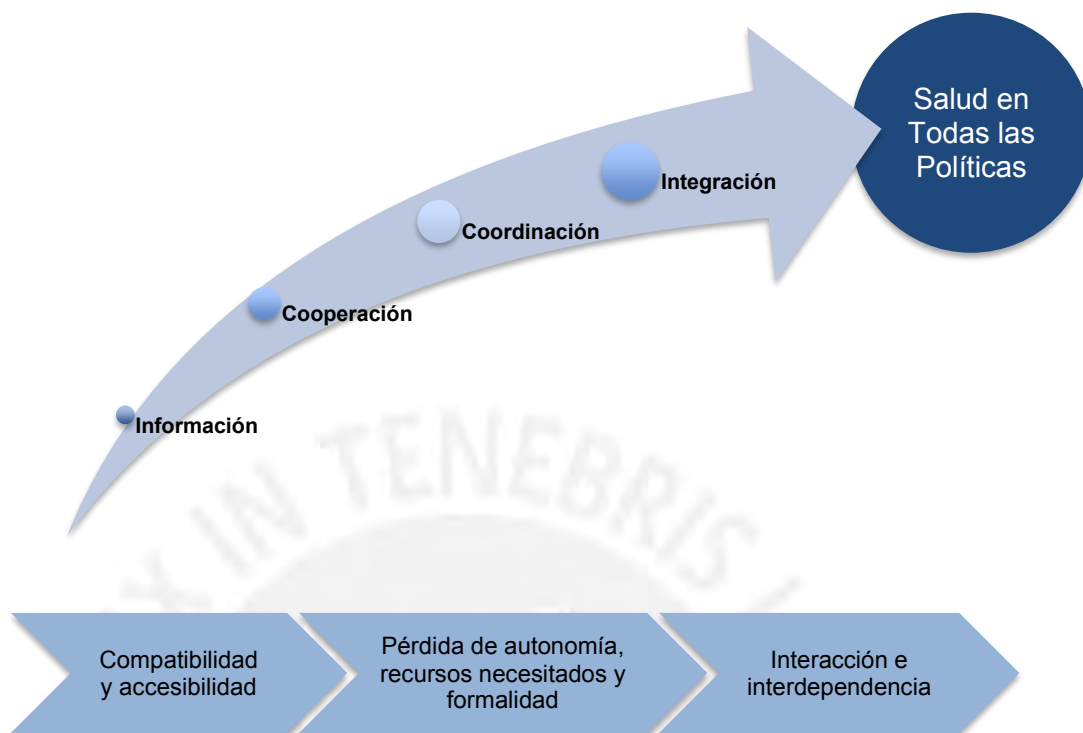
✓ **La salud en todas las políticas**

Es un paso complementario a la **integración**, donde la intersectorialidad comprende no sólo presentar una estrategia para resolver problemas, sino también como un área de desarrollo y producción de nuevos programas y políticas, formulados en términos de contribuir a mejorar la calidad de vida. No sólo hay integración en la formulación, diseño e implementación de políticas de salud con otros sectores, sino que además la salud es considerada uno de los ejes de todas las políticas, especialmente las políticas sociales. Todos los otros sectores se comprometen en realizar acciones a favor de la salud, y al mismo tiempo incluyen como uno de sus objetivos estratégicos, ya sea explícita o implícitamente. Esto no constituye necesariamente el liderazgo del sector salud en cada uno de los procesos sectoriales, sino que significa que hay un liderazgo dentro del sector sobre esta visión de trabajo y las responsabilidades hacia la población desde todos los actores involucrados.

En el siguiente gráfico se sintetiza la tipología establecida por Solar, O. *et al.*(2009):



**GRÁFICO N°10:
POSIBLES FORMAS DE ARTICULACIÓN CON OTROS SECTORES**



Fuente: Compilación basada en la integración de políticas en los Países Bajos de E. Meijers. Adaptado por Solar, O. *et al.*, 2009 (Traducción propia)

3.5. La búsqueda del bienestar multidimensional por encima del ingreso económico

En este acápite se analizará el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en la provincia de Churcampa, según las dimensiones planteadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es decir, a partir de condiciones geográficas, sociales, económicas y educativas que impactan en la supervivencia de la madre y el recién nacido así como la salud materna neonatal.

3.5.1. Características geográficas y demográficas de Churcampa

La provincia de Churcampa limita al Este y Sur con la Región de Ayacucho, al Oeste con la provincia de Acobamba y al Norte con la provincia de Tayacaja, ambas pertenecientes a Huancavelica.

Cuenta con diez distritos: Chinchihuasi, Churcampa, El Carmen, La Merced, Locomo, Mayoccc, Pachamarca, Paucarbamba, Paucarbambilla y San Pedro de Coris (Calandria *et al.* 2009).

**GRÁFICO N° 11:
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PROVINCIA DE CHURCAMP**



Fuente: Consorcio Madre Niño, 2009

Para llegar a Churcampa se debe emplear alguna de las dos vías que unen a esta provincia con Ayacucho y Junín. Churcampa dista 190 Km de la ciudad de Huancayo y 122 Km de la ciudad de Huamanga. No existe acceso directo desde la capital regional sino a través de vías menores poco transitadas, cuyo tortuoso recorrido puede demandar hasta 14 horas (Calandria *et al.* 2009).

La población de Huancavelica ascendió a 158 594 habitantes en el 2015 (INEI, 2016), de los cuales 44 582 personas viven en la provincia de Churcampa. En la capital de la provincia que lleva el mismo nombre, la población es de 5 915 y en el distrito de Paucarbamba esta cifra se incrementa a 7 278 habitantes.

3.5.2. Índice de Desarrollo Humano: Contexto social, educativo y económico

De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2016), existen tres transformaciones subyacentes a las transiciones de los ingresos económicos en las familias en América Latina y El Caribe:

1) Los cambios demográficos dentro de los hogares han contribuido a mejorar los niveles de bienestar y a aumentar las probabilidades de salir de la pobreza por ingresos económicos, así también se produjo la expansión de la participación laboral de la mujer en todos los grupos de ingreso (población en situación de pobreza extrema, pobreza moderada, población vulnerable y clase media) durante el periodo 1993-2013.

2) Cambios generados a través del mercado laboral, más allá de la mejora de las tasas de formalidad del empleo. Los mayores beneficios del crecimiento económico derivado del auge de las materias primas se trasladó hacia los trabajadores a través de los salarios, principalmente de aquellos ubicados en la parte baja de la distribución.

3) Aumento del logro educativo que favoreció la reducción de las brechas salariales por niveles de calificación. Junto con las mejoras salariales, se expandió también la proporción de población activa con mayor logro educativo.

Cabe indicar que los avances en dimensiones centrales para el desarrollo humano, por ejemplo, salud y educación, aumentaron en la región de las Américas de forma notable desde 1990, a tasas medias anuales del 0,6% y el 1,3%, respectivamente —mayores que las observadas con relación a la dimensión económica del IDH—, en tanto que los indicadores específicos de mortalidad materna e infantil y de déficit alimentario se redujeron a más de la mitad durante esos años (PNUD, 2016).

Con la finalidad de evaluar la riqueza de las vidas humanas, y no solo la riqueza de las economías, el PNUD elaboró el IDH por países y regiones, el cual va de cero a uno (máximo desarrollo) (Asociación de Bancos del Perú, 2016).

El IDH hace hincapié en que las personas y sus capacidades —y no el crecimiento económico por sí solo— deben ser el criterio más importante para evaluar el desarrollo de un país y si éste aporta a sus ciudadanos las condiciones donde puedan desarrollar, de manera favorable o no, su proyecto de vida. Para ello, el IDH analiza tres variables (Economy Weblog, 2009):

- i. Esperanza de vida al nacer.- Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio (CEPAL, 2007).
- ii. Educación.- Recoge el nivel de alfabetización adulta y el nivel de estudios alcanzado (primaria, secundaria o estudios superiores).
- iii. PIB per Cápita (a paridad de poder adquisitivo).- Considera el producto interno bruto per cápita y evalúa el acceso a los recursos económicos necesarios para que las personas puedan tener un nivel de vida digno.

El referido informe expone que el Perú se ubica en el puesto 84 de un total de 188 países analizados y mantiene su clasificación dentro de la categoría de países de desarrollo humano alto con un índice de 0.734, un avance de 0.27% respecto a la cifra alcanzada en el 2013 (0.732). (PNUD, 2016)

En relación al departamento de Huancavelica, se identifica que en el 2012, el IDH es de 0.2962, ubicándose en el puesto 24 en comparación con las demás regiones del país. Al desagregar la información por distritos, se halla que el IDH en Churcampa y Paucarbamba es de 0.3321 y 0.1988, colocándolas en las posiciones 796 y 1631 en comparación con otros distritos en el país, respectivamente (PNUD, 2012).

De acuerdo a la información del PNUD (2012) y según las tres dimensiones de análisis consideradas en el IDH, se reporta que la **esperanza de vida al nacer** en el departamento de Huancavelica es de 65.16 años; en contraste al desagregado por distritos, que señala que en Churcampa es de 64.10 años, mientras en Paucarbamba asciende solo a 59.01 años.

Al respecto es pertinente mencionar que la tasa de mortalidad neonatal (por cada 1 000 nacidos vivos) en la región es de 15, 3; mientras la tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 nacidos vivos) es de 31,0 (INEI, 2016).

Respecto a la **población con educación secundaria completa**, en la región, ésta comprende el 43.16 % de la población huancavelicana. En los distritos de Churcampa y Paucarbamba, los porcentajes consignados son 32.55 % y 44.34 %, respectivamente. Asimismo, el promedio de años de educación (en población de 25 años a más) es de 5.58 en el departamento; a diferencia de

Churcampa en donde se incrementa a 6.07 años y decrece en Paucarbamba a 4.53 años.

Cabe indicar que en la región la tasa de analfabetismo en la población de 15 a más años de edad asciende a 14,3% en el 2015 (INEI, 2016). La comparación de tasas de analfabetismo entre hombres (5.8%) y mujeres (23,1) es dramática. De acuerdo al nivel educativo alcanzado, en el 2015, se identifica que la población que no posee instrucción básica regular o solo ha alcanzado el nivel inicial es de 10,1%; asimismo las y los huancavelicanos han alcanzado principalmente el nivel primaria (29,9%); en contraposición del 9,3% de la población que ha logrado acceder a una educación superior universitaria.

Sobre el **ingreso familiar per cápita**, se detalla que el promedio es de 317.2 soles en la región; mientras en Churcampa asciende a 477.8 soles; en dramática contraposición a Paucarbamba donde esta cifra decrece a 152.1 soles.

Asimismo, en el 2015, el ingreso promedio mensual proveniente del trabajo fue 719,9 soles. Al compararse el ingreso por sexo se identificó que la Población Económicamente Activa (PEA) masculina ganaba 817,9 soles; mientras la PEA femenina ganaba 533,9 soles. En referencia a la PEA ocupada se destaca que las principales ramas de actividad en la región son: agricultura, pesca y minería que constituyen el 67,7% del total de actividades económicas realizadas (INEI, 2016).

**CUADRO N° 5
IDH EN HUANCAVELICA SEGÚN DISTRITOS, 2012**

| ÁMBITOS | IDH | Dimensiones | | |
|-----------------------------|--------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| | | Esperanza de vida (años) | Escolaridad (%) | Ingreso familiar per cápita (soles) |
| HUANCAVELICA (DEPARTAMENTO) | 0.2962 | 65.16 | 43.16 | 317.2 |
| CHURCAMPA | 0.3321 | 64.10 | 32.55 | 477.8 |
| PAUCARBAMBA | 0.1988 | 59.01 | 44.34 | 152.1 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de información proporcionada por PNUD, 2012

En comparación al distrito de Churcampa, Paucarbamba presenta un menor IDH; no obstante al analizar de manera desagregada las dimensiones del mismo, es posible reconocer que existen diferencias notables entre los porcentajes de personas que acceden a los servicios educativos y culminan la

educación básica regular en Paucarbamba y Churcampa, el cual es mayor en el primero de ellos, evidenciando que posee mejores condiciones para el ejercicio del derecho a la educación. La dimensión de escolaridad es la única de las tres en la que Paucarbamba destaca frente a Churcampa, e incluso este valor se encuentra sobre el promedio departamental.

Sin embargo, al identificar el ingreso per cápita en Paucarbamba, se observa que éste se encuentra muy por debajo del promedio, lo cual impacta en la calidad de vida de las familias de esa localidad, principalmente en determinantes de la salud como: condiciones de la vivienda, acceso a alimentos, estilo de vida y acceso a los servicios de salud.

En cambio, se observa que en Churcampa, se posee mayores ingresos per cápita, incluso sobre el promedio departamental, lo cual se explicaría debido a que se constituye como capital de la provincia del mismo nombre y su conexión e intercambio económico con ciudades como Huancayo y Ayacucho.

Por consiguiente, virar de paradigma desde la medición basada únicamente en el ingreso económico hacia otro basado en indicadores sociales, laborales y ambientales no tiene únicamente un valor estadístico, sino que también resulta clave en el diseño de políticas públicas.

3.6. Empresa social

El emprendimiento social es el conjunto de acciones de la sociedad, sin ánimo de lucro, creadas y sostenidas con participación voluntaria y que busca soluciones a problemas sociales, en el que el principal valor es la solidaridad (Vargas, 2014).

La evolución del emprendimiento social se visibiliza a través de tres enfoques: **a) enfoque asistencialista** (filantropía) que impulsa acciones solidarias de atención y ayuda mutua a través de donaciones y subvenciones; **b) enfoque filantrópico estratégico** (tercer sector) que prioriza el acercamiento entre las empresas y el sector privado con la realidad social y **c) enfoque empresarial y de inversión social**, el cual busca la creación de valor económico y social de manera simultánea (Vargas, 2014).

En ese sentido, la Empresa social es una organización que apuesta a la vez por el incremento de su capital social y económico, a través de la generación de

rendimientos sociales y financieros, los cuales son distribuidos equitativamente entre la empresa, el territorio y sus socios (Vargas, 2014).

En una empresa social, a diferencia a una empresa tradicional que busca réditos económicos, cambian la visión y la naturaleza de la iniciativa creada por el(la) empresario(a). Por ello, según Mair y Martí (2004); Wei-Skillern, Austin, Leonard y Stevenson (2007): “la empresa social es idealizada, visionada y creada con la finalidad de capitalizar oportunidades para crear un cambio en la sociedad” (citado en Flores, 2012).

Por consiguiente, Weerawardena y Mort (2006) plantean el modelo de empresa social basada en alianzas, donde la generación de valor está determinada por el beneficio colectivo que se alcanza cuando se integra a diferentes stakeholders en un objetivo común (citado en Flores, 2012). De esta manera, además, se reducen los gastos por transacción (Coase, 1937 citado en Flores, 2012) que se generan en un mercado incipiente o inexistente (Flores, 2012).

Producto de esta investigación, se presenta la propuesta de emprendimiento social con la finalidad de potencializar las capacidades locales para el desarrollo económico en el territorio, que se abordará en el capítulo VII.

CAPÍTULO IV:

MARCO NORMATIVO E INTERVENCIÓN DEL CONSORCIO MADRE NIÑO

4.1. Marco normativo

El contexto normativo y de política está constituido por dispositivos legales de injerencia nacional, elaborados en el marco de las prioridades sanitarias con la finalidad de reducir la mortalidad materna neonatal, a partir del abordaje de los factores, como barreras geográficas y acceso al servicio; limitada capacidad resolutive de los establecimientos de salud, débil capacitación al personal de salud y la deficiente calidad de atención frente a las emergencias obstétricas y neonatales.

Para el análisis respectivo, se han priorizado los siguientes instrumentos de política:

- **Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud**, dada el 30 de setiembre de 2009, en contraste con el ejercicio de los derechos en salud de las gestantes, parturientas y puérperas.
- **Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación intercultural** (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.01), establece el protocolo dirigido al personal de salud para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los establecimientos de salud destinados a la población materno infantil (aquellos que posean niveles de categorización I-4, II y III), a fin de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica.

Cabe destacar que el documento no hace hincapié en la necesidad de fortalecer las competencias de los recursos humanos que brinden la atención del parto vertical, principalmente en el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva, de respeto hacia las diferencias culturales y sociales, así como la prestación del servicio, haciendo uso de la lengua materna de las usuarias.

- **Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural** (N.T.S. N° 121-MINSA/DGIESP V.01), aprobada mediante Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA el 21 de julio de 2016, la cual deja sin efecto el instrumento

anterior y cuya vigencia es posterior al trabajo de campo del presente estudio.

- **Documento Técnico: Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna.** En el marco del enfoque de programación presupuestaria que desarrolla el gobierno, bajo el presupuesto por resultados, se ha propuesto que la Casa Materna, se convierta en una iniciativa impulsada desde los gobiernos locales a través de los Proyectos de Inversión Pública (PIP) que faciliten la construcción y funcionamiento de la Casa Materna.

Se debe considerar que el embarazo, parto y puerperio implican un suceso social y cultural construido por la población y la dinámica comunal. La adecuación cultural en la Casa Materna favorece el acercamiento y respeto a las costumbres y cosmovisión que posee las mujeres andinas y de la Amazonía. Así mismo, contribuye al acceso al servicio de salud, frente a las barreras geográficas que merman esta oportunidad.

Por ello, el documento técnico establece responsabilidades en el gobierno regional, local, organizaciones comunales y personal de salud, actores claves en la implementación de la Casa Materna, aspecto que favorece la estrategia de adecuación cultural de los servicios de salud.

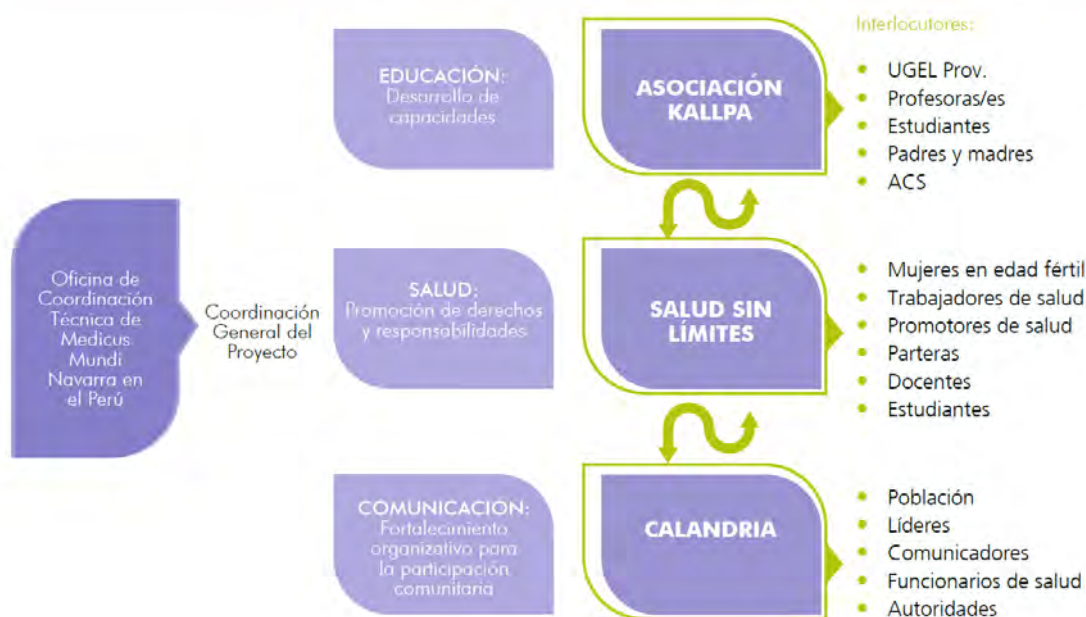
4.2. Intervención del Consorcio Madre Niño

a. Acciones realizadas

El Consorcio Madre Niño articuló la participación de las organizaciones no gubernamentales: Medicus Mundi, a cargo de la coordinación general del proyecto; Salud Sin Límites, responsable del componente de Salud; Asociación Kallpa, encargada del componente de Educación y Calandria, al frente del componente de Comunicación.

En el siguiente gráfico, se describen las responsabilidades asignadas y el público objetivo con el que cada organización estableció vínculos.

GRÁFICO N° 12: COMPONENTES Y DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL PROYECTO



Fuente: Consorcio Madre Niño, 2009

Las acciones realizadas por componentes son las siguientes, de acuerdo a Calandra *et al.* (2009):

“El componente Educación: (...) En el marco de un convenio de cooperación con la UGEL15 de Churcampa, se desplegó un trabajo de sensibilización y capacitación a especialistas y docentes sobre la importancia de la atención materna perinatal y la salud sexual y reproductiva: el embarazo, el parto, el puerperio, la atención y cuidados del recién nacido y los métodos de planificación familiar. Se adecuaron los contenidos temáticos del proyecto a la estructura educativa oficial buscando que dichos contenidos se incorporen en el currículo educativo de los niños, adolescentes y adultos jóvenes de las escuelas primarias y colegios de educación secundaria y se integren en el Proyecto Educativo Institucional y el Proyecto Curricular Institucional. (...) Los jóvenes entre 12 y 18 años recibieron también información sobre salud sexual y reproductiva: el embarazo (incluyendo la prevención del embarazo temprano), el parto y el puerperio, las señales de peligro durante los mismos, los riesgos del aborto, la atención y cuidados del recién nacido y los métodos de planificación familiar”.

Los(as) alumnos(as) se convirtieron en agentes de difusión de la importancia de la atención materna perinatal, con el propósito de disminuir los embarazos en adolescentes. Los(as) docentes y alumnos(as) eran considerados como potenciales promotores de salud e integrantes informados de comités de vigilancia de la salud en sus comunidades de origen.

El componente Salud: A través de este componente se logró contar con profesionales y técnicos en 27 establecimientos de salud, quienes según Calandra *et al.* (2009) alcanzaron: “mejores competencias para la atención intercultural, que brinden servicios de calidad con calidez”, a fin de incrementar la institucionalización del parto. Otro público capacitado fueron los(as) Agentes Comunitarios(as) de Salud y parteras. Calandra *et al.* (2009) indica que: “impulsó la formación de los Sistemas de Vigilancia Comunales (SIVICOS) y la organización de sistemas de evacuación de emergencias neonatales. De este modo, la intervención se orientó a reforzar el vínculo entre el servicio de salud y la comunidad”.

El componente de comunicación: Se trabajó, según Calandra *et al.* (2009): “con líderes, autoridades y funcionarios para incidir políticamente a favor de la maternidad segura y saludable”. El fortalecimiento de capacidades del personal de salud estuvo orientado al diseño y ejecución de planes locales de comunicación en salud, con énfasis en salud materna y perinatal. A través de comités locales de salud, se logró promover participación ciudadana, y por ende, la fortalecer la gestión en salud. Se logró incluir en la agenda mediática de la localidad la temática priorizada, con la participación de comunicadores radiales. Además, se impulsó la formación de grupos de teatro en los que participaron Agentes Comunitarios(as) de Salud y ciudadanía, así como desarrollo de festivales de salud alusivos a la temática. Se acompañó la intervención con la producción de diversos materiales educativos adecuados culturalmente (Calandra *et al.*, 2009).

En el proceso, se produjeron negociaciones entre los actores mencionados y de acuerdo a Carbone (2015)⁶: “en una relación muy paritaria, para poder alcanzar acuerdos sobre cómo querían ser atendidas las mujeres, sobre cómo estar atentos para que las mujeres puedan ser atendidas de la mejor manera posible”. Asimismo,

⁶ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

es relevante que la población comprenda que existen buenas practicas también en la prestación de los servicios dada por el personal de salud, las cuales pueden ser incorporadas dentro de la cultura de las usuarias. En ese sentido, se apostó para que de manera consensuada se construya entre ambos una mejor atención de salud (Carbone, 2015)⁷.

Otro aspecto relevante se presenta en la diferenciación que los gestores del Consorcio Madre Niño realizan entre la adecuación cultural y la pertinencia cultural, considerando ésta última como el eje de la intervención. Se identifica la adecuación como adaptación del servicio para atraer 'clientes' y cumplir la cobertura de atención en la jurisdicción asignada a un establecimiento de salud. En cambio, se denomina pertinencia como el desarrollo de acciones en el servicio de salud que responden a la garantía de derechos de los(as) usuarios(as), enfocándose en su cultura (Lema, 2015)⁸.

b. Resultados de la intervención

El principal logro que destaca el Consorcio Madre Niño es el diseño, validación e implementación de un modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna y perinatal, construido sobre el consenso entre las usuarias y prestadores del servicio de salud en la provincia, e institucionalizado por el MINSA para ser implementado en la jurisdicción de dos Microrredes participantes en el proyecto, la de Paucarcamba y Churcampa. Los resultados de esta adecuación cultural⁹ han sido, entre otros, según Calandria *et al.* (2009):

“Del lado de la demanda: las madres gestantes *aceptan* participar en los controles prenatales como mínimo seis veces antes del parto, a razón de una vez por mes. Sienten que se han superado las principales barreras que desalentaban el parto institucionalizado, en especial la vergüenza de desnudarse y cambiar de atuendo delante de personas que no son de su

⁷ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

⁸ Entrevista proporcionada por Claudia Lema, directora de Salud Sin Límites, responsable del componente de Salud desde el Consorcio Madre Niño.

⁹ Se hace referencia, en la totalidad del documento Cerrando Brechas, aproximando culturas. Un modelo de atención materno-perinatal, a la intervención centrada en la adecuación cultural. No obstante, Fernando Carbone y Claudia Lema hacen alusión a la pertinencia cultural durante las entrevistas realizadas, como un proceso resultado del diálogo consensuado entre las usuarias del servicio y el personal de salud. Por lo que se evidencian contradicciones entre el discurso institucional presentado en el documento y los informantes claves, pues expresiones como: “Las gestantes aceptan participar (...)” y “el personal de salud permite el parto asistido (...)” que se evidencian en el documento, perpetúan el intercambio de racionalidades que describe Panikkar como persuasión de uno sobre otro en el nivel dialéctico del diálogo intercultural (citado en Tubino, 2015), el cual impide el reconocimiento y valoración de saberes previos, relegando a la gestante a un rol no protagónico de su parto, ni sujeta de derechos durante la atención de salud.

confianza, la incomodidad de la posición horizontal para el parto y el recibir órdenes de comportamiento ajeno a su tradición y costumbres”.

Calandria *et al.* (2009) agrega que:

“Del lado de la oferta: Se han puesto en práctica cambios como, desde lo normativo, el respeto a los derechos, la interculturalidad, la promoción de los servicios y la capacidad de convocatoria de toda la población. Además, el personal de salud *permite* el parto asistido en condiciones de asepsia, en la posición vertical solicitada por las usuarias y acompañadas de sus esposos o del agente comunitario de salud (partera o promotor) que le inspira confianza y seguridad”.

De acuerdo al análisis realizado por el Consorcio Madre Niño, antes de iniciar el proyecto en el 2005, se identificaron los siguientes condiciones en el ámbito de la provincia de Churcampa:

- EE.SS. dotados de radio.
- EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil (04 por el proyecto)
- EE.SS. autorizados para atender partos.

Se evidencia que en el 2005, solo se disponía de cuatro EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil en los distritos de Churcampa, Coris, Anco y Paucarbamba, los únicos, además, autorizados para la atención de partos. Asimismo, en ninguno de los distritos de la provincia, existía una casa materna, comités de SIVICOS, o instituciones educativas con currículo de Salud Sexual y reproductiva (Calandria *et al.*, 2009). Estos indicadores se visibilizan en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO N° 13:
CONDICIÓN DE LA PROVINCIA AL INICIAR EL PROYECTO**



Fuente: Consorcio Madre Niño, 2009






Tras la implementación del proyecto, el Consorcio Madre - Niño identifica que se lograron cambios en las condiciones en las Microredes Churcampa y Paucarbamba, los cuales se expresaron, con énfasis, en los siguientes resultados:

- 27 EE.SS. dotados de equipamiento médico y personal de salud con responsabilidades obstétrico perinatales capacitados
- 14 EE.SS. autorizados para la atención de partos
- 6 EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil
- 14 EE.SS. dotados de sala de partos con adecuación intercultural
- 13 Disponibilidad de Casa de espera y/o acogida
- 94 Comités de SIVICOS en torno a un EE.SS.
- 20 Instituciones educativas con currículo de salud sexual y reproductiva

- 5 Grupos de teatro de ACS y/o personal de salud.

Estos resultados se plasman en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO N° 14:
CONDICIÓN DE LA MICRORED PAUCARBAMBA AL FINALIZAR EL
PROYECTO**

| Indicativos de la leyenda | Microred | Microred Churcampa | | | | | Microred Paucarbamba | | | | TOTAL | |
|---|-----------------|--------------------|-----------|--------|-------------|-----------|----------------------|-------------|------------|--------------|-------|-------|
| | Núcleo de salud | Núcleo Churcampa | | | Núcleo Anco | | Núcleo Paucarbamba | | | Nueva Coris | | |
| | Distrito | Churcampa | La Merced | Mayacc | Loceja | El Carmen | Anco | Paucarbamba | Pachamarca | Chinchihuasi | | Coris |
|  EE.SS. dotados de mejor equipamiento y PP.SS. con responsabilidades obstétrico perinatales capacitados. | | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 1 | 2 | 5 | 27 |
|  EE.SS. dotados de radio. | | 1 | | | 2 | 1 | 3 | | | 1 | 3 | 11 |
|  EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil (cuatro por el proyecto). | | 2 | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 6 |
|  EE.SS. autorizados para atender partos. | | 2 | | | 2 | 2 | 5 | 1 | | 1 | 1 | 14 |
|  EE.SS. dotados con sala de partos con adecuación intercultural. | | 2 | | | 2 | 1 | 5 | 2 | | 1 | 1 | 14 |
|  EE.SS. con casa de espera y/o acogida. | | | | | 2 | 1 | 4 | 2 | | 1 | 3 | 13 |
|  Grupos de teatro de ACS y/o PP.SS. | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 5 |
|  Comités de SIVICOS en torno a un EE.SS. | | 10 | | | 11 | 14 | 21 | 19 | 6 | 1 | 12 | 94 |
|  II.EE. con currículo de SSR y salud materna perinatal. | | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 20 |
|  Especialistas de la UGEL capacitados por el proyecto. | | 4 | | | | | | | | | | 4 |

Fuente: Consorcio Madre Niño, 2009

Otro logro relevante es que el Centro de Salud Churcampa sea considerado como espacio de pasantías nacionales e internacionales. Para ello, se recibió el apoyo de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, presentando la experiencia y sugiriendo a instancias nacionales y regionales el desarrollo de las mismas (Carbone, 2015)¹⁰.

¹⁰ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

c. Principales lecciones aprendidas del proyecto

El Consorcio Madre Niño cumplió el rol de promover el encuentro entre prestadores y usuarias(os), el diálogo consensuado y propiciar el apoyo del MINSA para la prestación del servicio de salud el enfoque intercultural en la provincia, principalmente, así como la colaboración en el posterior escalamiento a nivel nacional constituyéndose en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Se infiere que la labor de la sociedad civil tuvo impacto local, en primera instancia, lográndose ampliar a los ámbitos regional y nacional, en los cuales se perdió impacto (Carbone, 2015)¹¹.

Entre las lecciones aprendidas del periodo de intervención, Calandria *et al.* (2009) destaca las siguientes:

- ❖ “(...) Un proceso como el emprendido por el Consorcio Madre - Niño requiere apertura, paciencia, flexibilidad, diálogo y un ejercicio de escucha permanente, llevados a su máxima expresión posible por cada uno de los actores que se involucren en el mismo. Abordar una problemática multicausal requiere de una propuesta que, de manera simultánea y sobre la base de distintas experticias, desarrolle una combinación de acciones horizontales e integradas que alimenten procesos con responsabilidades definidas y de trabajo conjunto.”

Calandria *et al.* (2009) expone también que:

- ❖ “(...) La adecuación intercultural de los servicios de salud se inserta en un modelo integral de atención, de derechos y responsabilidades en salud que exige un abordaje articulado multisectorial, multidisciplinario y una aproximación antropológica y cultural individual, familiar y comunitaria a la salud.
- ❖ Existen principios generales para la atención sanitaria en el país que siempre debemos tener presentes:
 - ✓ Las usuarias de los servicios son primero.
 - ✓ La calidad y calidez de la atención son tan importantes como el respeto a la cultura, en tanto ésta no afecte la primera.

¹¹ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

- ✓ En el siglo XXI, debemos basarnos en evidencias y no en prejuicios para el desarrollo de las estrategias y políticas de salud.”

Por consiguiente, para el Consorcio Madre Niño, la interculturalidad no se puede construir unilateralmente, pues demanda el diálogo con la comunidad, cuyas principales innovaciones en el servicio de salud estuvieron vinculadas al respeto de sus derechos¹². En ese sentido, el servicio procuró ser accesible, no en términos económicos, sino propiciando la participación de las usuarias, mientras más involucradas se sientan, mayores logros se obtendrán (Lema, 2015)¹³.

La apuesta del Consorcio Madre Niño por la articulación intersectorial propició colocar a la Salud Materna en todas las políticas locales, con la finalidad de generar mayor impacto en los actores identificados; por ejemplo, a través del involucramiento de escolares de nivel primaria en la atención de salud materna (Lema, 2015)¹⁴, logrando que sean partícipes en el ámbito familiar de las situaciones de riesgo en las que pudieran verse envueltas sus madres durante la gestación.

Esta lección aprendida constituye la más valiosa de la experiencia vivida por el Consorcio Madre Niño, pues reconoce que la salud es multidisciplinaria, polifuncional e intersectorial e involucra la participación de los sectores que se encuentren en el territorio sean sanitarios o no (Carbone, 2015)¹⁵. Finalmente, sus gestores identifican que la construcción de consensos permite sostener en el tiempo formas innovadoras de hacer Salud. Ello, sumado a la incidencia pública o política permiten que las buenas prácticas en la gestión de los servicios de salud sean institucionalizadas como políticas de Estado.

En el siguiente capítulo, los resultados alcanzados y lecciones aprendidas por el Consorcio Madre Niño serán puestos en discusión y contrastados con los hallazgos identificados durante los meses de junio y julio del año 2015.

¹² Entrevista proporcionada por Claudia Lema, directora de Salud Sin Límites, responsable del componente de Salud desde el Consorcio Madre Niño. La informante hizo referencia principalmente a derechos como: evitar el tacto vaginal, horarios consensuados y uso del quechua, los cuales no son respetados, de acuerdo a la visita de campo realizada en el 2015.

¹³ Entrevista proporcionada por Claudia Lema, directora de Salud Sin Límites, responsable del componente de Salud desde el Consorcio Madre Niño.

¹⁴ Ídem.

¹⁵ Entrevista proporcionada por Fernando Carbone, coordinador del Consorcio Madre Niño.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se describen y analizan a continuación fueron obtenidos en los meses de junio y julio de 2015, a partir de entrevistas semiestructuradas (individuales y grupales), realizadas a 26 informantes claves de las zonas de intervención del estudio y del análisis documental del marco normativo vigente¹⁶ y sistematización del proyecto. Este capítulo ha sido estructurado a partir de las siguientes variables y sub variables:

- **Débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas, puérperas y sus familias en los servicios de salud**
 - ✓ Valoración contradictoria sobre el ejercicio de prácticas culturales.
 - Débil convicción de los profesionales de la salud sobre las prácticas culturales de las mujeres y sus familias.
 - Alta valoración de las mujeres, sus familias y Agentes Comunitarios de Salud sobre sus prácticas culturales.
 - ✓ Alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud (controles prenatales, parto y puerperio) en su lengua materna.
 - ✓ Alta vulneración del derecho a la información para la elección de la posición en la que desean dar a luz.
 - ✓ Mayor involucramiento del padre y/o familiares en la atención del parto institucional.

- **Débil gestión sostenible con pertinencia cultural**
 - ✓ Débil voluntad política de las autoridades en los niveles regional y local.
 - Ausencia y/o débil gestión local de las casas maternas.
 - ✓ Alta rotación e insuficiente personal de salud en el primer nivel de atención.
 - ✓ Débiles lazos de confianza e interacción entre las gestantes y los profesionales de salud y agentes comunitarios de salud.

¹⁶ Se hace referencia a los 4 instrumentos de política descritos en el capítulo anterior.

5.1. Débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas y puérperas en los servicios de salud

El débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas y puérperas en los servicios de salud se expresa como resultado de la conjunción de cuatro sub variables:

- ✓ Valoración contradictoria sobre el ejercicio de prácticas culturales.
- ✓ Alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud (controles pre-natales, parto y puerperio) en su lengua materna.
- ✓ Alta vulneración del derecho a la información para la elección de la posición en la que desean dar a luz.
- ✓ Mayor involucramiento del padre y/o familiares en la atención del parto institucional.

La débil convicción de los profesionales respecto de la valoración de las prácticas culturales durante la gestación, parto y puerperio; en contraste a la alta valoración que las mujeres y los ACS otorgan sobre las mismas, evidencian apreciaciones antagónicas entre estos actores. Esta situación expone que el respeto, la comprensión de símbolos culturales y garantías para la expresión de los mismos, es débil desde el personal de salud a pesar de que indican tener un alto compromiso. Asimismo, se manifiesta una alta vulneración en el ejercicio de prácticas culturales de las mujeres y sus familias durante su permanencia en el establecimiento de salud, evidenciando insatisfacción en la atención brindada.

La segunda sub variable alude a la alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud en su lengua materna de manera íntegra durante los controles pre-natales, parto y puerperio; aún si la usuaria es bilingüe y habla español. Se vulnera un derecho fundamental y no se brindan las garantías desde el sistema sanitario para el ejercicio del mismo, pues principalmente los profesionales de la salud, dedicados a la atención madre – niño que fueron entrevistados, no domina el quechua.

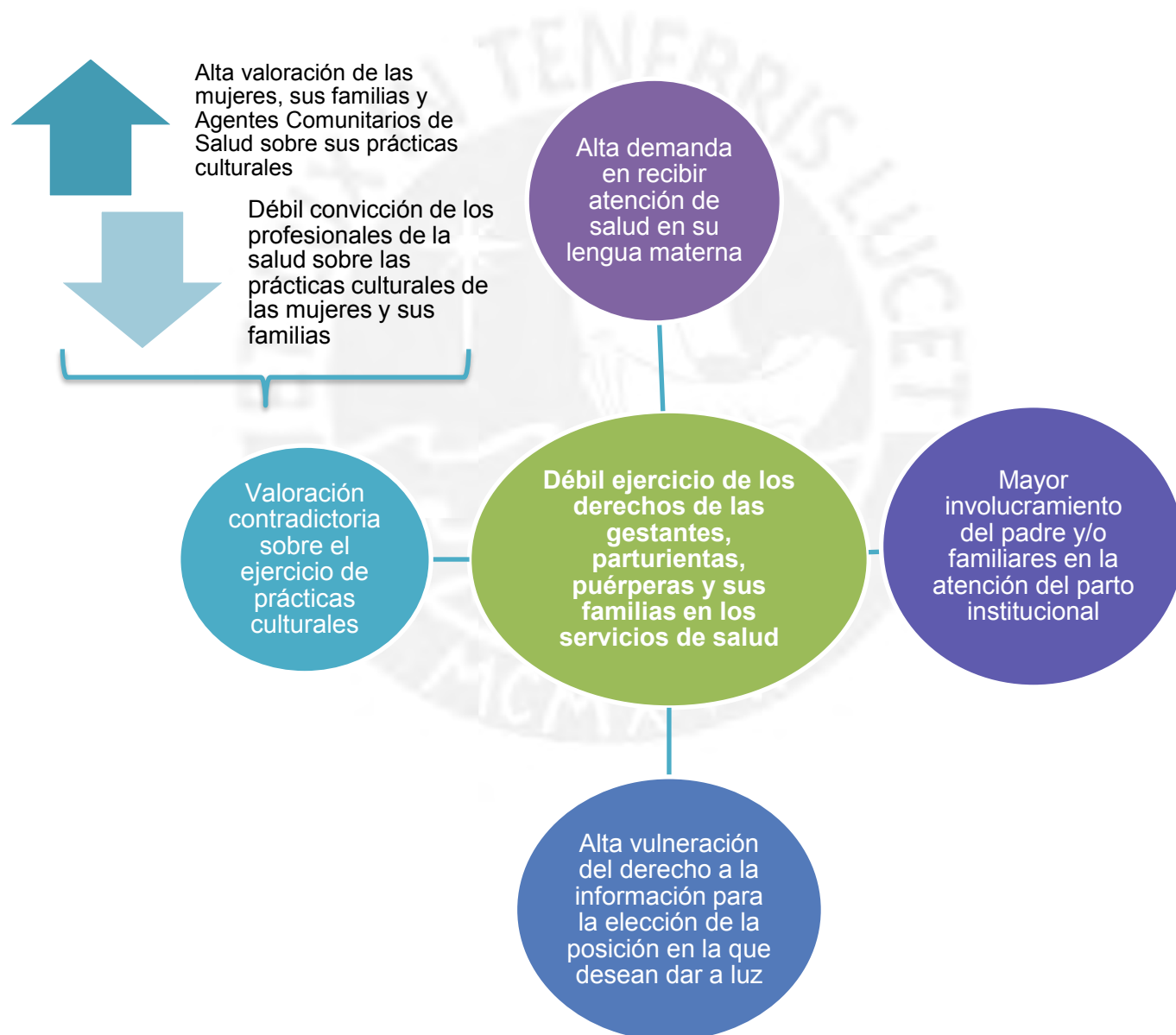
La tercera sub variable expresa la alta vulneración del derecho a la información para la elección de la posición en la que desean dar a luz las mujeres, la cual se debe proveer desde los controles pre-natales haciendo uso del instrumento denominado plan de parto.

La cuarta sub variable refleja el involucramiento del padre y/o familiares en la atención del parto institucional, el cual ha ido incrementándose y contribuye al

ejercicio de la co-responsabilidad en el cuidado de los niños y niñas desde la gestación y posterior crianza. No obstante, aún cuando la familia es partícipe del parto institucional, la vulneración del derecho en el ejercicio de prácticas culturales persiste por parte del personal de salud.

Estas sub variables en torno al débil ejercicio de los derechos de las usuarias, se expresa en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO N°15:
FACTORES QUE AFECTAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS
GESTANTES, PARTURIENTAS Y PUÉRPERAS**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, se destacan los siguientes:

- **Acceso a los servicios de salud**

A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley N° 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842 sobre la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.

- **Acceso a la información**

A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.

Considerando estas dos premisas, la vulneración de derechos en el servicio de salud se manifiesta en los siguientes aspectos:

- No es constante que las mujeres expresen la elección sobre la posición en la que deseaban dar a luz y no están informadas oportunamente sobre las ventajas y desventajas de las opciones que poseen (vertical u horizontal). No obstante, los ACS advierten que ellos(as) desempeñan un rol importante en facilitar la decisión de la gestante en la elección de la modalidad del parto.
- Las usuarias del Centro de Salud de Churcampa no pueden recibir sesiones de psicoprofilaxis, debido a que no se cuenta con un ambiente para ello.
- Las usuarias entrevistadas coinciden en que no se respetan sus costumbres ancestrales durante el parto y puerperio.
- La insatisfacción en la atención se expresa de manera enfática en las siguientes demandas:
 - ✓ Personal de salud que domine el quechua, aún cuando las usuarias son bilingües (quechua y español).
 - ✓ Personal de salud que conozca sus saberes ancestrales, como medir el pulso para determinar el momento del parto, o en su defecto, involucrar al/la partero(a).
 - ✓ Atención oportuna y con calidez.

5.1.1. Valoración contradictoria de las prácticas culturales

El análisis de la valoración de las prácticas culturales comprende los testimonios de las gestantes, agentes comunitarios de salud, personal de salud en torno a la implementación de la mencionada estrategia entre el 2005 y 2008 y su impacto en la actualidad.

Usuarías, personal de salud y agentes comunitarios de salud de la provincia de Churcampa, coinciden en que las prácticas más recurrentes en la tradición de las gestantes, parturientas y puérperas, y que comprenden su identidad cultural, son las siguientes:

- Uso del quechua principalmente y demanda de su uso, durante la atención recibida, a pesar de dominar el español.
- Consumo de plantas medicinales (hierba de guinda, huayhua, capulí, orégano, muña, eucalipto, entre otras) durante la labor de parto para acelerar la dilatación y menguar los dolores del trabajo de parto.
- Elección del parto vertical (sostenida por la sogá o sin esta, una variante es la posición en cuclillas) que favorece la confianza, comodidad y fuerza de las mujeres para afrontar esta situación.
- Uso de pañoleta en la cabeza para evitar el dolor de cabeza y que los vasos sanguíneos del cerebro *exploten*.
- Uso de faja (o chumpi) en el vientre antes y después de dar a luz, para que el útero (matriz) no se suba al estómago.
- Desovillar lana sobre el vientre materno antes del parto.
- Colocación de calabaza sobre el vientre materno para facilitar que el bebé tenga un descenso más rápido.
- Consumo de caldo de carnero después del parto para recuperar fuerzas.
- Entierro de la placenta cerca al fogón o lugar cálido para que el bebé no pase frío.
- Confianza en la partera antes que en el personal de salud, para determinar el momento del parto, sin necesidad del tacto vaginal, solo a través de la medición del pulso, así como para conocer la posición del bebé en el vientre.

Débil convicción de los profesionales de la salud en contraposición a la alta valoración de las mujeres y ACS sobre sus prácticas culturales

En la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural¹⁷ se plantea que la perspectiva del enfoque intercultural busca extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional, identificando sus diferencias pero no en contraposición entre ambos, sino que pudiendo complementarse. La finalidad de este instrumento es mejorar el acceso de la población alto andina y amazónica a los servicios de salud (MINSA, 2005).

Es importante precisar que el enfoque intercultural implica el reconocimiento y valoración del otro (MINSA, 2006), por lo que no es pertinente que éste deba restringirse a la atención de salud únicamente en beneficio de poblaciones andinas y amazónicas, sino ser considerado de manera íntegra por el sistema de salud peruano, más aún porque la referida norma técnica posee como ámbito de aplicación todos los establecimientos de salud Nivel I-4, Nivel II y Nivel III, sin distinción de su ubicación geográfica.

Al respecto, la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural¹⁸, amplía el ámbito de aplicación a nivel nacional, además de aquellos que pertenecen a la administración del MINSA, incluye a los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y Locales, de EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como hace un llamado a los servicios de salud privados interesados en este procedimiento (MINSA, 2016b).

Respecto del enfoque de interculturalidad, el primer documento técnico lo conceptualiza así:

Relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, (...) En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de manera, se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo (...) La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se

¹⁷ Vigente desde el 02 de agosto de 2005 hasta julio de 2016.

¹⁸ Vigente desde el 21 de julio de 2016 hasta la actualidad.

escuchan (...) No se trata de imponer de avasallar, sino de concertar (Citado en MINSA 2005: 16).

No obstante, en el desarrollo de los componentes de la atención del parto vertical se evidencia incongruencias entre el enfoque de interculturalidad que se plantea y operacionalización en las pautas que corresponden a cada uno ellos: 1) Organización, 2) Provisión, 3) Recepción de la gestante, 4) Atención del periodo de dilatación, 5) Atención del periodo expulsivo, 6) Atención inmediata del recién nacido, 7) Atención del período de alumbramiento, 8) Atención del puerperio inmediato, 9) Complicaciones durante la atención del parto vertical, 10) Orientación/Consejería después del parto, 11) Criterios de alta y 12) Referencia y contrarreferencia.

Estas incongruencias se manifiestan, principalmente, en los componentes de Organización, Provisión, Recepción de la gestante, Atención del periodo de dilatación, Atención del periodo expulsivo, Atención del periodo de alumbramiento, y Atención del puerperio inmediato (Ver Cuadro N° 6).

En el primer componente, se evidencia la visión de la adecuación intercultural desde el MINSA, la cual mantuvo también la intervención del Consorcio Madre-Niño, considerando este proceso como un ajuste de la oferta de servicios maternos para producir una prestación de salud que cubra las necesidades de atención del parto de las mujeres de las poblaciones andinas y amazónicas, mas no como un proceso dinámico sustentado en el diálogo intercultural de nivel dialéctico, según la clasificación de que hace Panikkar (2002) en el cual se produce la confrontación de dos *logoi*, es decir “la disputa entre argumentos sobre un tema común”, sin llegar “a la puesta en contacto de diferentes horizontes de comprensión del mundo” (citado en Tubino, 2015), pues las pautas que se enuncian en el documento técnico colocan al personal de salud y a las mujeres andina y amazónicas en niveles diferentes en la jerarquía de ejercicio de poder, por lo que nos encontramos ante lo que Tubino (2015) denomina: “espacios culturalmente asimétricos donde la posibilidad de una buena comunicación intercultural está usualmente bloqueada.”

A pesar de que en los ítems de Recursos Humanos e Infraestructura que comprende el componente de Organización, se indica 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, propiciando un clima de confianza y seguridad” y se describa la

infraestructura, equipamiento y materiales necesarios que recogen las principales prácticas culturales de las mujeres; se presenta un enfático contrapunto con los testimonios de las usuarias de los establecimientos de salud de Churcampa y Paucarbamba, lo cual evidencia la necesidad de desarrollar en el personal de salud la sensibilidad y competencias para la interpretación de tradiciones culturales y el consenso (Ver Cuadro N° 6).

Aún cuando la norma técnica vigente, presenta esfuerzos por incorporar el enfoque de interculturalidad de manera transversal en el documento, persiste el paradigma hegemónico de la atención médica occidental. Ello es preocupante, considerando que habiéndose fortalecido y actualizado la versión dada en el 2005, el documento actual no esté orientado a modificar las condiciones que debieran garantizarse en el establecimiento de salud para propiciar un diálogo intercultural dialéctico.

Es importante rescatar que esta nueva versión diferencia pertinencia cultural de adecuación cultural en salud. Según el MINSA (2016b), la pertinencia cultural se define como: “construcción dialogada consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de la salud con las y los usuarios, quienes plantean como quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno necesidades y demandas”.

Mientras la adecuación cultural constituye para el MINSA (2016b): “un proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad”. No obstante, enfatiza únicamente el componente comunicacional de una intervención que debiera ser sistémica e integral, pues el MINSA (2016b) refiere que: “el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios (...)”.

Otro aspecto importante es que el MINSA (2016b) incorpora en el documento es el concepto de Agente de Medicina Tradicional o Ancestral: “personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo (...)”.

Sin embargo, no menciona cuál es el rol que cumple este actor en el sistema sanitario y/o cuál será su participación en la implementación de esta norma técnica, ni mucho menos en el proceso de atención del parto de las mujeres.

En ambos documentos se describen indicaciones que debe dar el personal de salud a las usuarias del servicio, las cuales no se basan en el respeto de saberes ancestrales y de su cosmovisión, sino en *permitir* o *acceder* a prácticas culturales que no sean nocivas para ellas y sus bebés, vulnerando su derecho a ser protagonistas de su propio parto. Estas expresiones se reafirman en el discurso del personal de salud (Ver Cuadro N° 6).

A pesar del compromiso que el personal de salud indica poseer, son débiles las manifestaciones de interés por crear consensos con la usuaria y su familia. Se evidencia el ejercicio asimétrico de poder entre ambos actores, cuando el primero impone al segundo aquello que debe llevar la gestante al establecimiento de salud (hierbas, alimentos, prendas, accesorios, etc.), determinando qué es conveniente o no.

Otra manifestación de la débil convicción del personal de salud es el exiguo conocimiento sobre los beneficios de las plantas medicinales, utilizadas durante el parto y/o puerperio, principalmente en el personal que posee menor tiempo de permanencia en el servicio de salud -pues cuando se les consultó al respecto en el Puesto de Salud de Occopampa y el Centro de Salud de Paucarbamba, optaron por ceder el turno de responder esta pregunta al(la) técnica(o) en enfermería-; no obstante, se evidencia la necesidad de respetar esta costumbre de las usuarias.

Cabe indicar que el uso de las plantas medicinales es valorado positivamente para favorecer el periodo expulsivo durante el parto; pero con restricciones para salvaguardar la salud de la parturienta y del bebé. En contraposición a lo expresado por el personal de salud, las usuarias coinciden que éste no respeta esta costumbre ancestral (Ver Cuadro N° 6).

Un aspecto adicional que es valorado por las mujeres es el uso de elementos como la pañoleta durante y después del parto para amainar el dolor de cabeza; así como la faja o chumpi para que -de acuerdo a su cosmovisión- el útero (matriz o madre) no se 'suba' al estómago durante el puerperio, pues como ya no lleva alojado al bebé, no se 'salga' en su búsqueda.

Un factor trascendental que justifica la débil convicción del personal de salud son los paradigmas que traen consigo desde su formación profesional en relación a las ventajas y desventajas del parto vertical, lo cual representa la necesidad de incorporar los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud en la currícula académica.

A continuación, el Cuadro N° 6 expone y compara el discurso inmerso en los documentos técnicos, las valoraciones dadas por el personal de salud y los y las agentes comunitarios de salud, quienes a pesar de identificar la necesidad de mejorar la calidad de la atención materno neonatal, persiste la vulneración de derechos en el ejercicio de las prácticas culturales de las usuarias y sus familias.



**CUADRO N° 6:
DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES**

| Puntos de análisis | Norma Técnica vigente | Norma Técnica previa | Personal de Salud | Usuarías | ACS |
|---|--|---|--|---|---|
| Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto | “Explicar a la gestante y a su acompañante los procedimientos a seguir de forma clara evitando términos técnicos. Considere, respete y concerte las prácticas habituales de su cultura que no sean nocivas para su salud relacionadas a la atención del parto (creencias, idioma y costumbres), escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de entender”. | “El personal debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo familiar elegido por la parturienta. Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres. Evaluar técnicas de relajación y masajes. Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales (...)” | “(…) y se les permite utilizar brebajes, aceites para los masajes y otros elementos que son propios de su cultura”. Obstetriz, C.S. Churcampa “(…) que dicen que cuando no baja el bebé, ellos se pasan la calabaza por el abdomen, y según la creencia de ellos, el bebé se posiciona para que él pueda nacer, para que venga un descenso mucho más rápido de nuestro pequeño. Entonces, allí tenemos la calabaza, y cuando el paciente desea calabaza y empiezan a pasar por el abdomen, entonces, esa es parte de la creencia de ellos, lo cual tenemos que respetar eso, ¿no?”. Obstetriz, C.S. Paucarbamba | “(…) ¿Por qué no nos amarran con faja?; no con un trapito, nomás. Cuando das a luz te sientes que tu barriga, parece que algo se va a salir, algo así sientes; pero como nosotros tenemos costumbre, amarramos con faja (...) te sientes mejor. Te sientes con fuerza cuando te pones, porque recién sale la bebe, es como aflojado”. C.S. Churcampa “[Usó] chumpi (faja) [después del parto] con calabacita también, antes del parto, ese es un secreto dicen” C.S. Paucarbamba | “Cuando agarramos calabaza también se pone como calabaza durita la barriga, a veces él bebe se mueve, a veces no, duro se pone en la barriga y es cuando tenemos que pasar la calabaza”. C.S. Paucarbamba “Traemos [faja] cuando venimos juntos; pero ya no ponen ellas; ya no hacen poner, ya no ya. (...) Cuando llevamos a la posta ya ponen su suero; seguro ponen algunas ampollas para que ayuden y por eso ya no fajan”. C.S. Churcampa |

Fuente: Elaboración propia

(Continúa en la siguiente página)

**CUADRO N° 6:
DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES**

| Puntos de análisis | Norma Técnica vigente | Norma Técnica previa | Personal de Salud | Usuaris | ACS |
|---|---|--|--|---|---|
| Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto | <p>“Respetar la práctica de costumbres ancestrales en el parto: uso de pañuelos, fajas, bebidas y otros) según sus creencias de la zona”.</p> <p>“(…) facilitar la colocación de la faja o del chumpi y el rollete como mecanismo de comprensión, prácticas tradicionales no nocivas de acuerdo a sus costumbres de cada zona (…)”.</p> | <p>“El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se favorecidos en e alojamiento conjunto de la madre-niño y su familia (...) Se usará de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tiene temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas. Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja”.</p> | <p>“El rollete viene a ser un manojito de lana en forma de una esfera que se coloca por encima del fondo uterino, a veces lo coloca al nivel del ombligo y lo sujetan, le dan como una especie de cinturones alrededor de este ovillo de lana y lo van ajustando de acuerdo lo tolere la puérpera. Nosotros les indicamos: ¿trajiste tu chumpi?, ¿trajiste tu lana? Sí, ya entonces colócate, y ya después cuando están atendiendo al recién nacido, ya su familiar le está amarrando, le está atendiendo. (...) Un señor se había conseguido una botellita de caña, es el trago andino acá, ¿no?, es consumido por la población para sus fiestas y toman un poco de esa caña y como una especie de pulverizar, de escupir pues de la boca a la cara de la parturienta, supuestamente su costumbre dicen para que no le dé el sobrepeso, para que le dé una especie de fuerza, de valor, ¿no?, a la puérpera porque recién esa madre, según la creencia, está muy débil y entonces se tiene que proteger para que no le dé una hemorragia y otro tipo de peligro”.</p> <p>Obstetra, C.S. Churcampa</p> | <p>“[Usan faja] porque sus madres pueden tapan su estómago, pueden morir; salta dicen, pero de mí no era ya así, ya. No me han amarrado con faja, solamente con ampollas será pues (...) No me han hecho nada. Ni vincha al principio amarraron (...) Me duele cabeza, te he dicho, por eso amarraron cuando llegué aquí; pero en Ayacucho me hicieron otro tratamiento. (...) cuando das a luz dicen tus huesitos se abre por eso, dice que por eso duele también, fuerza haces, duele la cabeza (...) por eso yo me hecho amarrar”.</p> <p>C.S. Churcampa</p> <p>“Sí, faja usamos en el estómago, una cuña ponemos (...) un trapito acasito, hacemos como bolita ahícito la faja ponemos porque en la chacra hacemos fuerza, (...) Sí, en la cabeza amarramos [una vincha] (...). Cuando me está agarrando por el dolor nomás nos amarran la cabeza (...)”.</p> <p>C.S. Paucarbamba</p> | <p>“(…) tenemos lo que es en plantitas medicinales, que ayudan bastante a las madres, por ejemplo, nosotros conocemos qué es la congona, la hojita de la guinda. Lo haces reposar en fusión con una copita de caña de tomar, eso le haces tomar a la madre que ya está con sus dolores. Le ayuda a que se puede dilatar rápido, el cuerpo empieza a calentar, se dilata a pesar de que esta fría y rápido da a luz, esas cosas vienen del campo, de nuestros ancestros y también siempre nosotros esas ideas hemos dado cuando el consorcio daba talleres a los agentes comunitarios. Ambos hemos intercambiado ideas y de esa manera ahora se viene trabajando”.</p> <p>C.S. Churcampa</p> |

Fuente: Elaboración propia

(Continúa en la siguiente página)

(Proviene de la página anterior)

**CUADRO N° 6:
DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES**

| Puntos de análisis | Norma Técnica vigente | Norma Técnica previa | Personal de Salud | Usuarías | ACS |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto</p> | <p>“Permitir a la gestante la ingesta de alimentos y líquidos azucarados de alto contenido calórico, preparados o infusiones que favorezcan el trabajo de parto de acuerdo a sus costumbres”.</p> <p>“Permitir que la parturienta reciba algún mate caliente de parte de sus familiares, de acuerdo a sus costumbres o preferencias, previo control del personal de salud (té de algodón, sharamasho, anís, muña, ajeno, manzanilla, orégano, ruda u otros)”</p> | <p>“El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto”.</p> | <p>“Las hierbas no las conozco del todo, pero suele utilizarla la partera, como son los sahumeros; más que todo sahumeros; más que todo para tranquilidad y la comodidad, porque es respetando las costumbres que han tenido”. Médico, P.S. Occopampa</p> <p>“Yo considero que no podemos estandarizarlos, porque cada pareja, cada familia tiene una vivencia diferente; entonces ellos vienen ya, lo que se han transmitido de generación en generación. ¿Qué prácticas se pueden? Mientras no sean dañinas nosotros les permitimos nada más; pero eso sí, tenemos cuidado con las yerbas oxitóxicas. Por ejemplo, el agua de la hoja de la guinda es un oxiótico potente, a veces nos produce partos precipitados y es por eso que no, que tratamos de evitar, ¿no? Porque muchas veces nos vienen tomándose esa yerba, llegan ya, hacemos el examen y están con dilatación 1, pero esto es tan potente que en una hora están en dilatación 10. Esto es un parto precipitado, puede haber complicaciones en el post parto, en el mismo parto puede haber una ruptura de canal de cuello uterino, del canal vaginal, etc., porque el útero trabaja como un motor y expulsa el bebé, y en esa salida puede producirse cualquier cosa, el bebé puede caerse al piso, un accidente. Entonces tratamos de preguntarles: ¿qué cosas has tomado? Si han traído su botella, probar; si ha traído su agua de ruda o de guinda, ya le decimos que no. Sí pueden utilizar el agua de guinda, pero de dilatación de 7 u 8, porque allí si facilitaría el proceso, pero antes no”. Obstetriz, C.S. Churcampa</p> | <p>“Sí, he tomado yerbas de capulí (guinda), así como calurosa, (...) y aguaymanto, así rápido salía”. C.S. Paucarbamba</p> <p>“Ya no quieren; cuando tomas yerbas también ya no quieren ellos. No ya no permiten ya en Churcampa. Quizás es cualquier cosa, dicen ellos. Ellos no saben pues, por eso dicen así, pero ya no quieren ya. (...) Agua de guinda, después huayo es una yerba que cuando está en dilatación ocho, siete, ahí al toque da a luz, al toque nace”. C.S. Churcampa</p> | <p>“(…) pero nosotras sí en cuestión de hierbas para golpe: llantén, chupasangre, cola de caballo, esas cositas también un poquito de matico, después de parto tienen que tomar para que limpie la matriz”. C.S. Paucarbamba</p> <p>“Sí, yo estaba junto con don Joel en el centro, el enfermero que trabaja, (...) atendíamos en domicilio como en posta pe, así agarrando, dando hierbas calientes, ayudando, para que caliente así pe: Su yemita de motoi y guinda; esas yemitas le llevamos a tomar para que caliente su cuerpo y para que dilate más rápido”. C.S. Churcampa</p> |

Fuente: Elaboración propia

Continúa en la siguiente página)

CUADRO N° 6:
DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES

| Puntos de análisis | Norma Técnica vigente | Norma Técnica previa | Personal de Salud | Usuaris | ACS |
|---|--|--|--|--|--|
| Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto | “Inmediatamente después del parto, indicar una dieta completa hiperproteica respetando aspectos culturales de alimentación que no impliquen riesgos para la madre y el/la recién nacido/a” | “Se permitirá la ingesta de alimentos líquidos de acuerdo a las necesidades, y posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave”. | “Esto que ve es la guinda, estas hierbitas sus nombres científicos no me recuerdo, pero su nombre común es Tapca, ¿para qué?, esta hierba es más utilizable cuando dicen las mamás: ¡Ay! Cuando hay gente, se asusta mi hija. Entonces cuando se asusta dice desaparecen los dolores o la dilatación; ya no tienen, se calmó. (...) Pero en este caso esta hierba es lo que, ese susto que tienen lo desaparecen. Y vuelven a sentir la contracción, con esa hierba nuevamente regresa (...) Esta es la muña, esta es huayhua como dice la obstetra, da calorías; después este que se ha secado es el orégano (...) Allá en el huerto hay toditito eso con su nombre está todo. Esto es toronjil, esto es capulí, matico es esto. Esto es menta, agüita de menta para darle sus mates”. Técnica en Enfermería, C.S. Paucarbamba | “Para que venga la bebe fácilmente: hierbas; las mamitas saben qué hierbas. Ellos piensan que con eso fácilmente podemos dar a luz. Por ejemplo su hoja de guinda, después de eso su pescado, como caldo, después su jugo de olluco. Esas cosas hacen tomar para que venga fácilmente la bebe. (...) no nos han permitido tomar hierbas. No, para qué vas a dar de tomar siempre decían a mi suegra, ¿no? No quisieron que me haga tomar. Cuando tomas ese remedio te da más solución, rápido con eso. (...) De hecho que más gritos también hubiera recibido, porque era ella [su suegra] la que estaba allí, ¿no? Un poco renegando las doctoras y mi suegra le contestaba (...)”. C.S. Churcampa “Sí, tomo para que nos limpie de sangre para que limpie de adentro, por eso nos da hierba, y esa hierba se llama culantrillo; esa hierba tomamos haciendo hervir, con eso se ayuda. El dolor a veces pasa cuando te das luz y para que no haya eso, eso tomamos. Cuando te viene más sangre (...) para eso también hay otra hierba: Quitarajasha es, eso tomamos (...) a veces como hemorragia también viene, es para que le corta”. C.S. Paucarbamba | “También cuando dan a luz, una mamá tiene que alimentar un carnero, se hacen su charqui diaria, desayuno, almuerzo y cena con su presa con su caldo, eso se alimentan, esa costumbre tenemos (...) para que tenga fuerza el bebé. A veces cuando lo alimentamos con nuestra leche, también aumenta”. C.S. Paucarbamba |

Fuente: Elaboración propia

(Continúa en la siguiente página)

CUADRO N° 6:
DÉBIL CONVICCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTRAPOSICIÓN A LA ALTA VALORACIÓN DE LAS MUJERES Y ACS SOBRE SUS PRÁCTICAS CULTURALES

| Puntos de análisis | Norma Técnica vigente | Norma Técnica previa | Personal de Salud | Usuaris | ACS |
|---|--|--|--|---|---|
| Prácticas culturales durante la estadía en la casa materna, en la sala de dilatación y/o post parto | “Permitir el uso de técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres y creencias (soplar una botella, pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se introduzca de nuevo) (...) El personal de salud debe preguntar a los familiares si se desean llevar la placenta, respetando el destino final de la misma, de acuerdo a sus costumbres (...)”. | “El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones (...)” | “Se le pregunta qué va hacer con la placenta; y así se da todo en un ambiente de mucha comunicación, y de respeto. Eso es lo que incluso ahora hemos estado practicando”. Obstetriz, C.S. Churcampa | <p>“Ese rato no me he dado cuenta se habrán llevado o lo habrán dejado. No me he dado cuenta, en mi primer hijo sí me he dado cuenta (...) Desde más antes tenía la placenta de mi primer hijito y lo enterraron en la tierra”. C.S. Churcampa – Traducido por su pareja</p> <p>“La placenta se queda en el centro de salud, ya los que atienden bueno, ya verán lo que hacen”. C.S. Churcampa – Traducido por colaborador no profesional de la salud</p> <p>“Le hemos dejado así, cuando regresé mi mamá ya lo había enterrado ya. No sé [dónde], ellos tienen ese secreto (...) Así me dijo mi mamá, es decir que sacan afuera le va a dar aire, dice; le hace mal dice, no sé” C.S. Paucarbamba</p> <p>“(…) la placenta lo enterraban en la puerita de esas vicharritas, por qué dice, para que no puedan pasar frío dicen; eso ya es desde mis abuelos. En mi primer hijito, de acuerdo a eso, lo enterraron en la puerita de esa vicharra. Tampoco ellos ni al aire no sacaban porque puede chocar aire, puede pasar algo, así han tenido mucho cuidado los abuelos. Más antes ponían piedritas o de repente hacían de barrito y allí cocinaban; entonces, allí se cocinaba con leña; lo que gusta, ese se llama la vicharrita. Hablamos en quechua que es tulpa, para que esté caliente, para que mantiene caliente a los pacientes”. Pareja de usuaria, C.S. Churcampa</p> | “(…) ya cuando nace bebé tienes que recoger, tienes que esperar el cordoncito, cortamos agarrando dos partes. Después cuando nace, con una cuchara de palo eso lo hacemos meter a la boca hasta adentro y quiere dar vómito, con eso bota la placenta, aunque cuando te da ganas de vomitar, todo eso funciona, con eso salía la placenta, así atendíamos”. C.S. Paucarbamba |

Fuente: Elaboración propia

5.1.2. Alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud (controles prenatales, parto y puerperio) en su lengua materna

En el diálogo con las usuarias y sus familias, el personal de salud de los establecimientos de salud priorizados considera valiosa la participación del o la técnico(a) en enfermería, como intermediario para establecer una comunicación fluida, pues poseen conocimientos sobre los saberes tradicionales y dominan el quechua dado que, en su mayoría, este rol es asumido por un poblador(a) originario(a) de la zona.

Al evidenciarse esta imperiosa necesidad, a través del Diplomado en Atención Integral en Salud basada en la Familia y la Comunidad realizado el 2015 - propiciado por el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud-, se han fortalecido las competencias del personal de salud en la aplicación del enfoque de interculturalidad, así como del perfeccionamiento del dominio del quechua del personal de salud que, de manera preliminar, posea un nivel básico. No obstante, se requiere desarrollar esta competencia en personal de salud que no posee ningún conocimiento previo del quechua.

A pesar de esta iniciativa, la barrera de comunicación persiste ya que las usuarias demandan el uso de su lengua materna durante la atención de salud; aún si ellas son bilingües y pueden comunicarse en español con dificultades, pues constituye una severa vulneración de sus derechos en salud, según la Ley N° 29414, al no recibir información sobre su situación de salud en quechua. Además, expone la gravedad del incumplimiento de funciones por parte de la autoridad sanitaria nacional y regional pues no se garantizan las condiciones que velen por el ejercicio de derechos fundamentales de las usuarias en los servicios de salud.

En el Cuadro N°7, los testimonios analizados se respaldan en la información brindada por las y los Agentes Comunitarios de Salud, quienes demandan también que el personal de salud domine el quechua y el español, con el propósito de establecer lazos de confianza con las usuarias.

**CUADRO N° 7:
ALTA DEMANDA DE LAS MUJERES EN RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD EN SU LENGUA MATERNA**

| Punto de análisis | Norma vigente | Norma anterior | Personal de Salud | Usuaría | ACS |
|---|--|----------------|--|---|--|
| <p>Dominio por parte del personal de salud de la lengua materna de la usuaria (gestante, parturienta o puérpera) durante su atención.</p> | <p>No hacen referencia al uso del quechua, únicamente indica al persona del salud que debe comunicarse a través de términos sencillos.</p> | | <p>“(…) los técnicos que tenemos todos saben quechua, no hay ninguna obstetra que se quede sin ningún técnico, porque siempre lleva la obstetra, el enfermero y la técnica van de la mano (…) de las seis [obstetrices], cuatro saben quechua (…) Enfermeros tengo cinco de las cuales de ellos, tres saben quechua. (…) De aquí hemos participado [en el diplomado] bueno, la elección fue mínima nomás, porque acá la gran mayoría habla quechua, bueno, como cuatro, cinco personas. Eran pues técnico, obstetra, enfermero y mi persona. Yo sé hablar un poquito quechua”. Cirujana Dentista, C.S. Paucarbamba</p> | <p>“(…) pero no hablan, nadie. Otros a las mamitas también no les entienden qué dices. O sea, muy buena sería hacer mayor practicar el quechua los doctores, porque las mamitas mayoría hablan quechua, y cuando no entiende, están gritando allí a las mamitas, los ancianos”. C.S. Paucarbamba</p> <p>“(…) me convendría los personales que podrían hablar quechua para comprendernos de ambos. De repente ellos no comprenden quechua y nosotros dificultamos. (…) convendría que ellos sepan hablar quechua, 100% lo que dice el médico”. C.S. Churcampa - Traducido por la pareja</p> <p>“(…) Hay gestantes también que vienen todavía de los campos, de las comunidades; ellas no saben hablar castellano. De entender, entienden, pero a veces no podemos hablar castellano y si no pueden entender los doctores que hablas en quechua, no se pueden entender, ¿no? (…) Algunos doctores como no saben hablar quechua, es difícil que aprendan también, ¿no? siquiera habría dos o tres personas que sepan quechua para que hablen, para que traduzcan también y hagan entender a los doctores para que se comprendan”. C.S. Churcampa</p> <p>“Que hablen quechua. Tal vez algunos no me entiendan. A veces mamitas también llegan y cualquier cosa cuando quieren hablar: ¿qué?, ¿qué cosa dices? a veces le gritan así. En cambio los que entienden quechua dice: toma, pasa ya, toma asiento, cualquier cosa ya, ¿cómo se llama?”. C.S. Paucarbamba</p> | <p>“(…) siempre es bueno que los profesionales sepan hablar nuestro idioma quechua y castellano también, manejar los dos idiomas, es también es muy importante, porque a veces mamitas que vienen de las alturas, ellas no sabe hablar castellano y algunas profesionales también que vienen de las ciudades de Lima no saben hablar quechua y no hay comprensión, en eso también sería bueno que aprendan y también acá al centro de salud”. C.S. Churcampa</p> <p>“Eso es muy importante porque aquí la mayoría somos hablantes de quechua, (…) Para mí es muy necesario. (…) pero algunos saben, algunos no saben nada tampoco, no se preocupan [por aprender]. Si no sabes, no comprendes, no vas a entender; por eso me preocupan bastante, quisiera que ellos [personal de salud] expliquen mucho. Por ejemplo, se vienen de parte de arriba a atender, son gente que hablan quechua, entonces quisiera que estos obstetras que atiendan parto, hablen quechua también. Es muy importante. (…) quisiera que nos traten en quechua, preguntarle, tomar confianza con ellas; porque a veces ellos no hablan y tienen desconfianza, de contarle todos sus problemas en quechua (…)”. C.S. Paucarbamba</p> |

Fuente: Elaboración propia

5.1.3. Alta vulneración del derecho a la información para la elección de la posición en la que desean dar a luz

Otro de los derechos vulnerados se expresa en la información nula o parcializada que se brinda sobre el embarazo, parto y puerperio a las usuarias en Churcampa y Paucarbamba. Cabe indicar que durante los controles prenatales, se deben realizar principalmente dos acciones: elaboración del Plan de Parto (Anexo N°1), que incluya la orientación/consejería en las ventajas del parto vertical (MINSA, 2012) y la Psicoprofilaxis, proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permita desarrollar hábitos saludables y una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, así como disminuir las probabilidades de complicaciones obstétricas (MINSA, 2011b).

Durante el trabajo de campo, se constató que el Centro de Salud Churcampa no cuenta con Sala de Psicoprofilaxis y que las mujeres que asistieron a los controles prenatales en ambos establecimientos, en su mayoría, no habían sido informadas sobre su derecho a elegir la posición en la que desean dar a luz, así como las ventajas del parto vertical. Estas son manifestaciones de la vulneración de los derechos de las mujeres, principalmente el de acceso a información, el cual es amparado en la Ley N° 29414.

En los centros de salud de Churcampa y Paucarbamba, la infraestructura de las salas de parto se caracteriza por haber sido implementada con pertinencia cultural. Las usuarias atribuyen como ventajas del parto vertical: mayor fuerza y comodidad para pujar, seguridad durante su desempeño y respeto a su privacidad ya que sus genitales no están expuestos, por lo que ellas coinciden en que ésta es una práctica imprescindible.

Otro aspecto relevante es que ninguno de los dos documentos presenta alternativas ante la discrepancia de las mujeres frente a un examen pélvico o tacto vaginal por parte del personal de salud, vulnerando su derecho a decidir sobre sus cuerpos.

Por ello, las usuarias demandan también que el personal de salud sea capaz de tomar el pulso, y a través de esta medida, identifique cuán cerca se está del alumbramiento sin necesidad de recurrir al tacto vaginal, con la precisión con la que la/el partera(o) realiza esta práctica.

El personal de salud considera que es muy importante que quien tome la decisión sea la mujer y valora su protagonismo en la conducción del parto. El respeto de esta práctica ancestral representa un factor trascendental en el incremento de los partos institucionales; no obstante, los testimonios de las usuarias de los servicios de salud se contraponen a esta premisa.



**CUADRO N° 8:
VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES Y A ELEGIR LA POSICIÓN EN LA QUE SE DESEA DAR A LUZ**

| Puntos de análisis | Norma técnica vigente | Norma técnica previa | Personal de Salud | Usuaris | ACS |
|---|--|---|---|---|--|
| <p>Ejercicio del derecho a la información durante los controles prenatales y elección de la posición en la que se desea dar a luz</p> | <p>“Asegurar la elaboración del plan de parto que incluya la orientación/consejería en las ventajas del parto vertical (...)”.</p> | <p>“El establecimiento de salud debe propiciar que la mujer andina y amazónica exprese su voluntad respecto de la posición en que desea se le atiende durante el parto, a través del desarrollo de un Plan de Parto (...) debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución a los aspectos críticos que enfrentan en el embarazo y en el parto, a partir de los recursos familiares y comunitarios disponibles”.</p> | <p>“El plan de partos pues se maneja como un instrumento de organizar tanto a la gestante, a la familia, a la comunidad, para que los partos sean referidos adecuadamente, oportunamente hacia el establecimiento de salud para que después no tengamos ninguna complicación durante en el proceso de la labor de parto, o de repente si presentase algún signo de peligro en la gestante (...) Siempre nuestra sensibilización en el control prenatal lo que es el parto. Nosotros tenemos que respetar las costumbres de nuestra población (...), se sensibiliza a la gestante: ¿cómo quisiera dar a luz?, ya sea de repente en camilla o parto artesanal como es con la sogá que nosotros tenemos. (...) Van preguntando: y ¿cómo es el parto vertical con sogá? En esa parte sí nosotros despejar sus dudas más que todo en el aspecto de la consulta externa”.</p> <p>Obstetra, C.S. Churcampa</p> <p>“Cuando vienen a un control, cuando están en fecha probable de parto, ya se encuentran en seis semanas, ya se les va explicando poco a poco cuáles son sus signos de alarma de embarazo, cuáles son los signos del trabajo de parto (...) Se les hace un recorrido por toda la sala, el cual se les explica a la paciente (...), a ella y al familiar, siempre se le pide que venga con un familiar. (...) se le indica, esto es para un parto vertical, esto es para un parto horizontal, tú decides cuál de ellos dos quieres (...), de acuerdo a cómo también el organismo de la paciente reacciona al momento del parto porque a veces ellos piensan: no, no, parto vertical; pero, por ejemplo, un circular de cordón doble como ya hemos tenido, es imposible para poder dar en parto vertical”.</p> <p>Obstetrix, C.S. Paucarbamba</p> <p>“La madre está en una situación de tener el control de la situación; ella es la que protagoniza el parto, ella es la que dirige el parto, que dice cómo quiere que sea el parto; y también la misma posición que ella adopta, sentada, también si quiere estar acompañada de su esposo”.</p> <p>Obstetrix, C.S. Churcampa</p> | <p>“Sí [le explicaron cómo es el parto con sogá y en camilla]. Sentada había elegido, pero no pude”.</p> <p>C.S. Churcampa</p> <p>“A veces como eres primeriza no sabes ni como pujar, si no te enseñan, no estás preparada, nada (...) nos tiene que explicar cómo es el parto, qué alimentación (...) algunos ejercicios tienes que hacer, para estar preparado, practicar para la sala de parto, conocer, con confianza y preguntar. (...) Solamente alimentación, cómo me debo alimentar; pero cómo dar a luz, eso no me explicaron”.</p> <p>C.S. Churcampa</p> <p>“No [le explicaron en qué posiciones podía dar a luz], solamente para pujar, eso”.</p> <p>C.S. Paucarbamba</p> | <p>“Tenemos que ir a visitar durante su embarazo, qué cosa es lo que se puede alimentar, cuántas veces puede alimentar una gestante y antes del parto puede venir sangrado, (...) siempre estamos al tanto (...) también le he dicho tenemos que ver cuándo te agarra dolor, me pasa la voz para llevarte, por eso sin avisar a nadie yo voy solita diciendo”.</p> <p>C.S. Paucarbamba</p> |

Fuente: Elaboración propia

Las mujeres al no ser informadas durante los controles prenatales sobre las opciones que disponen para dar a luz, y aún siendo considerada la posición vertical como una práctica ancestral dentro de la tradición andina por ellas y sus familias, se vulnera no solo el derecho a la información, sino el de elegir y parir en la posición que se desee, evidenciándose también expresiones de violencia hacia las usuarias y sus acompañantes, las cuales son perpetradas por el personal de salud en las comunidades de Churcampa y Paucarbamba. Ello reafirma la valoración contradictoria que existe entre ambos actores:

“Bueno, ese rato como yo estaba demorándome un poco, [el personal de salud se molestó un poco], por no poder pujar (...) Como no estaba preparada, no sabes pujar, todo me decían: No sabes. Me parece bien [el parto vertical] porque tiene como más fuerza, cómodo, para mí es mucho más cómodo, mientras que echado me parece a mí que me estuviera atacando la desesperación, algo así me parecía para mí. El dolor es igual [en el parto vertical y el horizontal], pero a mi parecer tienes más fuerza ahí [en el vertical]. A veces como no estás acostumbrado, a veces tienes recelo todavía, tienes vergüenza también cuando te están viendo. No [elegí en qué posición quería dar a luz]. Primero me dijeron: ¿cómo estaba?, cansada ya porque demoraba dos días en dar a luz; mejor echada; echada no podía. No, mejor vertical, allí sí podía”.

Usuaría, C.S. Churcampa

“Ya, la señora dice el sentadito es el mejor para mí. El cuerpo ya está acostumbrado el sentadito. De repente lo esperan de otra forma, yo estaré incómodo porque no puedo. Sentadito estoy bien y cómodo para dar a luz más rápido, de repente me estiran así en la camilla así, entonces estoy incómodo dice la señora”.

Usuaría, C.S. Churcampa. Traducido por su pareja

“No vas a gritar para nada. No quiere que grite, decía los doctores. (...) No me gusta cuando gritan las mamás. Ya todo me daba miedo (...) Me incomodaba, ¡ay! ¿qué tal será el dolor? ¡ay!, insoportable. Y cómo voy a aguantar decía. (...) Otras mamás gritan, no sé, cómo pueden. Yo todavía lo hice calladita; cuando tienes que pujar”.

Usuaría, C.S. Paucarbamba

5.1.4. Mayor involucramiento del padre y/o familiares en la atención del parto institucional

De acuerdo al marco normativo y a la labor realizada por el personal de salud se infiere que se propicia la participación de familiares durante la labor de parto, lo cual se sustenta con los testimonios de las mujeres en las que se destaca que son acompañadas por el padre u otro familiar, situación que ha ido expresándose de manera favorable. Sin embargo, se considera vital la participación del/la partero(a), en quien la usuaria deposita su confianza por compartir los mismos códigos culturales, por sobre el vínculo que se establece con el personal de salud.

A partir de esta situación, se identifican dos puntos de análisis: Sobre el acompañamiento, el marco legal indica que se permita la participación del/la partero(a) y se valora los saberes tradicionales que poseen al ser agentes reconocidos por la comunidad. No obstante, no se especifica el rol que cumplirán en la implementación de la norma vigente, ni cómo se articula su participación con la labor del personal de salud. Sobre la participación de la pareja de la usuaria o padre del bebé, es importante anotar que ello representa un aspecto angular que permitirá fortalecer la corresponsabilidad entre padres y madres.

Cabe indicar que se debe incidir en la necesidad de conciliar la maternidad y paternidad con las labores y retos asumidos en el centro de trabajo. En nuestro país, el cuidado de niñas y niños depende principalmente de las mujeres de las familias (madres, hermanas mayores, tías o abuelas), por lo que involucrar a los hombres y que asuman esta labor compartida es un proceso de cambio cultural que debe ir acompañado también del compromiso de la sociedad. Por eso, el Estado debe asegurar que estas condiciones se den. Un primer paso para ello, es involucrar su participación desde los controles prenatales y no solo a partir de la aplicación de las dos normas analizadas.

En el siguiente cuadro, se identifican los puntos de coincidencia entre la norma vigente, el discurso del personal de salud y la valoración dada por la usuaria respecto al acompañamiento de familiares y participación de partera(o):

**CUADRO N°9:
MAYOR INVOLUCRAMIENTO DEL PADRE Y/O FAMILIARES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL**

| Puntos de análisis | Norma técnica vigente | Norma técnica previa | Personal de Salud | Usuarías |
|---|---|---|--|---|
| Participación de la pareja y/o familiares durante la atención del parto | “Asegurar el acompañamiento de una persona relacionada afectivamente con la gestante (...)” | “Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar (...) El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto” | <p>“No se respetaba absolutamente ninguna, no se respetaba las costumbres que ellos tenían previamente; y eso difiere mucho pues con la atención que se brinda ahora, en Churcampa, en el cual se les permite el acompañamiento desde el momento de la dilatación; incluso se practica el acompañamiento desde el embarazo, en la dilatación, en el trabajo de parto; y en la sala de parto están acompañadas a veces con uno o dos personas”. Obstetriz, C.S. Churcampa</p> <p>“(…) el parto ha sido acá en compañía de las familiares. Aquí tienen acceso los familiares, o sea, entran y salen, no hay problema; incluso si vienen con su partera; si ellos prefieren que le atienda la partera, le va atender la partera, pero nosotros vamos a estar supervisando”. Obstetriz, C.S. Paucarbamba</p> | <p>“(…) Mi esposo, mi papá y mi mamá [le acompañaron] (...) no te asustes, aunque sea aquí estamos con tu familia, el que atiende aquí en el centro de salud también como si fuera tu familia, así es para nosotros paramos diciendo (...) él [su papá] sabe de parto, cómo hacer dar a luz, también como antigua señor sabe qué cosa es bueno, nos ayuda bastante también cómo es”. C.S. Paucarbamba – traducido por su pareja</p> <p>“Ellos no quieren que entre ese partero. Ya cuando te agarra dolor ya no quieren ya; pero nosotros ya queremos traer. Ellos [parteros] saben a qué hora van a dar a luz, pero en el hospital te exigen dilatación. Ya me ha asustado cuando me han hecho así; por eso no podía dar a luz yo; tenía miedo total. Cuando me han hecho así, a cada rato dolor nomás, pero el partero dice: no, falta, todavía está chueco. (...) Mi esposo [estuvo acompañando], él nomás. A Dios decía trae el partero para que me hagan, a qué hora va a nacer, quizás está chueco diciendo, pero allá abajo no habían, pero algunos consienten; algunas enfermeras: No, qué cosa van a saber ellos. Acaso ellos son más que nosotros, así dicen. Y yo pensaba trayendo el partero me puede arreglar, quizás está chueco”. C.S. Churcampa</p> |

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la construcción de roles de hombres y mujeres, la participación de la pareja en la gestación y el cuidado de los(as) niños(as) ha sido débil. No obstante, este fue uno de los aspectos abordados también por el proyecto la construcción de nuevos paradigmas asociados a una maternidad y paternidad responsable. Considerando que el proyecto tuvo entre sus principales resultados, incrementar la participación del varón. Esta situación ha ido cambiando, debido al trabajo realizado por el Consorcio Madre Niño. Cabe indicar que tres de las mujeres entrevistadas estuvieron acompañadas de sus parejas, quienes manifestaron sus apreciaciones sobre las prácticas culturales que conforman su cosmovisión y su interés de participar en el momento del parto. El mayor involucramiento de la pareja en el cuidado de la salud materna neonatal, es percibido también por los agentes comunitarios de salud, mostrando cambios en actitudes que favorecen el acceso de la mujer al establecimiento.

A pesar de los esfuerzos del gobierno central en reducir las brechas de género y generar oportunidades en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres a nivel educativo, de empleo, así como de acceso al servicio de salud, las inequidades de acuerdo a la construcción de roles aún están presentes. Estas diferencias se expresan -en comparación con sus parejas- en los siguientes aspectos:

- Poseen nivel educativo secundario (completo o incompleto)
- Dominio del español
- Mayor conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud
- Fluidez para comunicarse

Los siguientes testimonios grafican las percepciones de las y los agentes comunitarios y padres de familia:

**CUADRO N°10:
PERCEPCIONES DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD Y PADRES DE FAMILIA SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LA
ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL**

| Punto de análisis | Padre de familia | Agentes Comunitarios de Salud |
|---|---|--|
| Participación de la pareja y/o familiares durante la atención del parto | <p>“Antes no respetaron. Antes cuando venía con mi primer hijo, ellos me decía: Uno de ustedes nomás tiene que ver, bien tú o tu suegra o tu suegro también para que pueda acompañar; a los demás no podemos considerar para que pueda entrar al cuarto, no, no, no, eso no permitimos (...). A veces ella también, como te dije, quiere que le acompañe su familia, su mamá, su papá; como tiene costumbre de la Sierra, entonces por eso ella también va a querer como yo; como recién esa cosa estoy aprendiendo, por eso también quiero acompañar, pero no me van a permitir afuera, me van a botar entonces por esas razones no he traído nada”. C.S. Paucarbamba</p> <p>“Sí, yo le ayudo que jale [la sogá], cualquier cosa, sobre encima para ayudar también la mano para que tenga más empeño, para que no pierda la fuerza. Cuando da a luz pierde la fuerza, pierde el valor, pierde capacidad; para eso uno tiene que ayudarle así con manta, con la faja. (...) entonces ella para que tenga más apures para que salga la criatura”. C.S. Churcampa</p> | <p>“Anteriormente había mucho machismo, ah estás yendo hacerte ver las piernas, para que te vean la cosa el doctor, será tu flaco o qué sé yo, ¿para eso vas?, eso es lo que decían los hombres, ya cambió poco a poco en algunos casos, hasta los esposos vienen le acompañan, le agarran la cintura en el parto, hay más confianza, eso es lo que está pasando”. C.S. Churcampa</p> <p>“Cuando van a posta también no querían, a qué vas a ir diciendo se molestaba [el esposo]; antes, pero ahora ya no ya; ahora están dando, algunos están acompañando a sus esposas también”. C.S. Churcampa</p> <p>“Con el Consorcio también ha salido a las comunidades a dar charlas educativas, creo que me recuerdo muy bien en las comunidades ha hecho un taller así: reunión de padres, en cuanto de parto vertical; con los profesores conversaron ellos para que puedan llamar a todos los padres mamá y papá. Ahí entonces concientizaron que el parto vertical debe de llevarse a cabo en el centro, pero de esta manera por el pedido de la paciente porque por tales motivos sí iban al centro, hay más seguridad, si se presenta algún peligro ellos le pueden salvar de cualquier manera, pero en la comunidad no se puede mediante eso. Hasta los esposos ya han cambiado, ahora ya no se escucha mucho machismo pero siempre habrá todavía”. C.S. Churcampa</p> <p>“Siempre en la posta también nos dan capacitaciones; que dan capacitaciones en Juntos así; algunos cuando no pueden sus esposas vienen y así están civilizados; y así igual acá así atienden ahora a los niños mismos. (...) Y a la vez ya están cambiando pañales; están cargando, llevando ahora; pero antes no tocaba al niño, ni lavaba su ropa, nada, nada. Ahora muy cambiado ya”. C.S. Churcampa</p> |

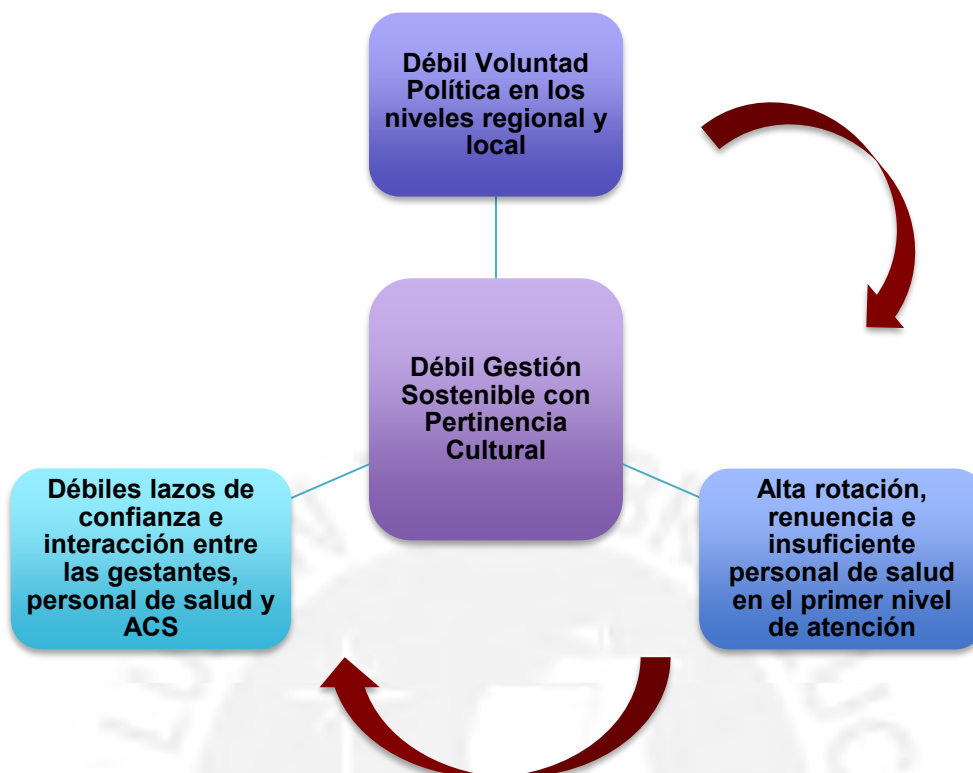
Fuente: Elaboración propia

5.2. Débil gestión sostenible con pertinencia cultural

A partir de la discusión sobre la valoración contradictoria en torno al ejercicio de prácticas culturales entre profesionales de la salud y usuarias, sus familias y líderes comunitarios; la alta demanda de las mujeres en recibir atención de salud en su lengua materna y la limitada o nula información previa para la elección de la posición en la que desean dar a luz; se concluye que derechos de las mujeres que acuden al servicio de salud son vulnerados sistemáticamente. Es por ello que apostar por la sostenibilidad de la intervención con pertinencia cultural resulta inviable desde la esfera comunitaria, situación que se expone incluso a otros factores limitantes, principalmente de índole institucional y ligado a la creación de capacidades organizacionales para este fin (Ver gráfico N° 16):

- ✓ Débil voluntad política de las autoridades en los niveles regional y local.
 - Débil gestión local de las casas maternas.
- ✓ Alta rotación e insuficiente personal de salud en el primer nivel de atención.
- ✓ Débiles lazos de confianza e interacción entre las gestantes y los profesionales de salud y agentes comunitarios de salud.

GRÁFICO N° 16:
DÉBIL GESTIÓN SOSTENIBLE PARA LA ADECUACIÓN CULTURAL



Fuente: Elaboración propia

La primera variable referida a la voluntad política para la promoción de la salud materna neonatal, durante la ejecución del proyecto, fue ínfima. Ello se manifiesta en el grado de involucramiento de las autoridades políticas locales, quienes de acuerdo a lo señalado por informantes de la Asociación Calandria y del personal de salud, a pesar de las acciones de incidencia política se logró la participación de gobiernos locales únicamente en aspectos operativos. Esta situación evidencia las limitaciones para colocar la política de la salud materna neonatal como prioridad en la gestión local de los tomadores de decisión.

La segunda variable es la alta rotación del personal de salud la cual no permite la sostenibilidad de la estrategia. Entre los informantes claves se identificó periodos de labores heterogéneos, como mínimo de dos meses y máximo de 20 años, siendo esta una expresión de las limitaciones del sector para motivar la permanencia del personal de salud. En este contexto, en el Puesto de Salud Occopampa se halló como médico jefe a un profesional desarrollando funciones del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) cuyo periodo de labor es de un año.

La alta rotación afecta también que los procesos de capacitación no muestren resultados tangibles. En principio, estos no son constantes, y aún cuando se dan, se pueden producir situaciones en las que el personal de salud capacitado decide migrar a otro espacio laboral (ya sea por mejoras remunerativas, clima laboral u otros factores), demandando que se inicie nuevamente procesos de capacitación a profesionales que se incorporan en reemplazo de los(as) primeros(as). Cabe indicar que el desarrollo de capacidades con pertinencia cultural es un proceso en el cual se involucró a profesionales de la salud del primer nivel de atención, a partir de la iniciativa del Consorcio Madre Niño durante el periodo 2005-2008. A este espacio de capacitación se suma el generado por el Ministerio de Salud a través del Diplomado en Atención Integral en Salud basada en la Familia y la Comunidad realizado el 2015.

La tercera variable son los débiles lazos de confianza e interacción entre las gestantes, los(as) profesionales de la salud y los(as) Agentes Comunitarios de Salud. De acuerdo a los testimonios recogidos, se evidencia que las usuarias priorizan el vínculo establecido con la(el) partera(o) antes que con el profesional de salud, dado que es un referente comunitario con el comparten saberes ancestrales y comunicación frecuente durante el periodo de gestación y puerperio. Cabe precisar que los(as) Agentes Comunitarios de Salud no desempeñan necesariamente el rol de parteras(os). Se identificó incluso que los(as) Agentes Comunitarios de Salud no han logrado establecer canales de comunicación con las usuarias durante el periodo de gestación y/o puerperio, por lo que se contraponen los testimonios entre ambos tipos de informantes.

Para discutir sobre la débil gestión con pertinencia cultural, es necesario, en primera instancia, identificar previamente las condiciones del diálogo, es decir, que éste se dé en el contexto de los factores económicos, geográficos, políticos, entre otros, lo cual condiciona el intercambio transparente entre las culturas de la humanidad (Tubino, 2015).

**GRÁFICO N° 17:
CONDICIONES PARA EL DIÁLOGO INTERCULTURAL**



Fuente: Elaboración propia a partir de Tubino, 2015

Tubino (2015) plantea también diferencias entre el interculturalismo funcional y el interculturalismo crítico. Mientras que el primero busca promover el diálogo sin tocar las causas de la asimetría cultural, el segundo busca suprimirlas.

A pesar de que la intervención gestionada por el Consorcio Madre Niño realizó valiosas contribuciones como el diseño y puesta en marcha de un Modelo de Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal en los establecimientos de salud de la provincia de Churcampá, así como los dispositivos legales y esfuerzos desarrollados por el Ministerio de Salud, se evidencian profundas inequidades en las condiciones en las que aún viven las mujeres, principalmente en determinantes sociales como: género, nivel educativo y el sistema de salud. Por ello, se infiere que la intervención a la que se hace referencia en este estudio fue planteada desde la perspectiva del interculturalismo funcional.

Este paradigma limita el reconocimiento de los saberes ancestrales de las gestantes y sus familias, como elementos de aprendizaje en el diálogo intercultural.

De acuerdo a los testimonios recogidos, se infiere que una de las manifestaciones de compromiso de la minoría del personal de salud con las usuarias y sus familias, se expresa en el conocimiento de las prácticas culturales analizadas y la disposición de comprender la cosmovisión de las mismas. No obstante, el poner en práctica el discurso, que demanda cambiar paradigmas producto de la formación biomédica hegemónica, así como la resistencia de otros profesionales de la salud, merman las iniciativas y sostenibilidad de la implementación de la estrategia con pertinencia cultural.

Incluso aún en el personal de salud comprometido existe dificultades para construir un diálogo intercultural horizontal, pues se evidencian relaciones asimétricas de poder entre el personal de salud y las usuarias.

Por lo que se concluye que existe una débil convicción del personal de salud en la implementación de la estrategia de adecuación cultural que se refleja en el discurso y praxis durante la atención, lo cual se sustenta en las narraciones brindadas por las mujeres entrevistadas.

5.2.1. Débil voluntad política de la autoridad política y sanitaria en los niveles regional y local

La voluntad política para la promoción de la salud materna neonatal, durante la ejecución del proyecto, fue ínfima, no solo desde los gobiernos locales correspondientes a la zona de intervención, sino también desde la autoridad sanitaria a nivel regional. Como representante de la sociedad civil, el Consorcio Madre Niño propició la participación de las autoridades locales, a través de la institucionalización de un espacio de coordinación, a fin de priorizar en la agenda política la inversión en la salud materna neonatal. Es decir, asumían un rol de incidencia público-política, siendo uno de los limitantes los cambios de gestión.

“Se generó una mesa de Salud en donde no había más remedio que ir, sino quedabas fuera de juego. Sí querías aparecer en la foto, tenías que estar ahí, así de sencillo. No es fácil, sobre todo son muy refractarios cuando se trata de la asignación de dinero a la población. (...) Logramos que en los planes de desarrollo comunal y los planes de desarrollo municipal estuviera incluida la salud materna y prenatal, en menor o en mayor grado. Hay quien la puso en texto y luego para cumplir un horror, pero por lo menos logramos

que se pusiera, ya con eso fue todo un avance. Tratábamos que lo monitoreaban todos porque si era solo nosotros no tenía mucho valor, entonces tratábamos que monitoreara Salud, los representantes de la comunidad y las autoridades para que no fuera un tema que solo es del Consorcio, que fuera una cuestión de todos. (...) nosotros estuvimos con dos momentos distintos de gobiernos distritales, algunos continuaron y otros no, entonces esas transiciones también son un problema porque volver a empoderar a los que asumen respecto a los que se van, es bien difícil esa parte.”

Coordinador de Consorcio Madre-Niño

Desde las percepciones del personal de salud, la situación expuesta se replica:

“La municipalidad provincial, no [estuvo involucrada]. Más bien el Consorcio Madre Niño, trataba de juntar a esos actores sociales y hacer una especie de abogacía para que ellos como autoridades [de municipalidades distritales] a partir de sus espacios formulen, o nos apoyen con políticas públicas, ordenanzas municipales, especialmente en la evacuación de emergencias obstétricas (...) pero que de por sí ellos hayan dado su apoyo, no. (...) Y justo también Consorcio Madre Niño ingresó en esa etapa 2005, el término de gobierno, empieza otro, entonces teníamos esa debilidad”.

Obstetriz del C.S. Churcampa

En este contexto, la Asociación Calandria tuvo un papel relevante en la creación de una agenda política y pública a favor de la salud materna neonatal, generando espacios de discusión entre los candidatos a las alcaldías de las provincias y distritos priorizados en la intervención. De esta manera, se visibilizaron las necesidades de la población frente a la muerte materna y la importancia de ser consideradas, más allá de una acción declarativa, en los planes de gobierno de los candidatos políticos.

“Calandria nos acompañó, justo en esa etapa que había cambio de gobierno, y ha hecho un buen trabajo, lo considero porque ellos han sido los que han fomentado y organizado los debates de los candidatos. Incluso, organizó justamente con el distrito de Churcampa un curso para autoridades líderes de Churcampa, donde tenía que ver el tema de salud.

(...) Previo a los debates donde estaban todos los candidatos, capacitaba en temas de salud a estos candidatos tanto para municipalidades, para consejerías regionales. Entonces nosotros, personal de salud, íbamos exponíamos ante los candidatos provinciales y distritales, y regionales y capacitábamos el tema de salud de la provincia, para que cuando ellos vayan al debate captaran las necesidades de salud que nosotros expusiéramos y planteara dentro de sus planes de gobierno; y eso justamente se ha hecho el año 2005; el 2006 justo que se daba las elecciones para el nuevo gobierno regional, y también cuando se terminó el proyecto 2008”.

Obstetriz del C.S. Churcampa

Efectivamente, Calandria logró establecer espacios de diálogo, considerando que la coyuntura propiciada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF):

“(...) Habían los objetivos por el cumplimiento y vinculadas al Objetivo del Milenio y los gobiernos regionales, provinciales y locales, tenían que armar su presupuesto vinculado a la atención de cinco objetivos. Uno de ellos era violencia contra la mujer y el otro era mortalidad materna, porque la mortalidad materna en esos años, en el Perú era muy alta (...) El MEF le decía a los gobiernos regionales, provinciales y locales que tenían que armar su plan de intervención y vinculada a estos temas que eran cinco (...) Entonces tuvimos capacitación que era un lleno total de los funcionarios, de los regidores (...) y por otro lado trabajamos con los líderes de las comunidades, de las provincias y de los distritos sobre qué cosas podrían llevar ellos al presupuesto participativo (...)”

No obstante, producto de la intervención realizada por la Asociación Calandria, se identificó que en el ejercicio de funciones de las autoridades electas, se logró su participación únicamente a través de apoyo en aspectos logísticos como la dotación de equipamiento para fortalecer el sistema de referencia de las gestantes ante complicaciones obstétricas, así como los canales de comunicación entre ellas y los(as) Agentes Comunitarios de Salud.

“Me imagino que se han sensibilizado, se ha hecho más permeable, y de allí se ha visto más apoyo incluso de emergencias, porque nosotros tenemos ambulancias dedicado para el traslado de pacientes a Huanta

(Ayacucho) desde el año 2013. Antes no teníamos ambulancia, era una situación muy crítica para nosotros; entonces el municipio muchas veces ofrecía sus móviles, las camionetas para trasladar a las gestantes. O sea, sí ha habido varias instituciones que han apoyado; la misma Gerencia Subregional de Churcampa: ¿Es una emergencia? Ya, mi móvil. Esa predisposición que antes no había”.

Obstetriz del C.S. Churcampa

Durante el periodo 2005 -2008, el vínculo entre el Centro de Salud Churcampa y la Municipalidad Provincial era espontáneo y respondía a las situaciones de urgencia que debían ser absueltas. Sin embargo las diferencias en las filiaciones políticas entre el Alcalde Provincial y el Jefe de la Red de Salud Churcampa, prevalecieron y mermaron el desarrollo de acciones estratégicas como la gestión de la Casa Materna para el distrito.

“[La Municipalidad Provincial] apoyaba nuestras necesidades de urgencia, porque había una relación de empatía, con algunos de los centros de salud de Churcampa, los apoyaba. Cuando necesitábamos combustible para tal cosa, nos daba. Necesitábamos algo, nos mandaba. En esa gestión quisimos poner en agenda eso de la casa materna, lo consideraron; pero cuando se sentía que se aprobaría y, eso depende más que nada del jefe [de la Red de Salud]. Lamentablemente, tenemos un alcalde provincial que estaba dispuesto a hacer muchas cosas por nosotros, pero nuestro jefe de Red era de otro movimiento que había ganado a nivel de la región, o sea, no conversaba el del gobierno regional con el gobierno local, provincial. El jefe de la Red es nombrado por el gobierno regional. Localmente, el alcalde nos apoyaba, pero el tema era que cuando el de la Red intervenía, no había esa empatía, no se podía conversar, porque eran de dos partidos diferentes, se odiaban.

Obstetriz del C.S. Churcampa

En contraposición a ello, la Municipalidad de Paucarbamba, cuya intervención que intentó poseer una visión estratégica mas no únicamente operativa, financió el desarrollo de capacidades en el personal de salud para la atención de emergencias obstétricas.

“El municipio ya participaba, el de Paucarbamba. Se involucró y nosotros tuvimos bastante satisfacción por ejemplo, porque ellos a partir de la presencia de Consorcio Madre Niño, financiaron la capacitación en emergencias obstétricas para el personal de la Micro Red de Paucarbamba. Y también en Churcampa había un proyecto de capacitación a los promotores de salud por el Municipio Provincial (...) y les entregaron su celular a cada una. O sea, hacer el proyecto concreto que está inserto dentro del presupuesto participativo, son esos dos. Aparte no conozco”.

Obstetriz del C.S. Churcampa

Asimismo, el personal de salud identificó que la participación de la Diresa Huancavelica se limitó a formalizar la intervención 2005-2008 a través de la firma del Convenio Madre Niño; no obstante no acompañó los procesos de gestión que involucra su cumplimiento: diseño, ejecución, monitoreo y evaluación.

“La participación de la Diresa de Huancavelica, y de la Red de Salud en Churcampa, en ese tiempo fue mínimo. Habrá sido solamente la firma de convenio entre Consorcio Madre Niño; que lo presentó a la Diresa - Huancavelica que fue firmado por ambas partes, y nada más, y algunas facilidades que les dieron a ellos para presentar quizás sus avances de trabajo, pero más allá, no. Al menos nosotros como trabajadores beneficiarios del proyecto, no vimos que haya intervenido la Diresa”.

Obstetriz del C.S. Churcampa

Se infiere que las autoridades locales han ejercido el rol de financiadores para la mejorar de infraestructura de establecimientos de salud dentro de sus jurisdicciones, a través de la compra de equipos sanitarios, contratación de personal de salud o implementos logísticos para la comunicación y/o traslado de usuarias en situaciones de emergencia.

Sin embargo, la visión estratégica ha estado ausente en la planificación y ejecución de acciones conjuntas en las que participaron los gobiernos locales, las cuales no han planteado una perspectiva sistémica que aborde los factores determinantes de la Salud Materna Neonatal, principalmente, los de acceso al servicio de salud, cultura y género.

Esta sub variable nos expone que desde el liderazgo de la autoridad política en el territorio, se ha planteado a través de paliativos a corto plazo y no la eliminación de las inequidades de acceso al servicio de salud, factores estructurales que son responsables de la muerte materna (OMS, 2016). Es decir, no solo factores referidos al acceso geográfico, sino a las condiciones económicas, culturales y de género que garanticen el parto institucional y responda a las necesidades de las gestantes y puerperas, más allá de brindar solo apoyo logístico al Sector.

5.2.1.1. Débil gestión local de las casas maternas

La Casa Materna es un espacio comunal, gestionado, construido y sostenido entre la comunidad y el Gobierno Local y/o Regional, la cual es utilizada para el alojamiento temporal de gestantes y sus acompañantes en donde no se atienden partos, pero se prepara le prepara con este fin, facilitando su acceso a los servicios de salud y garantizando el parto institucional, principalmente en zonas rurales, andinas y amazónicas (MINSA, 2010).

De acuerdo al documento técnico Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna, este espacio es una apuesta participativa, en la cual las autoridades políticas y sanitarias, líderes comunitarios, población organizada y otros actores sociales cumplen un rol fundamental, en el diseño, construcción, implementación, funcionamiento y sostenimiento, a partir de las necesidades de las gestantes y sus familias (MINSA, 2010). Por lo que el personal de salud destaca su importancia para garantizar el parto institucional:

“La casa espera es un lugar donde la gestante pueda residir al lado de un centro de salud (...) Tiene que cumplir las siguientes características: que el paciente viva en una zona muy alejada, de difícil acceso, y las últimas dos o tres semanas antes del parto es llevada a esta zona. Esta zona tiene una cocina, tiene una cama, tiene alimentos y un lugar donde pueda estar ella, su esposo o algún un familiar.”

Médico jefe, P.S. Occopampa

“En esa casa de espera hay cocina, alojamiento (...). Y monitoreamos diario el personal que está de turno, y al inicio de parto ya lo referimos a Churcampa, es acá en las comunidades, no es tan distante. (...) Este mes

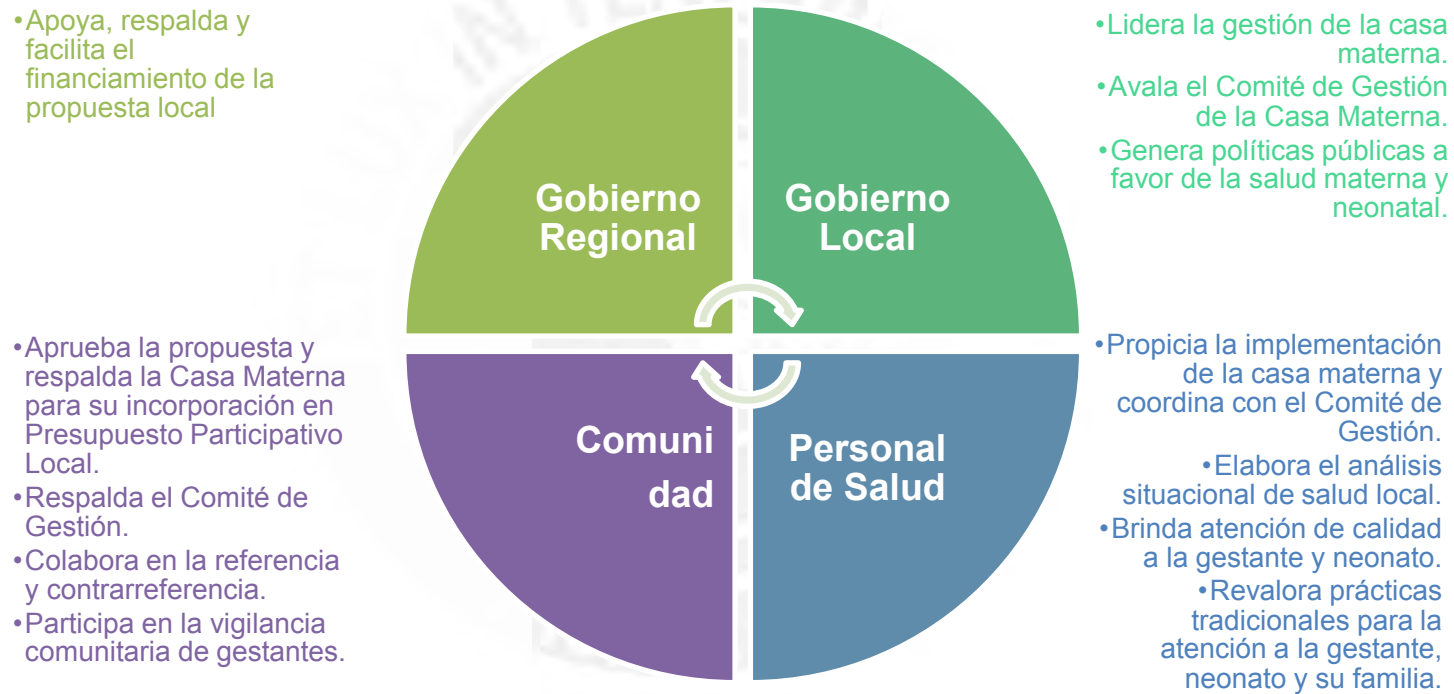
tuvimos dos partos; [para] los dos partos ha sido utilizada. Estuvieron tres días, cuatro días; dependiendo si es de alto riesgo, así ya la tenemos acá.”

Técnico Sanitario del P.S. Occopampa

Para efectos de esta investigación se ha priorizado el análisis de los roles ejercidos por los actores involucrados: gobierno regional, gobierno local, comunidad y personal de salud, así como una de las fases del proceso de implementación de la Casa Materna, el referido a la Ejecución. Para ello, el siguiente gráfico expone los principales roles esperados para la gestión local de la Casa Materna.



**GRÁFICO N° 18:
PRINCIPALES ROLES DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN LOCAL DE
LA CASA MATERNA**



Fuente: Elaboración propia, adaptada de Documento Técnico: Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna. MINSA, 2010

Rol del gobierno regional y gobiernos locales

Entre los roles esperados, se plantea que el gobierno regional apoye, respalde y facilite el financiamiento de la propuesta realizada por el gobierno local, y que este a su vez, genere políticas públicas en su ámbito a favor de la salud materna y neonatal, así como lidere la gestión para la implementación y sostenibilidad de la Casa Materna.

No obstante, en el Centro de Salud Churcampa, cuya categoría es Nivel I4 (es decir, capacidad resolutive para atender partos) no dispone de una casa materna ni de sala de psicoprofilaxis; en comparación al Puesto de Salud Occopampa y al Centro de Salud Paucarbamba, que sí poseen ambos espacios. Esta situación podría explicarse a partir de débil voluntad política a favor de la salud materna y neonatal en la provincia, sumada a los cambios de gestión municipal entre los años 2005 y 2008, y posterior a este periodo.

“No tenemos casa materna, pero tenemos casa materna en los establecimientos periféricos (...) [como en] Occopampa, es un poblado que pertenece a un distrito que queda a 40 minutos, cerca. (...) el cambio de autoridades locales también era una dificultad, porque entraba otro alcalde y ya pues, con ese alcalde teníamos que de nuevo hacerle comprender; cuál tenía que ser su actitud, incidir para que se genere políticas públicas en favor de la salud materna, para que nos apoyen con algún tipo de presupuesto. Hubo procesos que se truncaron justamente por esos cambios de gobierno. Por ejemplo, la construcción, o la adecuación de una casa materna en Churcampa. Entró el otro gobierno no lo consideró importante, en cambio construyeron otro tipo de obra en ese terreno que estaba destinado para tal fin.”

Obstetriz del C.S. Churcampa

A pesar de la coyuntura política, la casa materna del Puesto de Salud Occopama representa el trabajo colectivo entre la comunidad, sociedad civil (a través de Medicus Mundi, integrante del Consorcio Madre Niño), Ministerio de Salud (a través del mecanismo de financiamiento desde el Seguro Integral de Salud), el Gobierno Regional de Huancavelica y la Municipalidad Distrital de Locroja, aún cuando del cumplimiento de roles asignados a estos dos últimos actores, ha sido parcial.

“Tenemos una resolución gerencial, ha reconocido lo que es casa de espera de Occopampa, que nos ha dado el Gobierno Regional de Huancavelica.”

Técnico Sanitario, P.S. Occopampa

Se evidencia que el gobierno regional únicamente legitimó la existencia de este espacio comunitario, mientras el apoyo brindado por la autoridad distrital no representa el liderazgo que debe ejercerse como tal en beneficio de las gestantes y sus familias.

“[Municipalidad] Distrital lo que nos ha apoyado de repente la pintura, con algunas cositas, pero la implementación sí lo hizo el Consorcio. La infraestructura, la comunidad: Mano de obra no calificada, la comunidad de repente para techado de calamina; pero como ha venido ese mantenimiento hace cuatro años atrás, con ese ya lo hemos cambiado; pero calamina. [Sobre el equipamiento] el Consorcio, también por parte del SIS. La mesa la hemos comprado por el SIS. (...) Falta mantenimiento, acá es casa de espera -punuña wasi, o sea donde las mamás quedan a dormir-. Esta obra ha sido posible gracias al convenio Consorcio Madre-Niño, Puesto de Salud Occopampa, la Municipalidad Locroja y la comunidad, pero no nos ha ayudado la Diresa.”

Técnico Sanitario del P.S. Occopampa

Cabe destacar que la participación de la comunidad en Occopampa se manifestó a través de la construcción de la infraestructura de la casa materna, en contraposición al rol asignado, el cual busca que se constituya como impulsor de la de esta propuesta en el Presupuesto Participativo Local (PPL), es decir, como un actor con visión estratégica.

Rol de la comunidad

Como se detalló en el gráfico N° 18, uno de los roles principales que realiza el/la Agente Comunitario de Salud es el de colaborar en la referencia y contrarreferencia comunal de las gestantes.

Cabe indicar que la labor de referencia se origina cuando la/el agente comunitario de salud o líderes de las organizaciones sociales identifican factores de riesgo, signos de peligro o alarma en la gestante, puérpera y recién nacido y deciden el traslado, desde su comunidad, hacia el establecimiento de salud más cercano para asegurar la continuidad de su atención de manera oportuna, con eficacia y eficiencia (MINSA, 2010).

A su vez, la contrarreferencia es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de destino retorna la responsabilidad del cuidado de la salud de la gestante, puérpera y recién nacido al establecimiento de salud de origen, dado que cuentan con la capacidad de resolver o monitorizar el problema de salud (MINSA, 2010).

Para el desarrollo de esta labor se emplea la ficha establecida en el Manual del Agente Comunitario de Salud (Anexo N° 2). En ese sentido, las(os) Agentes Comunitarios de Salud desempeñan un vínculo indispensable con las gestantes, dado que son a ellas(os) a quienes comunican, en primera instancia, los signos de alarma durante el embarazo y en los(as) niños(as) recién nacidos(as) que se presentan.

“(...) Su mamá, me dice: está con dolor mi hija. ¿Ahora qué hago? Ella estaba con dolor ya, cuando tenía dolor fuerte me habían llamado. (...) Sí, por eso yo le tengo miedo. Ese rato que te agarra dolor, hay que ir al centro; sino pásame la voz para llamar al centro para llamar a la camioneta, quizás te pasa en el camino, te puede dar a luz en el carro y no va estar bien. Por eso las señoras van ese rato que le da dolor nomás, le mando al carro. De la señora Serafina su cuñada, una gestante. Tengo una planilla para que me firme. También tengo abajo la señora Juana, también le he dicho: Tenemos que ver cuando te agarra dolor, me pasa la voz para llevarte (...)”

Agente Comunitaria de Salud, C.S. Paucarbamba

Se evidencia que una vez que son informadas(os), las(os) Agentes Comunitarias(os) de Salud trasladan la comunicación al establecimiento de salud más cercano para la atención inmediata.

“Cuando el momento del dolor que les agarra a las mamás, nosotros inmediatamente nos comunicamos al establecimiento de salud, como estamos cerca, [en] Acos. Tenemos ya celulares, más fácil ya

comunicamos al centro de salud, inmediatamente vienen con la camioneta a cualquier hora, y así estoy salvando vidas. (...) Ahora tengo también una gestante que es mi vecina, también le estoy diciendo, hablándole, orientándole cómo es el parto, y cómo es la atención en el centro de salud, así estamos trabajando.”

Agente Comunitario de Salud, C.S. Paucarbamba

Se infiere que el cumplimiento del rol del Agente Comunitario de Salud demanda capacidad empática con la gestante y su familia, la cual favorecerá el establecer vínculos de confianza entre ellas, las autoridades de la comunidad y el sistema sanitario. Este aspecto es determinante para garantizar el parto institucional y así mermar factores de riesgo de muerte materna, atendiendo las posibles emergencias obstétricas. Este vínculo será analizado en el acápite 5.2.3.

Rol del personal de salud

El rol del personal de salud en la puesta en marcha de la Casa Materna en la provincia de Churcampa ha sido incorporar en la agenda política la importancia de este espacio comunitario, como estrategia que contribuye a reducir la mortalidad materna y neonatal. De acuerdo a los testimonios del personal de salud del Centro de Salud Churcampa y del Coordinador del Consorcio Madre Niño presentados en el punto anterior, se identifica que a pesar de la incidencia política que se realizó y de los espacios de coordinación que existieron, con el apoyo institucional de este último, no fue viable construir la Casa Materna.

No obstante, los resultados de la intervención del Consorcio Madre Niño en la provincia son más alentadores. Se logró implementar siete casas maternas, de las cuales dos se encuentran en el distrito de Locroja y una en el de Paucarbamba. En la actualidad, están operativas, a pesar de las limitaciones financieras para su mantenimiento, de acuerdo al siguiente cuadro:

**CUADRO N° 11:
SITUACIÓN DE LAS CASAS MATERNAS EN LA PROVINCIA DE CHURCAMP**

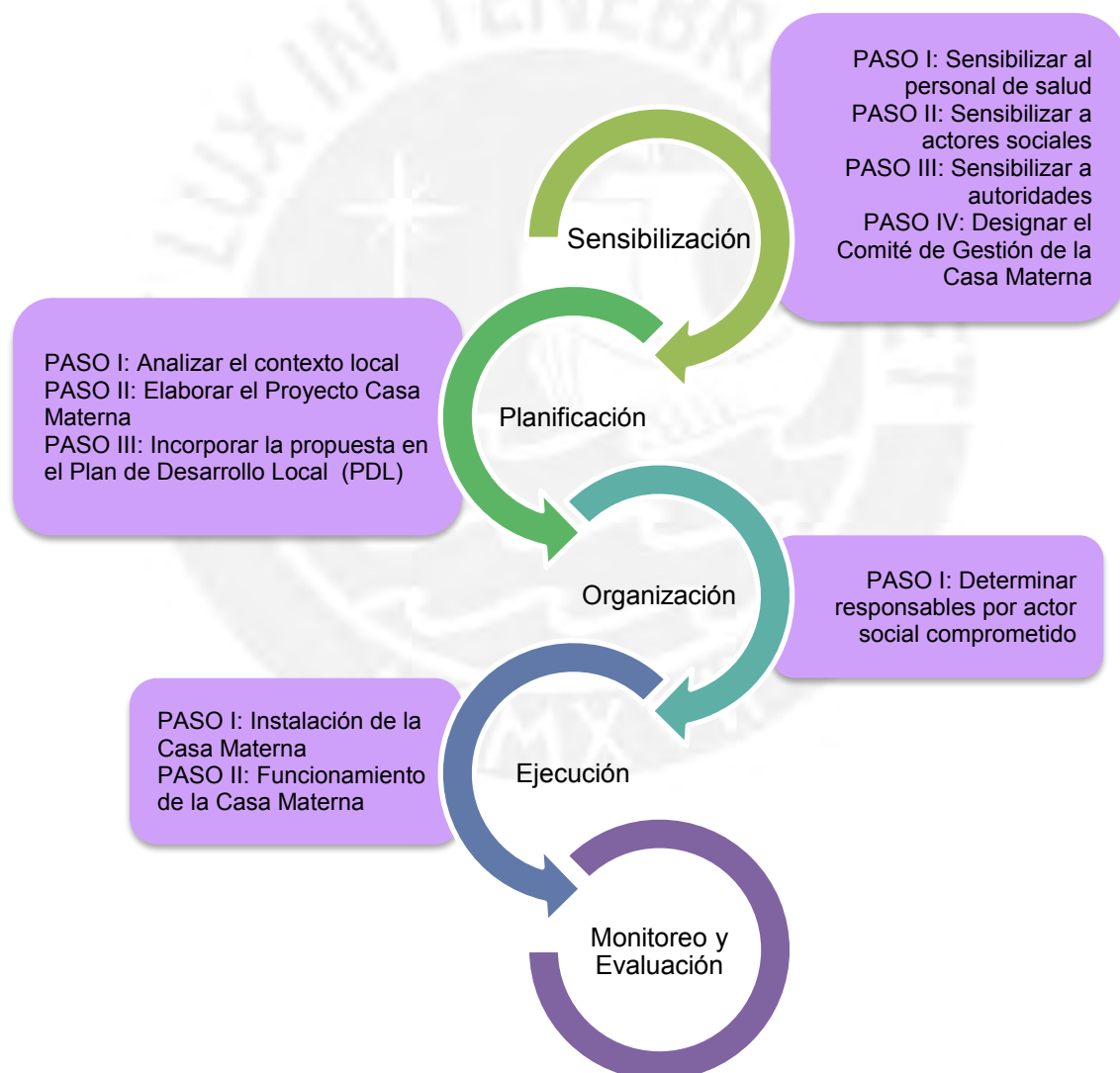
| Distrito | Localidad | Tiempo de gestión de la instalación e implementación | Inicio de funcionamiento | Cuenta con plano de infraestructura | N de ambientes | Libro de registro de gestantes alojadas | Reporte de eventos diarios a gestantes y/o neonatos alojados | Reporte de actividades educativas y comunicacionales | Aplicación de encuestas de satisfacción a usuarias alojadas | Estado actual (Operativo) | Fuente de financiamiento | Dificultades |
|--------------------|--------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|----------------|---|--|--|---|---------------------------|--------------------------------------|---|
| Locroja | Locroja | | 2013 | NO | 2 | SÍ | SÍ | SÍ | NO | SÍ | Municipio, Consorcio Madre Niño | Falta de presupuesto |
| El Carmen | El Carmen | 2 años | 2010 | SI | 2 | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | CLAS | Falta de sostenibilidad económica |
| Anco | Manzanayocc | 5 años | Enero 2005 | NO | 2 | NO | NO | NO | NO | NO | Recursos propios | Falta de sostenibilidad económica |
| Anco | San Miguel de Arma | 5 años | Enero 2005 | NO | 2 | NO | NO | NO | NO | NO | Recursos propios | Falta de sostenibilidad económica |
| San Pedro de Coris | San Pedro de Coris | 7 años | Setiembre 2006 | NO | 2 | SÍ | NO | NO | NO | SÍ | DOE RUN Perú y Municipio | No se usa por pertenecer a un nivel I-3 |
| Paucarbamba | Paucarbamba | 10 años | Octubre 2002 | NO | 3 | SÍ | SÍ | NO | NO | SÍ | Manuela Ramos y Consorcio Madre Niño | Falta de sostenibilidad económica |
| Locroja | Occopampa | | 2008 | NO | 3 | SÍ | SÍ | SÍ | NO | SÍ | Municipio, Consorcio Madre Niño | No tiene ninguna |

Fuente: MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud, 2015

De acuerdo al documento técnico Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna, se establece que el proceso de implementación de este espacio comunal consta de 5 fases:

- Fase I: Sensibilización
- Fase II: Planificación
- Fase III: Organización
- Fase IV: Ejecución
- Fase V: Monitoreo y Evaluación

**GRÁFICO N° 19:
PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CASA MATERNA**



Fuente: Elaboración propia, adaptada de Documento Técnico: Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna. MINSA, 2010

En la fase de Ejecución, se identifican dos momentos: a) instalación y b) funcionamiento de ésta. En el primer ítem se establecen las características culturales de la localidad que deberá tener en cuenta el gobierno local para la infraestructura y equipamiento de la Casa Materna (Anexo N° 3), así como aspectos de alimentación y difusión del uso de la misma.

En el segundo ítem, se plantean acciones de promoción de prácticas saludables a favor de la salud materna y neonatal (cuidado de la madre y el recién nacido, lactancia materna, estimulación temprana, alimentación saludable, higiene, salud mental, derechos en salud, derechos del niño/a, entre otros, a cargo de los/as Agentes Comunitarios de Salud); actividades productivas durante la permanencia de las usuarias como talleres de manualidades, agropecuarias (gestión del biohuerto que contribuya a garantizar la disponibilidad de alimentos para la gestante y sus familias y crianza de animales menores con el mismo fin).

Al respecto, se destaca que en el Centro de Salud Paucarbamba, el rol que ejerció el personal de salud contribuyó al equipamiento y funcionamiento de la Casa Materna y de la Sala de Parto, principalmente a partir del año 2014, tras haber ganado el Fondo Concursable impulsado por el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II.

“Se ganó lo que es el proyecto de Fondo Concursable de PARSALUD a nivel nacional, y en qué consistía eso, pues la adecuación intercultural, porque tiene el biohuerto, la cocina mejorada, ahora tiene el galpón, tiene la casa materna y tiene la sala de partos con interculturalidad (...) Comenzó 2014, (...) inclusive ya nos han venido a supervisar los de PARSALUD.”

Cirujana Dentista, jefa del C.S. Paucarbamba

Una de las mejoras más destacables es la instalación de infraestructura para el parto vertical.

“Se mejoró con muchas cosas más, con esos palitos que van de una pared a otra pared, con su soguita, con eso. Antes no tenía mucho, o sea, la soguita no la tenía. Era algo simplecito. Ya con el Fondo [concurso] se hizo esto, porque éstas maderitas cuestan (...).”

Cirujana Dentista, jefa del C.S. Paucarbamba

Entre las **actividades de instalación**, se encuentra la función del Comité de Gestión Local de garantizar la alimentación de la gestante y su familia. En ese sentido, reciben un estipendio para este fin, a través de los recursos financieros del Seguro Integral de Salud, siendo el tipo de alimentación de entera responsabilidad de la familia.

“Aquí cuando se hospedan, por el SIS se les favorece porque ya le dan alimentación. Por cada casa materna, por cada persona es anotado, es registrado y eso es pues llevado pues al SIS de Huancavelica. Es un proceso: la Red lleva a Huancavelica y después para que nos reembolsen, se ha gastado pues por medio del SIS ese dinero, y nos devuelven el monto que hemos gastado. (...) A ellos más o menos diez soles, quince soles, y ellos tienen que verificar mediante documentos.”

Cirujana Dentista, jefa del C.S. Paucarbamba

Entre las **actividades de funcionamiento** de la Casa Materna de Paucarbamba, se observa la gestión del biohuerto en el que las gestantes y sus familias siembran alimentos para su propio consumo; el galpón en el que se crían animales menores con el mismo fin, y la cocina mejorada que ayuda a disminuir el humo que se genera al usarla, y por ende, decrece el riesgo de padecer enfermedades respiratorias a causa de ello.

Producto del Fondo Concursable se logró la implementación de estos espacios. No obstante, insumos como las semillas para el biohuerto son adquiridas con los recursos económicos del personal del establecimiento de salud, e incluso su colocación es asumido por personal administrativo. Cabe precisar que el apoyo del gobierno local se limitó a la contratación de mano de obra para mejorar la infraestructura.

“(...) no había el biohuerto, se colocó las semillitas para que pueda sacarse de allí: el tomate, el perejil y la zanahoria, la lechuga, la coliflor. (...) la señora Elsa, mi persona o la obstetra Margot compramos, porque la semilla no cuesta cara (...) también hay que saberla esparcir. Hay una persona, de repente, el señor Andrés [chofer de la ambulancia] también lo hace; o el señor Fidel [digitador del SIS] (...) nos ayudan. (...) [Se] construyó el galpón, tenemos cuyes, están hechos para que ellas también puedan proporcionarse pues. (...) con la ayuda de las obstetras, de repente

conmigo misma porque yo las observo el tiempo que estoy aquí: ¿Qué les gustaría [a las gestantes]?, ¿qué color en la pared?, ¿cómo te gustaría tener tu galpón? ¿Así?, ah ya. O la cocina, ¿qué color?, eso influye bastante. (...) Esas maderitas son para su cocina mejorada y se coloca abajo. ¿Ves ese tubito? para que pueda hacer la leña, y allí hacen a barro o el normal; la tetera, normal y por ese lado, ese tubo de allá, sale el humo. Este nomás, la refrigeradora ecológica. Aquí ponemos agua [en la parte baja], y esa agua lo consume pues, o sea, lo mantiene fresco. (...) Todo es el resultado de lo que fue PARSALUD, inclusive este también se hizo con ayuda del municipio. (...) [Con] mano de obra ayudó [la municipalidad] para poder hacerlo, porque también esto es pesadito: Sacar, socavar, poner; poner los tapiales.”

Cirujana Dentista, jefa del C.S. Paucarbamba

Respecto a la casa materna y sala de psicoprofilaxis obstétrica, bajo la responsabilidad del Puesto de Salud Occopampa, se identifica que el mantenimiento no es constante en ambos ambientes, los cuales son fundamentales durante el periodo de gestación. La sala de psicoprofilaxis presentaba desfavorables condiciones de higiene, inclusive fungía como estacionamiento de la motocicleta empleada para el traslado del personal de salud. Además, al visitar la Casa Materna, hubo dificultad para encontrar las llaves.

“(...) Hay otro ambiente también que, ahorita no tengo la llave. (...) Ahorita no te podría decir algo, no lo tengo muy presente [cuando fue la última vez que la utilizaron]. Todo está implementado para ese momento. Siempre hemos estado atentos en lo que es visitas domiciliarias a las gestantes. (...) siempre se han dado signos de alarma y consejos para que vengan en cualquier momento. Se planeó hace poco, para que una de las gestantes de Los Andes, una comunidad superior, venga acá que ya estaba cerca de las 33 semanas. Estaba un poquito preocupado porque el bebito estaba un poco alto y dije mira: mejor lo tenemos acá y todos los días la chequeamos. Su mamá llegó de viaje, entonces ella ya no quiso bajar, quiso quedarse con su mamá arriba. Le volvimos a presentar la opción y finalmente se adelantó; o sea, como que a los dos días íbamos a volver a conversar con ella, empezó con labores de parto y ya la bajamos. Ese fue el último caso. (...) Fuimos a revisarla, bajamos con la ambulancia y la llevamos inmediatamente al centro de salud Churcampa.”

Médico jefe, P.S. Occopampa

Según lo expuesto en el acápite anterior, la débil voluntad política limita el desarrollo de iniciativas con visión estratégica a favor de la Salud Materna Neonatal, siendo una de sus principales manifestaciones, el ejercer liderazgo en la implementación de un espacio comunitario imprescindible frente a la muerte materna, como consecuencia de las limitaciones geográficas para acceder al servicio de salud. Al igual que el apoyo brindado por los gobiernos locales a otras acciones vinculadas, la contribución dada para la implementación de casas maternas ha sido a nivel operativo, como el financiamiento de mano de obra.

A esta situación se suma una endeble organización comunitaria, la cual no asume como responsabilidad propia el promover la construcción –mediante el presupuesto participativo local- y sostenibilidad de la casa materna desde el Comité de Gestión. Asimismo, los únicos actores comunitarios en las localidades visitadas, que están involucrados en el funcionamiento de la casa materna, son los Agentes Comunitarios de Salud, quienes realizan principalmente labores de referencia al servicio de salud y acciones educativas para el cuidado integral de la madre y el(la) niño(a).

Cabe indicar que tanto en las localidades de Occopampa como en Paucarbamba, las casas maternas son administradas por el personal de salud. Por lo que se concluye que el cumplimiento del documento técnico analizado es parcial por parte de las autoridades políticas y comunitarias.

5.2.2. Alta rotación, parcial renuencia e insuficiente personal de salud en el primer nivel de atención

Una de las limitantes para la sostenibilidad de la iniciativa del Consorcio Madre Niño, así como para la puesta en marcha a nivel regional y local de las acciones institucionales que garanticen la Salud Materna Neonatal, es la alta rotación, renuencia e insuficiente personal de salud.

“El cambio de personal, alta rotación de recursos humanos que hemos tenido antes del 2006. El personal de salud rotaba cada tres meses, no solo obstetras, sino enfermeras, médicos; eso también era algo decepcionante porque éramos 3 que teníamos que nuevamente hablar a los médicos, a las enfermeras que asisten parto, que tenemos que atender así: respetando

costumbres. Yo podía evidenciar o sentir algún tipo de rechazo o recriminación de por qué estamos atendiendo así.”

Obstetriz, C.S. Churcampa

A pesar de los logros obtenidos por el Consorcio Madre Niño, es preocupante que una de las fortalezas que le permitió generar algunos cambios significativos, sea a su vez una de sus principales limitaciones para la sostenibilidad. De esta manera, se pone en evidencia también la débil capacidad estratégica del personal de salud para establecer alianzas con actores de la sociedad civil en la prestación de servicios con pertinencia cultural, lo cual impactó no solo en la intervención realizada por el Consorcio Madre Niño, ya que fue percibida como una amenaza en el entorno.

“Cuando viene una ONG, nosotros lo vemos como una competencia nuestra y no les apoyamos, y por allí nos capacitan, brindan asistencia técnica, fortalecen con materiales, así con un sinfín de acciones y cosas; pero nosotros nos volvemos indiferentes. No todos, porque sino no se hubiera logrado todo lo que se ha hecho en Churcampa. (...) Vamos a capacitar Agentes Comunitarios, dicen ellos. Ah ya, entonces capacítenle ustedes pues, para eso ganan. En vez de involucrarse juntamente con el personal de la ONG, lo veían como una competencia, lo cual no debe ser así. Mil veces he tratado de sensibilizar a mis pares de que no es así; al contrario, la ONG es una oportunidad para nosotros, para quizás cubrir esos espacios, esas debilidades que, para nosotros como institución por cuestiones presupuestales, tenemos. (...) Especialmente los médicos, hay una obstetra también, bien renuente, nos hacía la guerra todavía: Que no, que no. Ella recibía a la paciente y nada, la acostaba y estando el proyecto allí.”

Obstetriz, C.S. Churcampa

Estas situaciones también fueron percibidas por el Consorcio Madre Niño y previstas en el proceso de capacitación de personal de salud, como eje principal en la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural. Por lo que consideraron la necesidad de incorporar el enfoque de interculturalidad en el sistema sanitario desde las mallas curriculares en las formación universitaria.

“es la resistencia del personal de salud que llega con una formación donde, o sea si no cree en eso, si no ha sido formado en eso. Si piensa que tradicional es mito, costumbres y todo eso, y no entiende que hay todo un sistema de salud desarrollado de tras de eso. La principal dificultad sigue siendo, así como el personal de salud sigue siendo el mejor elemento para cuando quieres hacer algo bueno en salud; personal es el peor elemento cuando quieres, cuando se pone algo bueno en salud. Si no está preparado para salud intercultural, si no está preparado para la salud comunitaria, si no está preparado para la salud familiar, si no está preparado para el trabajo rural en el primer nivel de atención, si no es con una visión hospitalaria estamos fritos.”

Coordinador, Consorcio Madre Niño

“(…) los típicos factores que complican las cosas es la rotación (…) no limitan pero hay que tenerlos en cuenta en tu planeamiento. La realidad de los recursos humanos de las zonas rurales del Perú es que la gente no se queda más de un año. Tú tienes que saber eso y trabajar sobre la base de eso. (…) Las capacitaciones se repiten, y tienes que volver a establecer relaciones cuando las personas claves cambian. (…) por lo menos, son 40% si se quedan, algunos porque son nombrados, otro porque deciden quedarse un tiempo más”.

Directora de la ONG Salud Sin Límites, integrante de Consorcio Madre Niño

La rotación -que deja desabastecido al establecimiento de salud por determinado periodo- y la insuficiencia del personal de salud traen consigo para las usuarias el incremento en el tiempo de espera antes de ser atendida, cuyo promedio nacional es de 104 minutos.

A pesar de que en Huancavelica se presenta el promedio más bajo con 64 minutos de espera (SUSALUD, 2015), esta demanda es una constante, que se agrava con la reducción del tiempo de atención. La duración promedio de una consulta médica es de 12 minutos en los establecimientos del Ministerio de Salud, siendo Huancavelica el departamento que presenta el más bajo con 9 minutos.

“Diría que atienda más rápido. Por ejemplo, a veces estamos esperando y ellos están caminando, ni siquiera nos dicen nada. Más rápido sería la atención; a veces demoramos un día y estamos allí en la sala esperando. Y,

quería que aumenten más personal para que nos atiendan más rápido. Una sola persona no nos puede atender también fácil. Eso sería mi pedido.”

Usuaría, C.S. Churcampa

“por qué yo califico [la atención de salud] medio –dice- a veces las personas que están en los horarios, hay personas buenos y entonces su atendimento es al instante. Cuando están con algo, otros nos hacen esperar, tal vez no es al instante el atendimento.”

Usuaría, C.S. Churcampa – traducido por su pareja

Una muestra de ello es la presencia de profesionales de la salud que se desempeñan bajo el SERUMS cuyo periodo de labor es de un año; al término del mismo, no están obligados a permanecer en las localidades donde han ejercido funciones. En el Puesto de Salud Occopampa, se identificó que el médico jefe laboró bajo esta modalidad en el año 2015 y llevaba dos meses de permanencia en la zona cuando fue consultado para esta investigación. El periodo de permanencia del personal de salud en los servicios de salud visitados es disímil, como mínimo de dos meses y máximo de 20 años.

Por ello, resulta imprescindible establecer un plan de incentivos más allá del económico, que incluya espacios de desarrollo de capacidades y reconocimiento a las buenas prácticas en la prestación de servicios, a partir de espacios de formación y pasantías sostenibles que favorezcan la permanencia en el servicio de salud.

Asimismo, para reducir la renuencia, es necesario incorporar en la malla curricular de formación de profesionales de la salud, el desarrollo de capacidades bajo los enfoques de derechos humanos, interculturalidad y de género. De acuerdo a la intervención realizada por el Consorcio Madre-Niño durante su periodo de ejecución, se incluyó en la currícula de algunas universidades del país, pero no se dispone de información sobre su continuidad.

“Esto no está incorporado en la currícula de las universidades, salvo algunas, por ejemplo, la universidad de Huancavelica o la universidad de Apurímac o la universidad pública de Junín y la de Ayacucho donde se han montado módulos de entrenamiento. En San Marcos, se han montado

módulos para entrenamiento en Obstetricia y Enfermería, ojalá sigan operando. Entonces se necesita estar actualizando, porque, lamentablemente, te das cuenta que en la currícula universitaria no ha incorporado ninguno de estos aspectos de pertinencia intercultural y respeto al derecho sobre todo de las mujeres a decidir (...)”.

Coordinador del Consorcio Madre-Niño

Esta innovación representa uno de los cambios estructurales, por el cual se debe apostar desde el MINSA, en calidad de órgano rector, y en coordinación con la academia, como espacio fundamental para generar y/o fortalecer capacidades que respondan a las demandas de las usuarias; contribuyendo así a la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural.

5.2.3. Débiles lazos de confianza e interacción entre las gestantes y los profesionales de salud y agentes comunitarios de salud

La interacción entre el personal de salud y las usuarias y sus familias se ve afectada por la calidad y calidez en la atención. Las usuarias consultadas denuncian la evidente vulneración de sus derechos en el servicio de salud, como se demuestra en los hallazgos previos analizados. De acuerdo al decálogo de los derechos del (la) usuario(a), estos deben recibir un trato gentil, digno y respetuoso a su persona y familia, así como al respeto de sus convicciones personales y morales, principalmente aquellas vinculadas a las condiciones socioculturales y/o de género (MINSA, s/f), lo cual se contrapone en los siguientes testimonios:

“Sí son buenos algunos; algunos no. Son renegones, algunos no nos quieren atender; también están apuraditos, a estas horas vienen. Hasta rato les vamos a esperar, nos dicen. Algunas no, son buenos, algunos doctores son buenos y nos tratan bien. Diferentes también cambian, cambian y vienen así.”

Usuaría del C.S. Churcampa

“Regular [la calidad de atención] sería, porque hay algunas personas buenas, compasivas; hay algunas que no.”

Usuaría del C.S. Churcampa

“Que trata con más paciencia; más atención y más paciencia. Hay veces que no tenían ni paciencia, otros doctores, otras enfermeras renegaban; otros gritaban. Cuando da a luz, aguanta, me dice; a otro paciencia le atiende, a otros.”

Usuaría del C.S. Churcampa

“A veces nos atienden cuando estamos mal también. Yo tenía pérdida de sangre cuando estaba embarazada. Eso es normal, me han dicho. (...) Ah, cuando están apurados no te atienden bien. Que cambien eso también. Ah, cuando estás mal te deben atender. Algunos te hacen esperar, así es. Sí, cuando hay bastante gente, sí esperamos en Churcampa. En días domingos, más cola es. En días particulares también cuando hay colas, cuando no hay, al toque entras”.

Usuaría del C.S. Churcampa

“No muy buena también [sonrisa]. Cómo te dije, nos atienden así: algunas doctoras son buenas; algunas vienen así lisas también, pues. Nosotros no sabemos a quién quejarnos también, así calladitas nosotros estamos, uno solo no se puede quejar también.”

Usuaría del C.S. Paucarbamba

Los testimonios coinciden en que no se garantiza el derecho a la satisfacción de sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas. Se evidencia además que las usuarias no conocen mecanismos para la denuncia ante la insatisfacción del servicio prestado. Esta información, junto al decálogo de los usuarios, son instrumentos de comunicación imprescindibles en las instalaciones de los establecimientos de salud. No obstante, no se halló ninguna pieza de esta naturaleza en ninguno de los establecimientos de salud que forman parte de esta investigación.

Como resultado de estas situaciones, la confianza que existe en el personal de salud es ínfima, así lo expresan los testimonios recogidos, en donde se prioriza el vínculo construido con la(el) partera(o):

“Más que nada confío en el Divino. Manifiesta, ella confía primero en partera, dice; el partero de repente arregla, de repente un poquito chueco está el bebe, hace arreglamiento, arregla, después puede nacer normal, dice. Y después en el hospital no pueden como partero, y lo llevan a la

operación, dice. Entonces en lugar que arreglen al bebecito, para que podría hacer normal, para que no esté operado, entonces más confía en partero, dice la señora.”

Usuaría del C.S. Churcampa - Traducido por su pareja

“Sí [desea cambios en la atención], porque cuántos madres humildes, así le tratarán, le gritarán, ay no sé. Es que mayoría acá somos humildes y ellos ah, se aprovechan. Sí [confía en el personal de salud] pero algunos; algunos no. Es que otros son así buenas; pero otros son así, media especial. No, ellos no respetan [las costumbres al dar a luz]. A veces ellos piensan que es peligroso, pueden morirse.”

Usuaría del C.S. Paucarbamba

Estas percepciones son respaldadas por las(os) ACS, que reconocen las limitaciones y resistencias del personal de salud para sostener el diálogo intercultural, como producto del maltrato que reciben las gestantes y/o ausencia de comunicación de efectos secundarios de los procedimientos realizados como parte de la atención.

“Ah, a veces no respetan sus costumbres; hay algunas obstetras malas que nos tratan mal, y las resienten [a] las gestantes. Ah, porque me van a tratar mal [no va]. También he dado parte en diciembre: una señora le habían puesto ampollas, suero me dice en su bracito. Aburrida quién había sido esa enfermera. Su bracito está verde, verde, por aquí, por allá la habían hincado también. Allí donde me has llevado así me ha hecho, me dice, y eso no has ido tú. Claro que ese ratito no he ido pues, su esposo estaba acompañando; no he ido acompañarla por eso me ha dicho así. (...) Por eso nosotros estamos dando orientación, aquí también estamos diciendo que nunca traten mal a las pacientes.”

Agente Comunitaria de Salud, C.S. Paucarbamba

Cabe recordar que la labor que realizan las(os) ACS es diferente a la del (la) partera(o); sin embargo existen líderes comunitarios que desempeñan ambos roles. Las(os) ACS reconocen como valiosa la labor de soporte que brindan durante el alumbramiento para asegurar que éste se dé en el establecimiento de salud. Aún cuando las usuarias expresan confianza en la(el) partera(o) y/o ACS, en contraposición al vínculo con el personal de salud, no se considera la participación activa de ellas(os) en el desarrollo del parto institucional, considerando que

representan un interlocutor efectivo para estrechar lazos con el establecimiento de salud. Una muestra de ello, es que no se mencione de manera explícita -en ninguno de los dos documentos normativos sobre parto vertical analizados- qué rol poseen en este proceso.

“Ellas parece que tienen vergüenza, por eso nos dice no me vas a soltar, vas a estar en mi lado. A veces [a] un agente comunitario nos tiene más confianza, a veces su esposo va, su cuñado va. En ese rato que tienen dolor, me dicen: tía Cleofe, agárreme a mí -me llaman más que a su esposo- no me vas a soltar, vas a estar en mi lado, así a varios he acompañado en parto”.

Agente Comunitaria de Salud, C.S. Paucarbamba

“Siempre nos preocupan, a veces son familiares. Nos conocen [a] los agentes comunitarios. A veces nos avisan, nos llaman ¿sabes qué?, tal gestante los estamos enviando, mandando [al establecimiento de salud]. Entonces nos comunicamos; siempre nos estamos visitando. Nosotros le defendemos así las costumbres de las mamás. O sea, a nosotros ya que somos confianza con las gestantes les explicamos sus costumbres; entonces nos explican ellos. También hacemos comprender a la obstetriz que nos atiende (...) y los atiende muy bien. Por ejemplo, la señora Elsa [obstetriz] conoce a las hierbitas, qué cosa es bueno, entonces eso lo hace. Sí eso ha tomado, ya eso que traiga. Así estamos trabajando, esa es la costumbre que tiene el centro de salud.”

Agente Comunitaria de Salud, C.S. Paucarbamba

A pesar de que las(os) ACS destacan ser interlocutores efectivos para el diálogo intercultural entre personal de salud y usuarias y sus familias, ellas enuncian que durante el periodo de gestación no recibieron visitas domiciliarias en las que se aborden actividades educativas a favor de la salud materna neonatal, cuya función se encuentra estipulada en el Manual del Agente Comunitario de Salud (MINSA, 2009b).

“No, nunca me visitó [a/el ACS]. Tampoco [cuando estaba gestando]. No, no me han visitado. Han venido de acá del centro de salud, la obstetra venía a medir, siempre me buscaban; cuando estoy en la chacra también, siempre me encontraban.”

Usuaría, C.S. Paucarbamba

“No. Nunca [recibió la visita]. Me agarró dolor también y mi esposo me fue a llevar.”

Usuaría, C.S. Churcampa

“Según lo que dice, los promotores de salud cuando estaba gestando, no me han visitado, dice. Cuando ya empezó a dar a luz, cuando tuvo los dolores, recién tuvo conocimiento: sí estaba presente la promotora, justamente con los enfermeros. Los tres [personal de salud, ACS y partera presentes]. En centro, solo quisiera ver esas parteras. Eso es una preocupación para gestantes; porque las señoras que manifiestan. A veces para ir a ver la partera, él [ella] ya sabe en venas más que nada, porque puede estar chueco. De repente en el centro de salud no pueden detectar que está chueco, entonces lo mandan a la operación y allá de repente ya no es un poco sano. Esa es la preocupación de las madres, dice. (...) podría haber una partera, dice.”

Usuaría, C.S. Churcampa – Traducido por su pareja

Para establecer lazos de confianza sostenibles en el tiempo con las usuarias del servicio y sus familias, es importante respetar los acuerdos que se establecen en la prestación del servicio, de tal manera que no perjudique el débil vínculo entre ellas y el personal de salud. En caso contrario, aún cuando se hospeden en la casa materna no podrá asegurarse el parto institucional. Un ejemplo de ello, fue el parto de una de las usuarias del Centro de Salud Paucarbamba, asistido por sus familiares, el cual se produjo en la casa materna, contigua al establecimiento.

Ella está [estuvo] en parto a las 11:10 de la mañana. El parto ha sido acá en compañía de las familiares. Aquí tienen acceso los familiares, o sea, entran y salen, no hay problema; incluso si vienen con su partera. Si ellos prefieren que le atienda la partera, le va atender, pero nosotros vamos a estar supervisando (...) nosotros les proporcionamos toda la indumentaria, lo que es mandil, guantes, gorro, mascarilla porque es importante que la persona que atienda el parto tiene que estar protegido, porque estamos propensos a contagiar de cualquier enfermedad. Entonces, todo lo que nosotros podemos usar en un parto, lo usan también las parteras, Y eso es lo que ha pasado en la mañana.

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

Los profesionales de la salud aún cuando destacan que la usuaria es libre de elegir la compañía de la partera y atender el parto; consideran que las creencias culturales de las gestantes y sus familias limitan su ejercicio profesional, reafirmando el enfrentamiento entre ambos, como lo explica Panikkar, según Tubino (2015). El servicio de salud debe responder a la demanda, pues lo que se brinda no es un apoyo.

“Suelen ser muy reacios con nosotros. A veces se les quiere apoyar pero no quieren; prefieren a veces la creencia que tienen y no ven más allá de la posibilidad que tienen. (...) Nosotros nos tenemos que adecuar muchas veces a lo que el paciente quiere y [en] eso estamos en una lucha constante nosotros como profesionales, porque ellos están acostumbrados a que nosotros tenemos que hacer lo que ellos quieren. Entonces, eso también es un punto en contra de nosotras, pero se trata de luchar contra eso para poder tener los partos institucionales. En el caso de la señora, por ejemplo, trajo a su papá que bueno, dice tener experiencia en partos, porque ha visto muchos partos y él cree saber muchas cosas; entonces, se trabaja en conjunto (...) Damos esa posibilidad”.

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

El establecer acuerdos exige transparencia por parte de los involucrados. Por lo que, aún cuando algunos de los profesionales de salud, gozan de la confianza que han construido durante el ejercicio de sus labores, ello se puede diluir ante el incumplimiento de lo pactado.

“La señora como es la jefa, la señora Elsa [obsteriz] conocemos desde hace un buen tiempo ya, entonces nos dijeron que viniera. Bien claro sabe que no he traído a mis tres hijos, porque nos dijeron que vamos a cortar, que uno de ellos familiares no más tiene que entrar al parto, a la casa [materna] también. Sí es así, no podemos traer, señora Elsa, diciendo; entonces [ella respondió] anda trayendo con tu familia, vengan no más, pueden atender como en tu casa, tranquilamente, sin miedo, yo mismo les voy atender diciendo. Nos ha dicho, incluso, cualquier cosita también te vamos a estar dando roponcitos; pero ahorita no encuentro con la señora Elsa, porque nos ha prometido esa cosita, me dicen que está en sus vacaciones.”

Pareja de usuaria de C.S. Paucarbamba

Frente a esta situación, y a fin de conservar la intimidad durante los momentos de mayor vulnerabilidad de la usuaria, la familia restringió el ingreso del personal de salud a la habitación donde se alojaban, y decidió acompañar la labor de parto sin presencia del mismo. De esta manera, la familia evitó que la continuidad de la labor de parto se viera interrumpida, por la presencia de otras usuarias y/o personal circulando alrededor de la sala de parto.

“Aquí abajito [en la casa materna], en calor entrando cuando se apura más [para dar a luz]; me avisas diciéndome [el personal de salud] pues.”

Usuaría de C.S. Paucarbamba

“Allí estábamos sentados, aquí van a descansar [en la casa materna] diciendo. Entonces me dijo, como otro personal de la doctora, le ha llegado más pacientes. (...) Entonces, como mucho no se acostumbra a la bulla, a veces en la sala de parto están así los bebitos; están andando los demás, a veces las mujeres están andando, caminando; se asusta. Acá un poquito de silencio, entonces por esa razón nos hemos quedado. Ya cuando estaba con dolor vamos arriba, diciendo. No, ya no quiso, me va asustar, entonces el dolor se va a calmar; hasta estas horas, hasta el día siguiente diciendo. Le ha dicho [al personal de salud], nos ha comprendido, entonces por esa razón nos hemos quedado acá.”

Pareja de usuaria de C.S. Paucarbamba

“Dicen que cuando el parto está allí, ya están todos. Dice no podemos hacer bulla porque se asustan. Se calma el dolor, no hay contracción”.

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

No obstante, la decisión y expectativas de la familia fueron interpretadas por el personal de salud de manera contraria:

“(...) Y hubo un inconveniente porque el familiar quiso tener potestad de todo el parto, y eso también no podemos permitirlo ¿por qué?, porque no solamente estamos con la paciente, con la gestante, sino también con el recién nacido. Entonces él quería tomarse el tiempo en que la placenta salga sola. La paciente es anémica, entonces, todas esas consideraciones nosotros también las tenemos en cuenta para también nosotros actuar, y no podemos esperar. O sea, ellos hacen su parte y déjame a mí hacer mi parte

como profesional de salud. (...) y a veces una placenta sin un alumbramiento dirigido, que es con la puesta con una ampolla de oxitocina de diez unidades internacionales vía en la nalguita, vía intramuscular; él no quería que se le ponga. Entonces eso demora hasta media hora, la paciente puede seguir sangrando, paciente anémica, qué antecedente de lactancia. A veces nosotros acordamos en algún momento: tú haces tu parte y me dejas hacer mi parte ¿ya?, pero a la hora de la hora ellos quieren imponer lo que ellos quieren.

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

Esta posición es reafirmada por otra de las obstetrices del servicio de salud:

“Que ellos [papá, mamá y pareja de la gestante] estaba acompañando a la paciente hasta el momento de la dilatación. Una vez que dilataba, se iba a pasar a la sala de parto para poder atender en las condiciones adecuadas a ese bebito, con todo lo que ya ha visto usted. Entonces ¿qué pasó?, la mamá de la paciente se puso reacia, empezó a gritar diciendo que no, que su hija tenía que dar parto allí, y nos cerró la puerta [de la casa materna] (...) diciéndonos: no, la paciente no va a salir y solamente llamó a Felícita, como es quechua hablante. Nos dejaron ingresar cuando ya el bebito había salido.”

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

Felícita es Técnica en Enfermería e hija de una partera reconocida en la localidad, con quien la Lic. Elsa visitaba a las gestantes para ganarse su confianza.

“Se atendió pues [al bebé], ya estábamos ahí todos listos preparados, sino que estábamos en la puerta. Escondidas porque no querían dejarnos entrar. No podemos hacer bulla.”

Técnica en Enfermería, C.S. Paucarbamba

“Ya habíamos puesto nuestros campitos [superficies de telas esterilizadas], pero ese no era como se dice, el acuerdo. El acuerdo era intervenir y ver. A veces uno puede respetar la cultura de la paciente y se hacen acuerdos; pero a veces no lo cumplen pues, como pasó hoy. (...) Ese es un gran dilema, imagínese si nadie hubiera estado pendiente allí, y esa es nuestra gran barrera: las creencias que ellos tienen y ellos piensan que a su creencia nosotros actuamos de mala manera; no actuamos de buena fe, ya

nos ven como los malos, pero no es eso pues. Pero se les trata de explicar, se les trata de decir qué función cumplimos nosotras; que nosotras también estamos preparadas para eso, y bueno, entienden para un ratito pero después siempre tenemos esa discrepancia, algunos entienden. (...) Tranquilos se dejan ayudar.”

Obstetriz, C.S. Paucarbamba

A partir de los testimonios recogidos, se identifican expresiones como: “Damos la oportunidad” de que elijan la participación de la partera; “Suelen ser muy reacios con nosotros. A veces se les quiere apoyar pero no quieren; prefieren a veces la creencia que tienen”; “Esa es nuestra gran barrera: las creencias que ellos tienen”; “El familiar quiso tener potestad de todo el parto, y eso también no podemos permitirlo porque ellos están acostumbrados a que nosotros tenemos que hacer lo que ellos quieren”; “Se trata de luchar contra eso para poder tener los partos institucionales”; “Entienden para un ratito” y “Tranquilos se dejan ayudar”.

Estas manifestaciones las percepciones del personal de salud sobre la cosmovisión andina, evidenciando que las condiciones en las que se da este diálogo intercultural siguen resultando asimétricas. Los profesionales de la salud parten de la premisa, que dada su condición, deben convencer a la usuaria de asistir al establecimiento de salud para su bienestar integral, identificando ésta como única alternativa sobre la mesa de discusión. A pesar del proceso de capacitación del cual han sido parte los profesionales de la salud, el paradigma de la atención bajo los preceptos de la medicina occidental sigue siendo hegemónico.

Por lo que la necesidad de proponer políticas interculturales, que según Tubino (2015) son: “políticas de convivencia, de integración diferenciada (...) buscan erradicar la discriminación y la estigmatización cultural porque impiden el ejercicio de los derechos fundamentales (...) procuran generar espacios de diálogo intercultural (...) [y] buscan convertir los espacios públicos discriminatorios en espacios de reconocimiento”. Al ser estas políticas transformativas, son por ende, de largo aliento.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Esta acápite se organiza en dos grandes aspectos: i) En respuesta a la pregunta general de investigación: ¿Cuáles son las características de la gestión y de la participación de los actores políticos, sociales, comunitarios y de la sociedad civil que han facilitado la adecuación cultural de los servicios de salud a favor de la salud materna neonatal en Churcampa?, bajo la denominación de conclusiones generales y ii) A partir de los principales hallazgos identificados: a) Débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas, puérperas y sus familias en los servicios de salud y b) Débil gestión sostenible con pertinencia cultural.

6.1.1. Conclusiones generales

Dado que la gerencia social busca comprender los esfuerzos de cogestión basados en sistemas de cooperación equitativos, en los que se comparten roles, tomando en cuenta las capacidades de los actores involucrados para la administración de los bienes públicos y semipúblicos (Bobadilla, 2005), se identifica que las características de la gestión desde el Consorcio Madre Niño son las siguientes:

El rol que ha desempeñado ha sido el de *facilitador* al generar las condiciones que favorecieron que la adecuación cultural se institucionalice en 13 establecimientos de salud que corresponden a dos microrredes de salud, ubicadas en los distritos de Churcampa y Paucarbamba al término de la intervención en el año 2008. Como consecuencia, esta experiencia se convirtió en uno de los referentes para el diseño de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural que elaboró el MINSA. A pesar de ello, se determina que el impacto de esta iniciativa fue principalmente en el ámbito local.

En el contexto de la descentralización y en cumplimiento a Ley Orgánica de Municipalidades, el Estado ha asignado roles a las entidades gubernamentales y de la sociedad civil, identificando a las primeras como facilitadores o promotores de procesos de desarrollo; mientras las segundas cumplen la función de ejecutoras de los mismos (Bobadilla, 2005). No obstante, se

concluye, que se invirtieron los roles en el territorio, siendo los representantes de las entidades gubernamentales los gobiernos locales y los establecimientos de salud en calidad de *ejecutores*.

El Consorcio Madre Niño generó espacios de comunicación entre usuarias de los servicios de salud, ACS, el personal de salud y autoridades políticas distritales, actores que expresaron diferentes niveles de participación entre los mismos. En la actualidad, no ha sido viable la sostenibilidad de esta interacciones entre ellos(as). Sin embargo, representa un hito en la visibilidad e incorporación de la Salud Materna Neonatal en la agenda pública de la provincia de Churcampa, aún cuando las autoridades políticas no hayan apostado por colocar esta temática como prioridad en la gestión municipal y formulación de políticas locales durante la ejecución del proyecto ni tras él.

En torno a las características de gestión de los establecimientos de salud que participaron, se concluye que la implementación del componente Salud del proyecto se sustentó en el compromiso y participación, de acuerdo a sus competencias, del personal salud operativo; mas no en las jefaturas identificadas en el primer nivel de atención, redes de salud o Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Factor que explica además que la sostenibilidad se haya visto deteriorada. Por lo que se reafirma el rol de *ejecutores* desde los establecimientos de salud, como representantes locales del Sector Salud, en la propuesta impulsada por la sociedad civil.

Tras el análisis de los hallazgos y en contraste a los criterios establecidos por el MINCUL (2015) para la construcción de servicios públicos con pertinencia cultural, se determina que los servicios de salud en la provincia de Churcampa no incorporan este enfoque, el cual comprende el trato igualitario y de respeto, sin importar condiciones étnicas, sociales, económicas, culturales u otras similares, el proveer servicios bilingües (en la lengua oficial y en la lengua predominante en la zona) así como la integración de los sistemas tradicionales y modernos en el modelo de atención. Los servicios de salud de Churcampa que se consideraron en la muestra, permiten extrapolar que los criterios descritos no se encuentran presentes en la atención de salud que reciben las usuarias, ya que ellas expresan –principalmente- irrespeto a sus prácticas culturales durante el parto y puerperio, así como la demanda del uso del quechua por parte del personal de salud y a la información para la elección de

la posición en la que desea dar a luz, siendo estas expresiones de vulneración de derechos.

Estas situaciones *a posteriori* demuestran que el diseño y ejecución de la intervención (2005-2008) apostó por la adecuación cultural de los servicios de salud; mas no por la pertinencia cultural, la cual debiera ser resultado del diálogo consensuado entre las usuarias del servicio y el personal de salud.

Por ello, se manifiesta contradicción entre el discurso institucional del Consorcio Madre Niño y los informantes claves, gestores del mismo. Es decir, mientras la adecuación cultural es resultado de la adaptación del servicio para atraer usuarias(os) y cumplir la cobertura de atención en la jurisdicción asignada; la pertinencia cultural es entendida como el desarrollo de acciones en el servicio de salud que responden a la garantía de derechos de los(as) usuarios(as), enfocándose en la cultura del otro. A pesar de la actualización de la norma técnica referida al parto vertical, dada por el MINSA, donde se establecen los procedimientos a seguir por parte del personal de salud y cuya denominación incluye en el título de la misma: en el marco de los derechos humanos con pertinencia cultural, se sigue exponiendo en su contenido la adecuación cultural como eje central.

Se infiere que a través de la adecuación cultural se perpetúa la permanencia en el primer nivel del diálogo intercultural, -que describe Panikkar- como el intercambio de racionalidades para la persuasión de uno sobre otro (citado en Tubino, 2015): del personal de salud hacia las usuarias. Por ello, se restringe el acceso al segundo nivel de este diálogo como aquel que nos facilita el reconocimiento y valoración de saberes previos y el encuentro entre las afectividades y sensibilidades que explica Tubino (2015). De esta manera, se relega a la gestante, anulándole el rol protagónico en su parto sin considerarla sujeta de derechos durante la atención de salud.

6.1.2. Sobre el débil ejercicio de los derechos de las gestantes, parturientas, puérperas y sus familias en los servicios de salud

La intervención logró diseñar, validar e implementar un modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna y perinatal, el cual según los gestores del Consorcio Madre Niño, fue resultado de un proceso participativo que recogió las necesidades de la población y los aportes del personal de

salud de la provincia, contribuyendo al incremento de la asistencia de las mujeres al servicio de salud.

Sin embargo, aún cuando existe alto grado de compromiso expresado por el personal de salud, la convicción que poseen para respetar las prácticas culturales de las mujeres y sus familias, así como el garantizar el ejercicio sus derechos en salud, no se expresa en la misma medida; pues ésta es muy baja.

Eliminar el ejercicio asimétrico de poder entre ambos actores demanda un proceso continuo y complejo, pues el personal de salud *determina* aquello que deben llevar las gestantes y sus familias al establecimiento de salud para la atención del parto, o *permite* la compañía de la partera y/o familiar(es). Esta situación se agrava cuando en el discurso institucional se evidencia que la normas técnicas referidas a la atención del parto vertical dadas en los años 2005 y 2016 respaldan este desempeño.

En este contexto, las usuarias demandan situaciones de vulneración sistemática de derechos por parte del personal de salud, principalmente, al limitar el consumo de hierbas para amainar el dolor de la labor de parto; el uso poco constante de la pañoleta y chumpi; el tacto vaginal innecesario; la restricción de la compañía del/la partera(o); la poca o nula información sobre la elección de la posición en la que desea dar a luz y la atención en una lengua diferente a la materna. Por ende, se identifica que la valoración que asignan a sus prácticas culturales resultan valiosas para ellas y sus familias, dado que constituyen su identidad cultural y tradición oral de los saberes previos adquiridos generación tras generación, lo cual se corrobora en expresiones como *las mamitas antiguas saben*.

A pesar de la disposición por comprender la cosmovisión andina en torno a la Salud Materna, ésta no es suficiente. Frente a las demandas de las usuarias, se evidencia que las condiciones en las que se da este diálogo intercultural afianzan las desigualdades de poder del personal de salud sobre las usuarias y sus familias. Los profesionales de la salud consideran que deben convencer a la usuaria de asistir al establecimiento de salud, como única alternativa válida para preservar la Salud Materna. A pesar del proceso de capacitación del cual han sido parte los profesionales de la salud, el paradigma de la atención bajo los preceptos de la medicina occidental sigue siendo hegemónico. Se infiere que la valoración que asigna el personal de salud a las

prácticas culturales es ínfima. Por ende, se concluye que existe una valoración contradictoria de las prácticas culturales entre las usuarias y sus familias y el personal de salud, a causa de la débil convicción del mismo sobre los saberes previos.

6.1.3. Sobre el débil gestión sostenible con pertinencia cultural

Cabe indicar que el objeto de estudio de la gerencia social recae en la cogestión interinstitucional e intersectorial de los bienes comunes, públicos y semipúblicos, entre cuyos ejes centrales se halla el capital social y el empoderamiento. En ese sentido, la especificidad de la gerencia social se sostiene en la participación, entendida como el nivel de responsabilidad que los actores asumen en el manejo de los bienes comunes (Bobadilla, 2005).

La participación de la sociedad civil, establecimientos de salud, gobiernos locales y comunidad organizada es necesaria para asegurar la sostenibilidad de la pertinencia cultural en la atención de salud de las usuarias durante los controles prenatales, parto y puerperio. Sin embargo, los niveles de participación fueron disímiles entre los actores involucrados. La participación de la autoridad política fue coyuntural y respondió al interés de cumplir los acuerdos establecidos en el marco del Presupuesto por Resultados, impulsado por el Ministerio de Economía y Finanzas, así como brindando, principalmente, apoyos institucionales operativos a través de la construcción de infraestructura de las casas maternas, facilitando requerimientos logísticos para el ejercicio de la labor de vigilancia, referencia y contrarreferencia comunitaria de las(os) ACS o a través de la compra de equipos sanitarios.

No obstante, algunas de las acciones realizadas por los gobiernos locales se proyectaron a mediano horizonte como el financiamiento de espacios de capacitación dirigidos a personal de salud y ACS; sin embargo, el gobierno regional no brindó apoyo institucional a la iniciativa.

Algunas otras acciones fueron de concebidas a largo plazo como los espacios de diálogo y capacitación en referencia a la Salud Materna entre el personal de salud y los candidatos regionales, provinciales y distritales durante el proceso electoral 2006, con el fin de incorporar en los planes de gobierno las demandas en esta materia. Dado que estas acciones no fueron sostenibles, se concluye que la visión estratégica ha estado ausente en la planificación y

ejecución de acciones conjuntas en las que participaron los gobiernos locales, las cuales no han planteado una perspectiva sistémica que aborde los factores determinantes de la Salud Materna Neonatal, principalmente, los de acceso al servicio de salud, cultura y género, necesarias para establecer un diálogo intercultural que se encamine al segundo nivel que plantea Panikkar. Considerando, además, que el rol esperado del gobierno local es el de líder en la implementación de la política en Salud Materna en su ámbito; mas no únicamente, por ejemplo, el de financiador de la infraestructura de las casas maternas, sino también el de gestor en la implementación y funcionamiento de las mismas y de manera compartida con la comunidad.

Según las posibilidades de articulación entre actores, establecidas por Solar, O. *et al*, 2009), se determina que la vinculación que existió entre el Consorcio Madre Niño y los gobiernos locales, así como con los establecimientos de salud priorizados en el proyecto, en ambas situaciones, se caracteriza por ser de cooperación, entendida como la interacción para lograr una mayor eficiencia en las acciones de cada sector, la cual se da en la ejecución de programas o políticas, mas no en su formulación. Cabe precisar que la articulación con los gobiernos locales fue de cooperación con menor intensidad en comparación con la establecida con los establecimientos de salud, ya que ésta fue incidental.

Aún cuando los logros obtenidos por el Consorcio Madre Niño, se sustentan en el personal de salud es preocupante que ésta fortaleza, sea a su vez una de sus principales limitaciones para la sostenibilidad, lo cual coloca en riesgo el cumplimiento de la propuesta de una política pública para garantizar la Salud Materna Neonatal en la provincia. La resistencia del personal de salud para la articulación con el Consorcio Madre Niño, representó además de una dificultad, débil capacidad estratégica para interactuar con actores de la sociedad civil.

Respecto a la participación de las(os) ACS, se identifica que la comunicación con las gestantes no es constante pues las últimas refieren no tener contacto con ellas(os) durante el embarazo, aún cuando advierten que desempeñan un rol importante en facilitar la decisión de la gestante en la elección de la modalidad del parto y las labores de referencia y contrarreferencia al servicio de salud. Asimismo, la participación de las usuarias y sus familias primordialmente, fue a nivel operativo; es decir, en respuesta a los espacios de

diálogo generados por el Consorcio Madre Niño; mas no en la toma de decisiones a favor de una política local en Salud Materna, lo cual indica un ejercicio ínfimo de ciudadanía y endeble organización comunitaria, imprescindible para la sostenibilidad.

En ese sentido, se infiere que la interacción de ambos actores de la comunidad con el Consorcio Madre Niño se caracteriza por pertenecer al primer nivel de la escala de Solar, O. *et al.* (2009) el de la información, que consiste en el intercambio de ésta y a pesar de los esfuerzo realizados, se sostiene en una relación de una sola vía. A pesar de ello, es importante destacar que este es un primer paso en el proceso de articulación intersectorial, pues la información es parte de la construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo horizontal.

6.2. Recomendaciones

6.2.1. Desde la Gerencia Social para la generación de una política pública con pertinencia cultural

El diseño de la política pública en Salud Materna Neonatal demanda suprimir las condiciones desiguales en las que se da el diálogo intercultural, colocando en subordinación una cultura bajo otra. Estas condiciones, identificadas por Tubino (2015) son: factores económicos, geográficos, políticos, que obstaculizan la ciudadanía intercultural para crear espacios públicos donde se apueste por la actuación política de la diversidad en esta materia.

Respecto a estas condiciones, es preciso anotar que Solar, O. e Irwin, A. (2010) discuten sobre el impacto que tienen en la salud. Por ello, es necesario que el diseño de las intervenciones del MINSA para la reducción de la mortalidad materna debe estar orientado a vulnerar determinantes sociales, principalmente los que se encuentran bajo su dominio: servicio de salud, pues el marco normativo para la atención de parto vertical no representa una alternativa contundente para mejorar la atención de las usuarias del servicio de salud. No obstante, posee también la responsabilidad política de colocar en la agenda del gobierno central el rédito social, político, económico y cultural de la Salud Materna, que repercute en el Índice de Desarrollo Humano y la calidad de vida de la población peruana.

El considerar a la Salud en todas las políticas resulta el anhelo máximo, donde la intersectorialidad se expresa no sólo presentando una estrategia conjunta para resolver problemas; sino también como un área de desarrollo y producción de nuevos programas y políticas. Es así que la valoración que se le atribuiría a la salud en todas las políticas sociales empezaría a visibilizarse e incrementarse, lo cual arribaría al liderazgo dentro del sector sobre esta visión de trabajo y las responsabilidades hacia la población desde todos los actores involucrados (Solar, O. *et al*, 2009).

Resulta imprescindible, entonces, que el proceso de construcción de la política pública de Salud Materna con pertinencia cultural, involucre no solo al MINSA, sino también al Ministerio de Cultura (MINCUL), al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), al Ministerio de Educación (MINEDU), al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), así como al gobierno regional (en coordinación con la DIRESA), los gobiernos locales y la comunidad organizada compartan espacios de dialogo consensuados en los que es viable la planificación multiescalar participativa.

Este proceso es colaborativo con múltiples alianzas por niveles de Estado, que deberán articularse y coordinar para la resolución de problemas priorizados, potenciando oportunidades de desarrollo. En ese sentido, se busca garantizar los intereses de las(os) ciudadanas(os) y la coordinación de esfuerzos, la cual nos sirve como modelo de gestión pública donde el Estado, la sociedad civil y el sector privado acuerdan estrategias y líneas de acción (Sandoval, C. *et al*, 2015).

Es importante reconocer, que dentro de este proceso, existen niveles de participación ciudadana, cuya escala va desde el nivel informativo hasta la cogestión. Para ello, son necesarias condiciones mínimas que debe tomar en cuenta los actores involucrados, principalmente, los del gobierno central, a fin de plantear una estrategia de participación ciudadana (Sandoval, C. *et al*, 2015):

- Institucionalizar los procesos de participación ciudadana.
- Voluntad política de las autoridades responsables.
- Experiencia en la materia del equipo profesional que llevará el proceso.
- Recursos disponibles para la elaboración e implementación de la estrategia.

- Personas y grupos interesados en participar.

A efectos de construir espacios de participación con las características descritas, es imprescindible construir capital social, entendida como la confianza que existe entre los actores de una sociedad (citado en Bobadilla, 2005), por lo que las política de Salud Materna y los instrumentos de política deben enfocarse en colocar a las usuarias y sus familias, en alianza con los líderes comunitarios como el eje de las mismas, ya sea en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como durante todo el ciclo de la atención materna neonatal.

Cabe indicar, que a pesar de que los ACS reconocen el mayor involucramiento de la pareja en el cuidado de la Salud Materna Neonatal, así como el fortalecimiento del acceso de la mujer al establecimiento de salud, es fundamental incorporar en la política de Salud Materna, el enfoque de género. Es responsabilidad del MIMP brindar asistencia técnica en la transversalización del enfoque de género en las instituciones públicas a nivel nacional y regional, según lo estipulado en el Decreto Supremo N05-2017-MIMP. Si bien es cierto, el Consorcio Madre Niño incluyó en el proyecto este enfoque, su implementación no tuvo impacto relevante en el cuestionamiento de roles establecidos entre mujeres y hombres.

Por las razones expuestas, el reto de la política de Salud Materna Neonatal es la de transformación de los espacios de discriminación y la estigmatización cultural a espacios de reconocimiento de la libertad cultural.

6.2.2. Para sostenibilidad de la pertinencia cultural en los servicios de salud

Con el propósito de sostener la pertinencia cultural en los servicios de salud, se proponen los siguientes arreglos institucionales:

- En coordinación entre el MINSA y el MEF, incorporar en el Programa Presupuestal Materno Neonatal del Presupuesto por Resultados, la actividad atención de parto vertical en el producto *Atención de parto normal* y respectiva definición operativa, de tal manera que pueda ser una actividad a ser elegida durante la programación de los establecimientos de salud donde principalmente esta modalidad sea una demanda recurrente. Este arreglo institucional responde a que los

productos de dicho programa presupuestal en este aspecto son únicamente: *Atención del parto normal, Parto complicado no quirúrgico y Parto complicado quirúrgico* (MEF, 2017).

- A efectos de cumplir con esta alternativa de solución, es pertinente fortalecer el proceso de capacitación que realiza el MINSA en la programación de actividades en el nivel operativo, a fin de facilitar su ejecución. Se debe garantizar además que este servicio sea cubierto por el Seguro Integral de Salud. Asimismo, en relación al cumplimiento del producto: Población que accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, es oportuno agregar que el grupo poblacional que lo recibe, deberían ser también los varones, no solo las mujeres en edad fértil, ya que es una responsabilidad compartida en la pareja.
- Para la construcción e implementación de casas maternas de acuerdo a las necesidades de la provincia de Churcampá, como una de las estrategias para acortar las brechas geográficas, es pertinente que el MINSA sustente su incorporación en el Plan de Incentivos Municipales y se convierta en una de las metas asignadas al Sector Salud, el cual es gestionado por el MEF y ejecutado por los gobiernos regionales y locales.
- Será oportuno también que el MINCUL establezca un dispositivo normativo que lo faculte para la asistencia técnica, monitoreo y supervisión de la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud, considerando las disposiciones incumplidas, descritas en el capítulo anterior. Esta medida tiene sustento en la Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de los servicios públicos.
- En el marco de la implementación de la iniciativa Universidades Saludables, espacio de coordinación institucionalizado por el MINSA y en alianza con la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), proponer la incorporación de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud, en las mallas académicas, en primera instancia, de las facultades de ciencias de la salud y otras vinculadas a la actividad institucional del Sector Salud. Experiencias previas en torno a este aspecto existen en el país, las

cuales debieran ser analizadas y fortalecidas para su réplica en las casas de estudios a nivel nacional. El diálogo entre la academia, el Sector Salud y la comunidad es fundamental para responder a las demandas de atención con pertinencia cultural, siendo esta una innovación estructural.

- Con el propósito de continuar el proceso de desarrollo de capacidades del personal de salud y de ACS, bajo la premisa que la usuaria sea la protagonista de su parto, se apuesta porque el MINSA genere espacios de aprendizaje a través de pasantías a nivel nacional y en el extranjero, donde también se hayan implementado iniciativas similares, destacando el enfoque de interculturalidad.
- Involucrar a la DIRESA establecimiento mecanismos de coordinación institucionales con el nivel operativo; es decir, a partir de la designación de monitores locales que se encarguen del acompañamiento en la gestión de acciones a favor de la Salud Materna, así como la asesoría técnica en espacios de concertación política y en la programación de bienes y servicios para la ejecución presupuestal. Estos roles serían asumidos por el personal de salud de la DIRESA y tendrían a su cargo la responsabilidad de monitorear no solo indicadores vinculados a la Salud Materna, sino también las tareas mencionadas respecto a la gestión institucional de las Redes de Salud, Microredes y establecimientos de salud.
- Tomando en cuenta las condiciones necesarias para garantizar la participación ciudadana (Sandoval, O. *et al*, 2009), se plantea que la institucionalización de estos espacios estén destinados al empoderamiento del/la Agente Comunitaria(o) de Salud. Como se recuerda, a partir del marco normativo analizado, se ha identificado solo un espacio de cogestión institucionalizado, el cual fue enunciado en el Documento Técnico: Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna.
- De acuerdo al Documento Técnico: Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del ACS, se establecen roles progresivos según los procesos de capacitación y desempeño que manifiesten. En ese sentido, se distinguen tres niveles: i) Básico.- educador sanitario, ii)

Intermedio.- principalmente supervisor-capacitador, pero manteniendo en menor intensidad el rol de educador sanitario y c) Avanzado.- principalmente gestor comunal y en menor intensidad los roles de supervisor-capacitador y educador sanitario (MINSA, 2014). Por ello, es importante incidir en la implementación de este instrumento de política, el cual aún estando vigente, no se operacionaliza en el ámbito local y responde a mecanismos de compensación para propiciar la participación ciudadana, a través del ascenso y reconocimiento social (Bobadilla, 2005).

- Considerar la participación de las(os) parteras(os) en la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural y en otros documentos que *a posteriori* se elaboren en torno a la Salud Materna; no solo colocando su definición, sino describiendo el rol que cumplen en el sistema andino, en armonía con el modelo occidental.
- Respecto a la construcción de ciudadanía, es fundamental visibilizar mecanismos de denuncia en el establecimiento de salud e implementar los roles de *Defensoras(es) de la Salud*, encargados de vigilar el respeto de los derechos de las(os) usuarias(os) con énfasis en la atención durante la gestación, parto y puerperio, tomando como referencia la experiencia 'Avales Liberteños', realizada en la región La Libertad. Cabe indicar que la señalización dentro del establecimiento de salud debe contar con el mecanismo de denuncia ante la insatisfacción del servicio de salud y el Decálogo de los Derechos del Usuario de los Servicios de Salud, tanto en español como en la lengua materna predominante en la zona. Asimismo, resulta necesario fortalecer no solo capacidades en materia de Salud Materna en las usuarias y sus familias; sino también de empoderamiento para la garantía de sus derechos y a través de la autonomía económica, propuesta que se detalla en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO VII: PROPUESTA DE EMPRESA SOCIAL A FAVOR DE LA SALUD MATERNA NEONATAL

Los emprendimientos sociales que se plantean en este capítulo se avocan a la generación de valor, a partir del análisis del segundo nivel de diálogo intercultural que establece Panikkar (2002) y explica que éste no busca convencer al otro, sino poner en contacto los “diferentes horizontes de comprensión del mundo”, el cual produce un encuentro intercultural desde la vivencia (citado en Tubino, 2015). En ese sentido, el diálogo intercultural debe plantearse desde el encuentro de afectividades y sensibilidades (Tubino, 2015). Por ello, según Fornet-Betancourt (2002) una de las demandas del diálogo intercultural es la creación de espacios propicios para esta convivencia, partiendo del análisis de las condiciones en las que éste se dará (citado en Tubino, 2015).

En este proceso, es relevante introducir el modelo de empoderamiento de Rowlands (1997), el cual plantea tres dimensiones: a) personal, b) relaciones cercanas, c) colectiva.

En la **dimensión personal** destaca que es el núcleo del empoderamiento e implica procesos y cambios psicológicos y psico-sociales fundamentales, a fin de elevar sus niveles de confianza, autoestima y capacidad para responder a sus propias necesidades. Es propicia en esta etapa el desarrollo de habilidades para formular propuestas, expresarlas y participar en espacios fuera del hogar. En la **dimensión de las relaciones cercanas**, se potencia a partir de la autoconfianza y autoestima, que se manifiesta en la capacidad de transformar las relaciones para poder influenciar, negociar y tomar decisiones dentro de estas relaciones. Los cambios que se dan a nivel de relaciones cercanas son el incremento del control sobre las circunstancias personales, tales como ingresos, fecundidad, libertad de movimiento y libertad en el uso del tiempo. En la **dimensión colectiva**, en el que se desarrolla la capacidad de las mujeres para participar y defender sus derechos de manera organizada. El núcleo de esta dimensión es la identidad del grupo, así como la capacidad de autoconvocatoria, organización y autogestión con objetivos comunes. Se apuesta por un modelo cooperativo, en lugar de competitivo.

Bajo estas premisas, las ideas de negocio social que se detallan buscan la creación de valor económico y social en simultáneo, con perspectiva de género, considerando que éste constituye un determinante social en la Salud Materna Neonatal, y por ende, en el acceso al servicio de salud.

En ese sentido, la Casa Materna y el servicio de salud (desde la consejería prenatal hasta la atención de la salud infantil), constituyen *per se* escenarios para la interacción de

afectividades y sensibilidades entre las usuarias y sus familias, y el personal de salud. Por lo que resulta oportuno proponer el empoderamiento de dos públicos objetivos relevantes en la organización comunitaria: a) Usuarias de la Casa Materna y b) las ACS, como una alternativa para la generación de negocios con fines sociales.

De acuerdo al documento técnico Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna, se establecen responsabilidades para la gestión de actividades de sostenimiento, como el diseño y ejecución de proyectos productivos o de inversión de pequeña escala, entre ellos, el desarrollo de artesanías (MINSA, 2010).

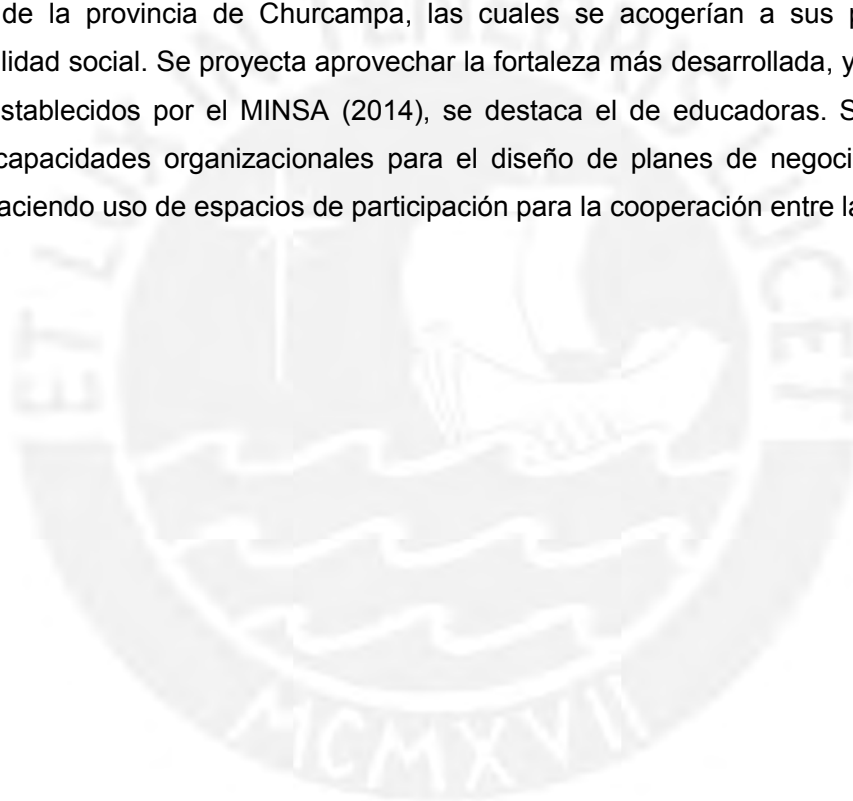
Como se ha detallado en el capítulo V: Presentación, análisis e interpretación de los resultados, la participación de las usuarias en actividades productivas durante el periodo de permanencia en la Casa Materna (una semana en promedio), ha sido casi nula. La gestión del biohuerto y la crianza de animales menores es principalmente asumida por el personal de salud y, en su defecto, los familiares de la gestante, hacen uso de estos servicios de manera esporádica. No obstante, la gestión de actividades productivas representa una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres, a través del desarrollo de capacidades destinadas a la artesanía, como estrategia que contribuye a la autonomía económica y fortalecimiento de la identidad cultural. Desde la cosmovisión andina, se proponen dos ideas de negocio:

A través de planes de negocio individuales.- Se orienta a la revalorización de la identidad cultural de las mujeres y los saberes tradicionales de sus comunidades, como fuente de expresión mediante la artesanía, reconstruyendo las prácticas culturales que posee en los periodos de gestación, parto y puerperio. Se proyecta que estas iniciativas individuales se elaboren durante la permanencia en la casa materna, favoreciendo en las usuarias del servicio el desarrollo de capacidades para que, a mediano plazo, generen mecanismos de intercambio económico no solo en sus localidades de procedencia; sino en la integridad de provincia. En esta idea de negocio será propicio el abordaje de las dimensiones personal y de relaciones cercanas planteadas por Rowlands para la puesta en marcha y posterior interacción en la búsqueda de potenciales mercados.

A través de constitución de empresas sociales.- Como resultado del funcionamiento de organizaciones de voluntariado -actores más representativos del tercer sector-, es posible que evolucionen dando vida a las empresas sociales. Diversas organizaciones nacidas para realizar acciones de abogacía se han transformado en productores de servicios a la comunidad, principalmente en los ámbitos sanitario, ambiental y educativo (Bartolomeo, G. y Zandonai, F., 2005).

Dado el compromiso de las(os) ACS, la participación constante en espacios de diálogo entre el personal de salud y las usuarias del servicio, así como la experiencia en organización comunal, se plantea -a pesar de ser débil en sí misma en la provincia de Churcampa- la conformación de empresas sociales. Se considera que, de acuerdo a lo planteado por Rowlands, al poseer un objetivo común, subprocesos como el de autoconvocatoria podrían ganar visibilidad y afianzar la dimensión colectiva de esta iniciativa.

Es por ello, que esta idea de negocio recae sobre la necesidad de generar y/o espacios de espacios de diálogo intercultural para la prestación de servicios educativos en materia de salud sexual y reproductiva, dirigido principalmente a mujeres en edad fértil que laboran en empresas de la provincia de Churcampa, las cuales se acogerían a sus políticas de responsabilidad social. Se proyecta aprovechar la fortaleza más desarrollada, ya que entre los roles establecidos por el MINSA (2014), se destaca el de educadoras. Se requerirá fortalecer capacidades organizacionales para el diseño de planes de negocio con fines sociales, haciendo uso de espacios de participación para la cooperación entre las ACS.



REGISTRO FOTOGRÁFICO



Condiciones geográficas de la provincia de Churcampa

Fuente: La autora



Yolandiña y su familia viven en Tullpacancha y asisten al Centro de Salud Churcampa

Fuente: La autora



Asenciona vive en Tullpacancha y asiste al Centro de Salud Churcampa

Fuente: La autora



Usuaría recibiendo consejería obstétrica por parte de serumista en el Centro de Salud Churcampa.

Fuente: La usuaria



Arriba: Motivo andino donde el personal de obstetricia coloca los nombres de las gestantes que visitará en el domicilio.

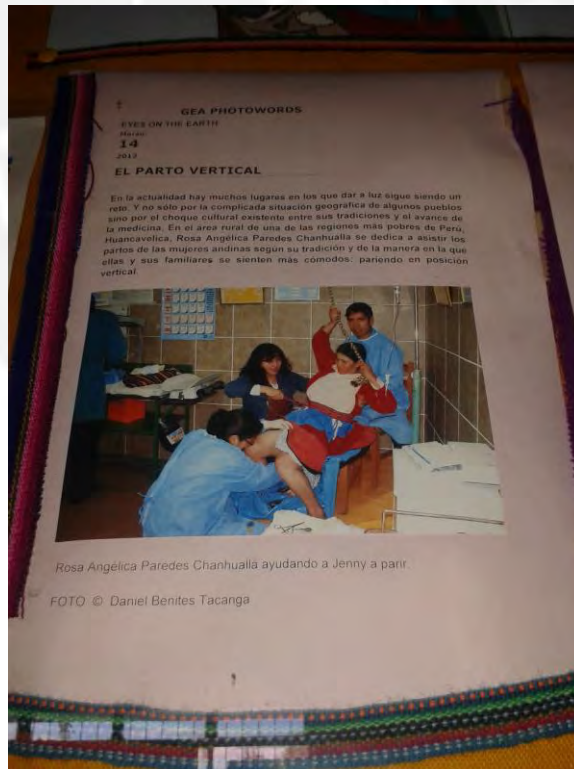
Abajo: Artesanía recreando el parto vertical en compañía de la pareja.

Fuente: La autora





Sala de parto: Modalidad vertical. Jans Huarancca es obstetra y lleva más de 10 años brindando atención a las gestantes, parturientas y puérperas en el Centro de Salud Churcampa.



Recorte de mural. Rosa Paredes es obstetra y laboró en el Centro de Salud Churcampa durante 20 años. En la actualidad, trabaja en el Hospital de Apoyo de Huanta, compartiendo la experiencia del parto de vertical en la región Ayacucho.

Fuente: La autora



Sala de parto. Esta camilla digitalizada permite realizar partos verticales, según el ángulo de inclinación que se elija.

Fuente: La autora



Sala de parto vertical en Puesto de Salud Occopampa, la cual es utilizada únicamente ante partos inminentes.

Fuente: La autora



Sala de psicoprofilaxis del Puesto de Salud Occopampa en la que se halló la motocicleta para el traslado del personal de salud.

Fuente: La autora



Habitación de la casa materna del Puesto de Salud Occopampa con motivos andinos y muestras de plantas para aminorar el dolor de parto.

Fuente: La autora



Cocina dentro de la casa materna del Puesto de Salud Occopampa.
Fuente: La autora



Centro de Salud Paucarbamba
Fuente: La autora



Mural de los servicios prestados en el Centro de Salud Paucarbamba con motivos andinos
Fuente: La autora



Serafina y su familia en la habitación de la casa materna del Centro de Salud Paucarbamba luego de haber dado a luz en ella.

Fuente: La autora



Vestimenta andina empleada durante el parto ubicada en la Sala de Dilatación del Centro de Salud Paucarbamba.

Fuente: La autora



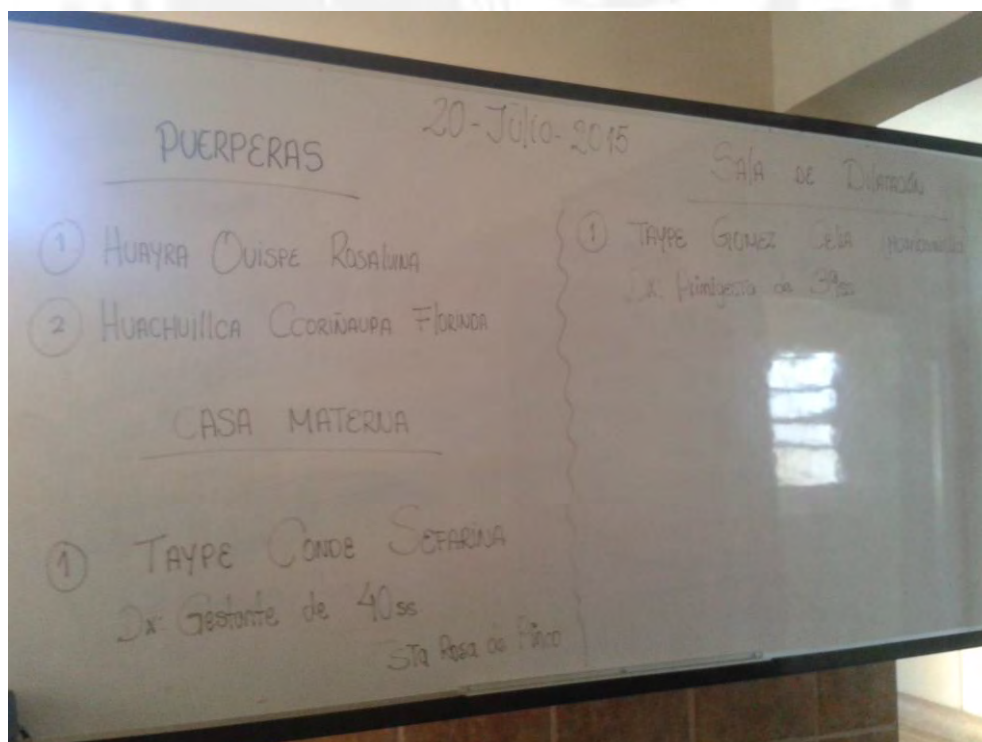
Cleofe lleva más de 23 años de labor como Agente Comunitaria de Salud



Sala de parto: Infraestructura y equipamiento para el parto vertical en el Centro de Salud Paucarbamba.
Fuente: La autora



Sala de parto: modalidad horizontal en el Centro de Salud Paucarbamba.
Fuente: La autora



Registro de usuarias en la casa materna, sala de dilatación y puerperio en el Centro de Salud Paucarbamba.

Fuente: La autora



Actividades agropecuarias en la casa materna. Madre de Serafina en el galpón donde se crían animales menores para el consumo familiar.

Fuente: La autora



Actividades agropecuarias en la casa materna. Biohuerto donde se siembran algunas plantas para aminorar el dolor durante el parto.

Fuente: La autora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMOND, Gabriel y POWELL, G. Bingham
1978 *Comparative Politics. System, Process and Policy*. [Política comparativa, Sistema, Procesos y Política] Boston: Little Brown
- ASOCIACIÓN DE BANCOS DEL PERÚ (ASBANC)
2016 “El Perú se desacelera en Desarrollo Humano”. *Asbanc Semanal*. Lima, Año 6, N° 183, pp. 1-5. Consulta: mayo, 2017.
<http://www.asbanc.com.pe/Publicaciones/ASBANC%20SEMANAL%20N%C2%BA%20183.pdf>
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)
2006 *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina. Informe 2006*. Washington, DC. Consulta: febrero, 2017
<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6966/La%20pol%C3%ADtica%20de%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf?sequence=2>
- BARBOSA, Mónica
2006 “Narrativas de madres gestantes relacionadas con no tomar la decisión de acudir a los servicios de salud.” *Umbral Científico*. Bogotá, número 8, pp. 47-61. Consulta: enero, 2017.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400807>
- BARTOLOMEO, Gabriella y ZANDONAI, Flaviano
2005 *Beni comuni. Quarto rapporto sulla cooperazione sociale in Italia a cura del Centro Studi CGM*. [Bien común. Cuarto reporte sobre la cooperación social en Italia a cargo del Centro de Estudios CGM] Torino: Fondazione Giovanni Agnelli. Consulta: octubre, 2014.
http://www.fga.it/uploads/media/Beni_comuni.pdf
- BOBADILLA, Percy
2005 “La gerencia social en el nuevo siglo: una aproximación teórica”. *Debates en Sociología*. Lima, número 29, pp. 111-139. Consulta: 05 de octubre de 2017.
http://www.inmetconsultorias.com/files/publicaciones_files/Debates_29.pdf
- CALANDRIA, ASOCIACIÓN KALLPA, MEDICUS MUNDI NAVARRA DELEGACIÓN PERÚ Y SALUD SIN LÍMITES PERÚ
2009 *Cerrando brechas. Aproximando culturas. Un modelo de atención materno – perinatal*. Lima: Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Navarra Delegación Perú y Salud Sin Límites Perú. Consulta: 26 de octubre de 2015.
<file:///Users/mac/Downloads/CALANDRIA-LIBRO-CERRANDO-BRECHAS.pdf>
- CARBONE, Fernando
2015 Entrevista a informante clave [grabación de audio] Lima.
- COASE, Ronald
1937 “The nature of the firm”. [La naturaleza de la empresa] *Economica*. London, volumen 4, número 16, pp. 386-405. Consulta: agosto, 2017.

<http://www.colorado.edu/ibs/es/alston/econ4504/readings/The%20Nature%20of%20the%20Firm%20by%20Coase.pdf>

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)
2007 *Esperanza de Vida al Nacer*. Consulta: 14 de setiembre de 2017.

https://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.htm

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2017 *Decreto Supremo N° 005-2017-MIMP*. Decreto Supremo que dispone la creación de un mecanismo para la Igualdad de Género en las entidades del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales. Lima, 19 de julio de 2017. Consulta: 05 de octubre de 2017.

<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-dispone-la-creacion-de-un-mecanismo-para-decreto-supremo-n-005-2017-mimp-1546316-4/>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2009 *Ley N° 29414*. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Lima, 30 de setiembre de 2009. Consulta: mayo, 2016

<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2001 *Ley N° 27604*. Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842 sobre la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos. Lima, 19 de diciembre de 2001. Consulta: 16 de febrero de 2017.

<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/27604.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

1997 *Ley N° 26842*. Ley General de Salud. Lima, 15 de julio de 1997. Consulta: 26 de octubre de 2015.

<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/26842.pdf>

DADOR, MARÍA

2007 *La Salud Sexual y Reproductiva y la Igualdad de Género en el marco de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Consulta: 26 de octubre de 2015.

<https://books.google.com.pe/books?isbn=9972277291>

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA

2015 *Boletín Epidemiológico Semanal*. Huancavelica, Semana N° 52, pp.7. Consulta: 23 de junio de 2016

<http://bepidemiologicos.diresahuancavelica.gob.pe/>

ECONOMY WEBLOG

2009 *¿Qué es el Índice de Desarrollo Humano (IDH)?* Consulta: 6 de junio de 2017.

<http://economy.blogs.ie.edu/archives/2009/10/%C2%BFque-es-el-indice-de-desarrollo-humano-idh.php>

ECHEVARRÍA, Rafael

2005 *Ontología del Lenguaje*. 7ma Edición. Santiago de Chile: Lom Ediciones S.A. Consulta: 11 de febrero de 2017.

www.uchile.cl/documentos/ontologia-del-lenguaje-echeverria-pdf_90752_0_5938.pdf

FERNÁNDEZ, Arturo

2016 *La Constitución Política del Perú y Hans Kelsen*. Consulta: 23 de junio de 2016

<http://blog.pucp.edu.pe/blog/contribuyente/2016/07/06/conceptos-necesarios/>

FLORES, Alejandro

2012 “Empresa social basada en alianzas. El caso del mercado de saneamiento como modelo de cambio e innovación social”. *Estudios Gerenciales*. Cali, volumen 28, edición especial, pp.149-168. Consulta: 26 de octubre de 2016.

<http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v28nspe/v28nspea09.pdf>

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – PERÚ (UNFPA)

2011 *Módulo de Atención en Salud con Pertinencia Intercultural. Módulo Técnico-Teórico. Dirigido a personal facilitador de salud*. Lima: Salud Sin Límites Perú. Consulta: 23 de junio de 2015.

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Atencion-en-Salud-Modulo-Tecnico.pdf>

FORNET-BETANCOURT, Raúl

2006 “Aprender a filosofar desde el contexto del diálogo de las culturas.” *Revista de Filosofía*. México, D.F., volumen 30, número 90, pp. 365.382.

GARRO, Linda y CHERYL, Mattingly (Editores)

1994 “Narrative representations of illness and healing”. [Representaciones de las narrativas del padecimiento y la sanación] *Social Science and Medicine*, volumen 6, núm. 38, pp. 1-3.

HERNÁNDEZ, Nohema

2007 *Participación e incidencia de la sociedad civil en las políticas educativas: El caso colombiano*. Buenos Aires: Fundación Laboratorio de Políticas Públicas. Consulta: diciembre, 2015.

https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj3mr3ggMzWAhVFg5AKHUypCUwQFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oei.es%2Fhistorico%2Freformaseducativas%2Fparticipacion_incidencia_sociedad_civil_politicas_educativas_colombia.pdf&usq=AOvVaw2Aye1mA4xvTQAKFhGCmX90

HERNÁNDEZ-PRADO, B.; KESTLER, E.; DÍAZ, J.; WALKER, D.; LANGER, A., LEWIS, S.; DE LA VARA-SALAZAR, E. y MELO-ZURITA, M.C.

2011 “Perfil situacional y estrategias de intervención en la región mesoamericana en el área de salud materna, reproductiva y neonatal.” *Revista de Salud Pública de México*, México D.F., volumen 53, suplemento 3, pp.312-322. Consulta: junio, 2016.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s3/a05v53s3.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2016 *Perú: Principales Indicadores Departamentales 2009-2016*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consulta: junio, 2017

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1421/libro.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2015 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consulta: diciembre, 2016

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2014 *Huancavelica: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

LAAKSONEN, Annamari

2008 *Derechos culturales en la salud sexual y Reproductiva con énfasis especial en Bolivia* [Resumen Ejecutivo]. Bolivia: Marco FCI/Bolivia y Fundación Interarts. Consulta: enero, 2017.

<http://www.interarts.net/descargas/interarts148.pdf>

LAHERA, Eugenio

2004 *Política y políticas públicas*. Serie 95 Políticas Sociales. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Consulta: enero, 2017.

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf

LEMA, Claudia

2015 Entrevista a informante clave [grabación de audio] Lima.

MAIR, Johanna y MARTÍ, Ignasi

2004 "Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction and delight". [Investigación sobre emprendimiento social: Una fuente de explicación, predicción y deleite] *Journal of World Business*. volumen 41, número 1, pp. 36-44.

MC CUTCHEON, David y MEREDITH, Jack

1993 "Conducting case study research in operations management" [Realización de estudios de casos de investigación en gestión de operaciones] *Journal of operations management*. Cincinnati, número 11, pp. 239-256. Consulta: enero, 2017.

https://www.researchgate.net/profile/Jack_Meredith/publication/221931890_Conducting_Case_Study_Research_in_Operations_Management/links/0c96053076921e616a000000/Conducting-Case-Study-Research-in-Operations-Management.pdf

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)

2017 *Programa Presupuestal 0002. Salud materno neonatal* [Documento de trabajo]. Lima, Ministerio de Economía y Finanzas. Consulta: 05 de octubre de 2017.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/articulados/rog_pptal_0002_2017.pdf

MINISTERIO DE CULTURA (MINCUL)

2015 *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte II: ¿Cómo implementar servicios públicos culturalmente pertinentes?* Lima: Ministerio de Cultura. Consulta: agosto, 2017.

http://prodescentralizacion.org.pe/assets/cultura/guia%20para%20la%20aplicacion_parte2.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2016a *Sala Situacional para el Análisis de Situación de Salud*. Lima, Semana N° 29. Consulta: junio, 2016.

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2016b *Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSa. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural*. Lima, 21 de julio de 2016.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2014 *Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSa. Documento Técnico: Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de Salud*. Lima, 03 de junio de 2014. Consulta: junio, 2016

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/3154.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2013 *Salud Materna y Determinantes Sociales de la Salud [Diapositiva]*. Consulta: junio, 2015.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2012 *Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSa. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud*. Lima, 24 de octubre de 2012. Consulta: junio, 2016.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/3199.PDF>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2011a *Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSa-V03. Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud*. Lima, 13 de julio de 2011. Consulta: junio, 2016

http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2011b *Resolución Ministerial N° 361-2011-MINSa. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal*. Lima, 06 de mayo de 2011. Consulta: junio, 2016

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSa.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2010 *Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA. Documento Técnico Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna*. Lima, 20 de octubre de 2010. Consulta: diciembre, 2015

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/casamaterna.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2009a *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*. Consulta: diciembre, 2015

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-PEN-Reduccion-Mortalidad-Materna2009-2015.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2009b *Resolución Ministerial N°702-2009/MINSA. Documento Técnico: Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años (El Manual del Agente Comunitario de Salud)*. Lima, 20 de octubre de 2009. Consulta: junio, 2017.

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

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2006 *Resolución Ministerial N° 638-2016/MINSA. Norma Técnica Sanitaria para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*. Lima, 14 de julio de 2006. Consulta: diciembre, 2015.

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/norma_tecnica_trans_RM638-2006.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2005 *Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural*. Lima, 02 de agosto de 2005. Consulta: diciembre, 2015

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

s/f *Decálogo de los derechos del usuario de los servicios de salud* [afiche]. Consulta: setiembre, 2017

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2008/Decalago_Derecho_Usuario.jpg

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO)

1992 *Declaración de México sobre las políticas culturales*. México DF. Consulta: enero, 2017.

http://www.culturalrights.net/descargas/drets_culturals400.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2014a *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. [Tendencias en Mortalidad Materna: 1990-2013. Estimaciones por OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y Comisión de Población de Naciones Unidas] Geneva: World Health Organization. Consulta: febrero, 2017.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2014b Organismos de las Naciones Unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. Consulta: febrero, 2017.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2012 *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Consulta: enero, 2017.

http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2013 *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Consulta: febrero, 2017.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3478/Salud%20Reproductiva%20y%20Maternidad%20saludable.%20Legislacion%20nacional%20de%20conformidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2008 *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* [Resumen Analítico] Ginebra. Consulta: diciembre, 2015.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

PALLARES, Francesc

1988 "Las Políticas Públicas: El Sistema Político en Acción." *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*. Madrid, número 62, pp. 141-162. Consulta: enero, 2017

[http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Pallares,%20Francesc%20\(1988\).pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Pallares,%20Francesc%20(1988).pdf)

PANIKKAR, Raimon

2002 *El discurso intercultural*. Madrid: Biblioteca Nueva.

PETERS, Brainard

1982 *American Public Policy* [Política Pública Americana] New York: Franklin Watts Pubs.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

2016 Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y El Caribe. Progreso Multidimensional: Bienestar más allá del ingreso. New York. Consulta: mayo, 2017

http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/human_development/informe-regional-sobre-desarrollo-humano-para-america-latina-y-e.html

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

- 2012 *Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital* [tabla en excel]. Consulta: mayo, 2017
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjR8ZTw_8TWAhXB4yYKHa4CAJQQFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.pe.undp.org%2Fcontent%2Fdam%2Fperu%2Fdocs%2FPublicaciones%2520pobreza%2FINDH2013%2Fpe.Indice%2520de%2520Desarrollo%2520Humano%2520Per%25C3%25BA.xlsx%3Fdownload&usq=AFQjCNGq4ahe5SXOqP5jMJC26iaELMu5YQ
- ROTH, André- Noël.
 2008 "Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿De la razón científica al arte retórico?" *Estudios Políticos*. Medellín, número 33, pp. 67-91.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16429061004>
- ROWLANDS, Jo
 1997 *Questioning Empowerment Working with Women in Honduras*. [Crítica al trabajo de empoderamiento con Mujeres en Honduras] London: Oxfam. Consulta: 23 de junio de 2016.
<http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/questioning-empowerment-working-with-women-in-honduras-121185>
- SABATIER, Paul (Editor)
 1999 *Theories of the policy process* [Teorías del proceso político] Boulder: Westview Press.
- SANDOVAL, Carlos; SANHUEZA, Andrea y WILLINER, Alicia
 2015 *La planificación participativa para lograr un cambio estructural con igualdad. Las estrategias de participación ciudadana en los procesos de planificación multiescalar*. Manuales de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe N° 1. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- SOLAR, Orielle e IRWIN, Alec
 2010 *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* [Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo N° 2: Determinantes sociales de la salud (Política y práctica)]. Geneve. Consulta: febrero, 2017.
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- SOLAR, Orielle; VALENTINE, Nicole; RICE, Marilyn y ALBRECHT, Daniel
 2009 *Moving Forward to Equity In Health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action Conference Working Document* [Avanzando hacia la equidad en salud. ¿Qué tipo de acción intersectorial es necesaria? Documento de trabajo sobre la cooperación y la acción intersectorial para la 7ma Conferencia Global de Promoción de la Salud] Nairobi. Consulta: diciembre, 2015.
<http://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>
- SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD)
 2015 *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud. Informe Final*. Consulta: junio, 2017.

http://inei.inei.gob.pe/inei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2015-112/12_Informe_Final_Ensusalud_2015.pdf

TUBINO, Fidel

2015 *La interculturalidad en cuestión*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

VARGAS, Mario

2014 Institucionalidad y empresas sociales [diapositiva] Consulta: 10 de octubre de 2014.

WEERAWARDENA, Jay y MORT, Gillian.

2006 "Investigating social entrepreneurship: A multidimensional model". [Investigar el emprendimiento social: Un modelo multidimensional] *Journal of World Business*, volumen 41, número 1, pp. 21-35. Consultado: 25 de agosto de 2017.

<http://seipa.edu.pl/s/p/artykuly/92/928/Social%20entrepreneurship%202006.pdf>

WEI-SKILLERN, Jane; AUSTIN, James; LEONARD, Herman y STEVENSON, Howard.

2007 *Entrepreneurship in the social sector*. [El emprendimiento en el sector social] Thousand Oaks, California: Sage Publications.

WONG, Luis; WONG, Esmeralda y HUSARES, Yanet

2011 "Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, volumen 57, número 4, pp. 237-241. Consulta: enero, 2017.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v57n4/a05v57n4.pdf>

ZULETA, John Jairo

2007 "La morbilidad materna extrema: Una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica." *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Bogotá, volumen 58, número 3, pp. 180-181. Consulta: 20 de enero de 2017.

<http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214325001.pdf>



ANEXOS

ANEXO N° 1: FICHA DE PLAN DE PARTO



PERÚ Ministerio de Salud

FICHA DE PLAN DE PARTO

Nombre de la gestante : Nombre del responsable de CPN/ visita domiciliaria :

Dirección o Referencia :

Nombre de pareja/acompañante : Establecimiento de salud :

Mes de embarazo : Red / microrred :

Tipo de sangre : Fecha de llenado de Plan de Parto :

Fecha probable de parto : Fecha de actualización de Plan de Parto :

1 ¿ Ha decidido dónde atenderá su parto ?

Hospital Centro de salud Puesto de salud Domicilio otro especificar

2 ¿ En que posición preferiría dar a luz ?

Echada cuclilla otros especificar

3 Acuerde con la familia : medio de transporte, lugar de ubicación, el tiempo y el costo que significaría utilizar este transporte desde la vivienda hasta el establecimiento de salud.

| Transporte | ¿ A quiénes pertenece ? | ¿ Dónde se encuentra ? | Horas en llegar a casa | Horas en llegar al establecimiento | Costo | Información adicional (*) |
|---------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|-------|---------------------------|
| Carro | | | | | | |
| Acémila | | | | | | |
| Camilla | | | | | | |
| Canoa | | | | | | |
| Mototaxi | | | | | | |
| Otros (Especificar) | | | | | | |

(*) Disponibilidad, características particulares, otras.

4 Registre el nombre de las personas que ayudarían en el traslado de la gestante/puérpера/recién nacido hacia el establecimiento de salud. Debe comprometerlas, registrando su dirección y el establecimiento de salud al cual acudirán.

| Nombre completo del colaborador(a) | Domicilio o referencia | Tipo de ayuda |
|------------------------------------|------------------------|---------------|
| 1.- | | |
| 2.- | | |
| 3.- | | |
| 4.- | | |

Fuente: MINSA, 2016

ANEXO N° 1: FICHA DE PLAN DE PARTO



ESPERANDO MI PARTO



NOMBRE DE LA GESTANTE: _____
 EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ Dirección de Referencia: _____
 GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: _____
 ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRO RED: _____
 TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

| FECHA | | 1ª ENTREVISTA (I TRIMESTRE) | 2ª ENTREVISTA (II TRIMESTRE) | 3ª ENTREVISTA (III TRIMESTRE) |
|-------|---|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1 | EDAD GESTACIONAL | | | |
| 2 | ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO? | HOSPITAL | | |
| | | C.S. | | |
| | | P.B. | | |
| | | DOMICILIO | | |
| | OTRO | | | |
| 3 | ¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO? | | | |
| 4 | ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ? | ECHAUA | | |
| | | CUCLILLAS | | |
| | | ASHUTURADA | | |
| | | OTRO | | |
| 5 | ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA? | CARRO | | |
| | | ACÉMILA | | |
| | | CAMILLA | | |
| | | OTRO | | |
| 6 | ¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? | | | |
| 7 | ¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA? | | | |
| 8 | ¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA? | | | |
| 9 | ¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? | | | |
| 10 | ¿SABE CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA? | SI (FECHA) | | |
| | | NO | | |
| 11 | FIRMA DE LA GESTANTE | | | |
| 12 | FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR | | | |
| 13 | FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA | | | |



¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

| NOMBRE | PARENTESCO | ¿DOMARÁ SANGRE SI FUERE NECESARIO? (SI) (NO) | DNI | FIRMA |
|--------|------------|--|-----|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre.

Fuente: MINSA, 2016

**ANEXO N° 2:
FICHA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA COMUNITARIA**



FICHA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA COMUNITARIA

COMUNIDAD:

NOMBRE:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
|  GESTANTE |  Fiebre |  Vómitos abundantes |  Contracciones antes de tiempo |  Ardor al orinar |
|  Control |  Dolor de cabeza |  Pérdida de sangre o líquido |  Hinchazón de pies o manos y cara |  El bebé no se mueve |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| MEJOR DE 2 MESES  Se pone moradito. |  El ombligo está rojo y con pus. |  Esta muy flaquito o no se mueve. |  Respira agitado y con ruidos. |  Está muy caliente o muy frío. |
|  No puede mamar o vomita lo que toma. |  Se pone muy amarillo. |  Tiene granos en todo el cuerpo. |  Tiene diarrea o caquita con sangre. |  Sus ojos tienen pus. |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| DE DOS MESES HASTA 5 AÑOS  Dolor de oído. |  Tiene agitación o respiración rápida. |  Dolor y pus en la garganta. |  Se le hunde la piel debajo de las costillas. |  Tiene ruidos raros y ronquidos cuando respira. |
|  Duerme mucho y no despierta. |  Tiene los ojos hundidos. |  Diarrea por más de 14 días. Sangre en la caca. |  Está inquieto y tiene mucha sed. |  Llora sin lágrimas. La piel de su barriga al cogerle demora en regresar. |

NOMBRE DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD:

CONTRARREFERENCIA

1. NOMBRES DEL PACIENTE:

2. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:

3. TRATAMIENTO:

4. SEGUIMIENTO POR EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD:

5. PRÓXIMA CITA:

NOMBRE DEL PERSONAL:

Fuente: Kusi Warma. Modificado por CARE Perú
(El establecimiento de salud y el ACS, se quedarán con una copia)

Fuente: Citado en MINSA, 2009

ANEXO N° 3: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA CASA MATERNA

Fuente: MINSA, 2010

El Gobierno Local considerará para la infraestructura y el equipamiento de la Casa Materna, las características culturales de la localidad en el marco de sus derechos, teniendo en cuenta lo que a continuación se detalla:

A. Infraestructura: La infraestructura será diseñada indagando preferencias de las mujeres del ámbito y posteriormente construida preferentemente usando mano de obra local intentando conservar las características culturales regionales y locales. En este sentido, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Arquitectura adecuada según la realidad local y construida con materiales propios de la zona garantizando la comodidad y seguridad de las usuarias ante situaciones de emergencia: terremoto, lluvias, inundaciones, huaycos, bajas/altas temperaturas.
- Hábitos y costumbres de las gestantes.
- Ambientes:
 - Para uso múltiple: recreación, capacitación y desarrollo de habilidades: telar, manualidades, etc.
 - Servicios higiénicos.
 - Cocina mejorada.
 - Comedor
 - Dormitorio de la gestante adecuado a sus costumbres: el número de dormitorios estará en función del número de gestantes de la zona.
 - Biohuertos y corral de animales.
 - Área de lavandería.
 - Patio

B. Equipamiento por ambientes: El equipamiento de los ambientes de la Casa Materna formará parte de la iniciativa de cada región teniendo en cuenta su realidad local, sin embargo, se deberá cumplir con condiciones mínimas tal y como se menciona a continuación:

- Ambiente para uso múltiple:
 - Bancas, sillas o sillón con espaldar
 - Equipos audiovisuales adaptados a la realidad local (Televisor, radio, DVD, según el caso)
 - Telares o algún otro mobiliario para que la gestante pueda desarrollar alguna actividad
- Comedor:
 - Mesa con sillas/bancas (mínimo para 4 personas)
 - Armario para guardar servicios
 - Refrigeradora
 - Cocina mejorada/cocina a gas con balón.
- Dormitorio:
 - Guardarropa o ropero.
 - Velador
 - Cama y colchón de 1 ½ plaza.
 - Ropa de cama según costumbres de la zona.
- Baño o letrina.
 - Inodoro, letrina, silo.
 - Ducha
- Biohuertos y corral de animales.
 - Lampas
 - Rastrillos
 - Azadas
 - Pico
 - Espátulas
- Área de lavandería:
 - Lavaderos y/o tinas

ANEXO N° 4:
**LISTADO DE INSUMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN
CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

| Materiales y equipos | |
|---|----|
| Tarima de madera de 1,20 x 1,20 cm. | 1 |
| Soga gruesa de llama de 5 metros | 1 |
| Silla de madera de 37 cm. de alto y 33 cm. de respaldar | 1 |
| Banquita de media luna de 30 cm. de alto | 1 |
| Banquita giratoria de 30 cm. de alto y 25 cm. de abertura borde | 1 |
| Armario para guardar ropa de tres divisiones de 1,60 x 90 cm. | 1 |
| Colchoneta forrada de 1,20 x 1,18 cm. | 1 |
| Balde de acero para la recepción de sangre | 1 |
| Bolsas de agua caliente | 2 |
| Cojines de 40 x 50 cm. | 4 |
| Lavador de plástico para la recepción de la placenta | 1 |
| Pellejos de oveja | 2 |
| Tacho de basura | 1 |
| Bidón de 40 litros | 1 |
| Cortinas | 1 |
| Faldones o pollera color oscuro | 4 |
| Rollete de lana | 4 |
| Medias de lana | 6 |
| Faja o chumpi | 4 |
| Puntas de Tela | 4 |
| Campos de tela de 1 x 80 cm. | 2 |
| Campos de tela de 80 x 40 cm. | 6 |
| Campos de tela de 40 x 40 cm. | 12 |
| Juegos de mandilón, gorro, máscara | 2 |
| Guantes quirúrgicos no estériles | 1 |
| Cama de madera | 1 |
| Colchones de esponja forrados con lino | 1 |
| Frazadas | 3 |
| Cinta métrica | 1 |
| Lavatorio de baño para bebés | 1 |
| Jarra plástica 1 litro | 1 |
| Vasos de acero quirúrgico | 2 |
| Colchoneta forrada de 70 x 50 cm. | 1 |
| Frazaditas | 2 |
| Toallas de 1 x 80 cm. | 1 |
| Reloj de pared | 1 |
| Medicamentos caseros | |

Fuente: Consorcio Madre Niño, 2009

**ANEXO N° 5:
MATRIZ “COLUMNA VERTEBRAL”**

| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | VARIABLES | INDICADORES / ESPECIFICACIÓN | FUENTES DE INFORMACIÓN |
|---|--|---|---|
| Pregunta general: ¿Cuáles son las características de la gestión y de la participación de los actores políticos, sociales, comunitarios y de la sociedad civil que han facilitado la adecuación cultural de los servicios de salud a favor de la salud materna neonatal en Churcampa? | | | |
| ¿Cuál es la valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre la adecuación cultural de los servicios de salud? | Valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre la adecuación cultural de los servicios de salud (parto vertical, uso de lengua materna e implementación de casas maternas) | Nivel de valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre el parto vertical. Nivel de valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre el uso de la lengua materna. Nivel de valoración de las gestantes y líderes comunitarios sobre la implementación de las casas maternas. | <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes usuarias • Líderes comunitarios |
| ¿Cómo participaron los actores políticos, sociales y de la sociedad civil en la adecuación cultural de los servicios de salud? | Roles ejercidos por los actores políticos, sociales y de la sociedad civil. | Grado de cumplimiento de los roles estipulados por los actores políticos, sociales y de la sociedad civil. | <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Gobierno Regional y gobiernos locales • Gestores del Consorcio Madre Niño • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |
| | Interacción entre los actores políticos, sociales y de la sociedad civil y los líderes comunitarios y gestantes. | Grado de articulación entre los actores políticos, sociales y de la sociedad civil. Nivel de valoración sobre la participación y organización de las gestantes y líderes comunitarios por parte de los actores políticos, sociales de la sociedad civil. Nivel de valoración por parte de los líderes comunitarios y las gestantes sobre la interacción con los actores políticos, sociales de la sociedad civil. | <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Gobierno Regional y gobiernos locales • Gestores del Consorcio Madre Niño • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |

| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | VARIABLES | INDICADORES / ESPECIFICACIÓN | • FUENTES DE INFORMACIÓN |
|--|--|--|---|
| ¿Cómo participaron los actores políticos, sociales y de la sociedad civil en la adecuación cultural de los servicios de salud? | Valoración del enfoque intercultural de los actores políticos, sociales y de la sociedad civil | Nivel de valoración por parte de los actores políticos, sociales y de la sociedad civil sobre las prácticas culturales incorporadas al sistema de salud en beneficio de la madre y el niño. | <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Gobierno Regional y gobiernos locales • Gestores del Consorcio Madre Niño • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |
| | Atención por parte de los actores políticos, sociales y de la sociedad civil a las demandas culturales de las gestantes sobre su salud materna neonatal. | <p>Grado de conocimientos del personal de salud sobre la estrategia de adecuación cultural (parto vertical, lengua materna y casas maternas).</p> <p>Grado de cumplimiento de la estrategia de adecuación cultural de los establecimientos de salud por parte de la Municipalidad Provincial, Dirección Regional de Salud, organizaciones comunitarias y sociedad civil.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Gobierno Regional y gobiernos locales • Gestores del Consorcio Madre Niño • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |
| | Sostenibilidad de la adecuación cultural de los servicios de salud | <p>Grado de implementación de mecanismos de vigilancia comunitaria de las responsabilidades asumidas y rendición de cuentas por los actores políticos, sociales y de la sociedad civil.</p> <p>Grado de desarrollo de capacidades en las autoridades locales, líderes comunitarios y personal de salud para la permanencia de la estrategia de adecuación cultural.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |
| ¿Cuáles son las características de la gestión de los actores políticos para la adecuación cultural de los servicios de salud? | Capacidad de los actores políticos para la adecuación cultural de los servicios de salud | Grado de aplicación por parte de los actores políticos para la adecuación cultural de los servicios de salud (marco normativo, política sanitaria, acuerdo de gestión territorial, programas y proyectos) | <ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Gobierno Regional y gobiernos locales • Gestores del Consorcio Madre Niño • Personal de salud • Líderes comunitarios • Documentos de política y gestión. |

ANEXO N° 6: INSTRUMENTOS APLICADOS

INSTRUMENTO N°1: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD

1. ¿Cómo era la atención de las gestantes antes de iniciarse el proyecto que coordinó el Consorcio Madre Niño?
2. ¿Qué diferencias reconoce entre el sistema de medicina occidental y el tradicional en Churcampa/Paucarbamba?
3. ¿Qué similitudes reconoce entre el sistema de medicina occidental y el tradicional en Churcampa/Paucarbamba?
4. ¿Cuáles son las acciones del centro de salud Churcampa/Paucarbamba para mejorar la salud materna neonatal?
5. ¿En qué consistió el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal?
6. ¿Cómo se diseñó el modelo?
7. ¿Cuál fue el aporte del centro de salud?
8. ¿El personal de salud del centro de salud fue capacitado?, ¿qué competencias se desarrollaron?
9. ¿Cuál fue el aporte de los líderes comunitarios?
10. ¿Cuál fue el aporte del Consorcio Madre Niño?
11. ¿De qué manera afectaron las relaciones de género en la atención de salud en Churcampa?
12. ¿Se informó sobre la cosmovisión de las gestantes usuarias para brindar la atención de salud?, ¿qué aspectos conoce?
13. ¿Qué prácticas culturales se priorizaron para construir el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal?
14. ¿Cree que hay aspectos en los que la aplicación de estas prácticas culturales haya perjudicado la atención?, ¿cuáles?
15. ¿Cuán beneficioso ha sido la aplicación de prácticas culturales (parto vertical, uso de lengua materna y casa materna) en el establecimiento de salud? **(Aplicar matriz N°1)**
¿Por qué?
16. ¿Cree que hay aspectos en los que la aplicación de estas prácticas culturales haya perjudicado la atención?, ¿cuáles?
17. ¿Qué prioridad le brindó el establecimiento de salud a las siguientes prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad. **(Aplicar matriz N°2)**
18. ¿Qué factores facilitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
19. ¿Qué factores limitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
20. ¿Conoce cuáles son las normas que sustentan la adecuación cultural del servicio de salud?, ¿cuáles?
21. ¿Qué responsabilidades para el personal de salud se establecen en estas normas?
22. ¿Cómo aplicó estas normas en la atención de salud?
23. ¿Qué infraestructura fue necesaria para el parto vertical? ¿recibieron apoyo? ¿en qué?
24. ¿Qué infraestructura fue necesaria para la casa materna? ¿recibieron apoyo? ¿en qué?
25. ¿Cómo estaba equipada la sala de parto vertical? ¿recibieron apoyo? ¿en qué?
26. ¿Cómo estaba equipada la casa materna? ¿recibieron apoyo? ¿en qué les apoyaron?
27. ¿Qué cosas llevaban las gestantes a las salas de parto vertical y a la casa materna?
28. ¿Qué opina sobre las cosas que llevaban?
29. ¿Considera que el centro de salud cumplió los objetivos trazados en el proyecto?, ¿cuál fue el grado de cumplimiento?
30. ¿Cuáles son los logros del centro de salud tras la ejecución del proyecto?
31. ¿Cuál fue el grado de participación de la Dirección Regional de Salud en este proceso?
32. Durante la implementación de la estrategia, ¿recibían asistencia técnica por parte de la DIRESA?, ¿cuál era la frecuencia de esta?, ¿qué recomendaciones les daban?

33. ¿La DIRESA monitoreaba las acciones que demandó la adecuación cultural?, ¿con qué frecuencia?
34. ¿Con qué organizaciones se coordinó para implementar la estrategia de adecuación cultural del servicio de salud?
35. ¿Cómo era la relación entre el Centro de Salud y el Consorcio Madre Niño?
36. ¿Cómo era la relación entre el Centro de Salud y la Municipalidad Provincial de Churcampa? ¿y con el gobierno local?
37. ¿Cómo era la relación entre el Centro de Salud y los líderes comunitarios?
38. ¿Cómo era la relación entre el Centro de Salud y las gestantes y sus familias?

Para determinar la relación:

39. ¿solo intercambiaban información?
40. ¿interactuaban para lograr mayor eficiencia en las acciones?
41. ¿realizaban un trabajo articulado con presupuesto compartido?
42. ¿definieron el proyecto de manera conjunta (implica compartir recursos, responsabilidades y acciones)?
43. ¿La salud materna neonatal estuvo presente en las prioridades de la municipalidad provincial? ¿o de los líderes comunitarios?

44. ¿Qué factores facilitaron la relación entre el centro de salud y los actores que ha mencionado?
45. ¿Qué factores limitaron la relación entre el centro de salud y los actores que ha mencionado?
46. En la interacción con los otros actores, ¿qué compromisos asumieron para la adecuación cultural de los servicios de salud?
 - 46.1. ¿El gobierno local incentivaba que los líderes comunitarios, gestantes y el personal de salud participen en la toma de decisiones sobre la salud materna? ¿a través de qué mecanismos?
 - 46.2. ¿Los líderes comunitarios y gestantes participaban a través de alguna asociación?
47. Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente. **(Aplicar matriz N° 3)** ¿Por qué?
48. ¿Existieron espacios para la rendición de cuentas sobre el proyecto?, ¿Quiénes participaban?, ¿quién convocaba?, ¿qué tipo de acuerdos se asumían?
49. ¿Se estableció un mecanismo de vigilancia comunal de las gestantes?, ¿en qué consistió?
50. ¿Qué dificultades se identificaron?
51. ¿Se desarrollaron capacidades en los agentes comunitarios de salud para la vigilancia comunal?, ¿cuáles?
52. ¿Qué factores facilitaron la continuidad de la estrategia de adecuación cultural?,
53. ¿qué factores dificultaron la continuidad?
54. ¿Qué otros factores sociales, económicos o de otra índole considera que influyen en la salud materna neonatal?, ¿qué acciones realizó para combatirlos?

MATRICES DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre y apellidos:

Profesión:

Cargo:

Establecimiento de Salud:

MATRIZ N° 1:

VALORACIÓN DE PRÁCTICAS CULTURALES

¿Cómo calificaría las siguientes prácticas culturales? Marque un aspa donde considere conveniente

| Práctica cultural | Muy beneficioso (4) | Beneficioso (3) | Poco beneficioso (2) | Casi nada beneficioso (1) |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|
| Parto con enfoque intercultural | | | | |
| Uso del lengua materna de la gestante | | | | |
| Casa materna | | | | |

MATRIZ N°2:

PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD DE PRÁCTICAS CULTURALES

¿Qué prioridad le brindó el Consorcio Madre Niño a las siguientes prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad.

| Práctica cultural | Puntuación | | |
|---------------------------------------|------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Parto con enfoque intercultural | | | |
| Uso del lengua materna de la gestante | | | |
| Casa materna | | | |

MATRIZ N° 3:

CALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES

Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente.

| Asumió compromisos según su responsabilidad | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad provincial | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consorcio | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Cumplió con las acciones de acuerdo a su responsabilidad | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad provincial | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consortio Madre Niño | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Rindió cuentas de forma transparente | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad provincial | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consortio Madre Niño | | | | |



INSTRUMENTO N°2: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

1. ¿Cómo es un parto en la casa?
2. ¿Cuán beneficiosas son las siguientes prácticas culturales para reducir las muertes maternas? Aplicar Matriz N° 1 ¿Por qué?
3. ¿Cómo era la atención en el centro de salud?
4. Para el establecimiento de salud, ¿cuán importante son estas prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad. Aplicar matriz N°2.
5. ¿Qué cosas deben hacer los Agentes Comunitarios de Salud para que las gestantes estén bien?
6. ¿Qué hacen los Agentes Comunitarios de Salud para defender las costumbres de las gestantes en el establecimiento de salud?
7. A parte del centro de salud, ¿con quienes más trabajan ustedes?
8. ¿Cómo era la relación entre las organizaciones para hacer que se respete la cultura de las gestantes en el establecimiento de salud?
9. ¿Tuvieron dificultades para trabajar con otros actores?
10. ¿cuáles fueron los principales compromisos que asumieron los líderes comunitarios para mejorar la salud materna? y sobre la rendición de cuentas, ¿participó en asambleas, qué tipo de información presentaron los líderes comunitarios y cuáles fueron los acuerdos?
11. En relación a la adecuación cultural del servicio de salud, ¿cómo califica usted la participación los actores con los que usted coordinaba?
 - 11.1. ¿Existían normas para que los actores participen en la toma de decisiones del gobierno local sobre la salud materna?
 - 11.2. ¿La autoridad local incentivaba la participación de la líderes comunitarios, gestantes, el personal de salud o sociedad civil?
 - 11.3. ¿Estaban ustedes organizados formalmente? ¿eran autónomos en la toma de sus decisiones?, ¿en qué acciones se expresaba esta autonomía?, ¿de quién dependían?
12. Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente.
13. ¿Cómo calificaría su interacción con los actores con los cuales coordinó? ¿Por qué?
14. ¿Sienten que el personal de salud respetó las costumbres de las gestantes?
15. ¿Cuáles considera son los logros de los líderes comunitarios para este fin?
16. ¿Se desarrollaron capacidades en los líderes comunitarios para la vigilancia de los compromisos y para la rendición de cuentas?, ¿cuáles?, ¿qué organización estuvo a cargo de esta capacitación?

MATRICES DIRIGIDAS AL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre y apellidos:

Periodo de labor:

Establecimiento de Salud:

MATRIZ N°1: VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CULTURALES

¿Cuán beneficiosas son las siguientes prácticas culturales para reducir las muertes maternas? Coloque un aspa en el recuadro que usted crea conveniente.

| Práctica cultural | Muy beneficioso 4 | Beneficioso 3 | Poco Beneficioso 2 | Casi nada beneficioso 1 |
|---------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------------|----------------------------|
| Parto vertical | | | | |
| Uso del lengua materna de la gestante | | | | |
| Casa materna | | | | |

MATRIZ N°2: PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD DE PRÁCTICAS CULTURALES

¿Qué importancia le brindó el establecimiento de salud a las siguientes cosas? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad.

| Práctica cultural | Puntuación | | |
|---------------------------------------|------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Parto vertical | | | |
| Uso del lengua materna de la gestante | | | |
| Casa materna | | | |

MATRIZ N°3: CALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES

Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente.

| Asumió compromisos según su responsabilidad | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad distrital | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Sociedad civil | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Cumplió con las acciones de acuerdo a su responsabilidad | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad distrital | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Sociedad civil | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Rindió cuentas de forma transparente | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad distrital | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Sociedad civil | | | | |

INSTRUMENTO N°3: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A USUARIAS DE LA SALA DE PARTO VERTICAL

Datos del informante

- Nombre de la madre:
- Edad:
- Grado de instrucción:
- N° de hijos:
- N° de hijos menores de 5 años:
- Comunidad de procedencia:
- Razones por la que acude a la casa materna:
- () Vive lejos. () Tiene alguna complicación. () No tiene quien le acompañe en su casa.
- Otros:

1. ¿Cómo dan a luz las mujeres en el campo?
2. ¿Qué costumbres tienen al momento de dar a luz?
3. ¿Qué costumbres tienen después de dar a luz?
4. ¿Ahora cómo dan a luz en el centro de salud?
5. ¿Siente que respetaron sus costumbres? ¿por qué?
 - a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca
6. ¿Cuáles son las costumbres que respetó el personal de salud?, ¿cuáles no?
7. Si no respetaran sus costumbres, ¿qué haría usted?
8. ¿Ha cambiado la atención a la gestante?, ¿en qué?
9. ¿Por qué cree ha cambiado?
10. ¿Qué cosas le gustaría que mejoren para atender a las gestantes?
¿Cuán beneficioso ha sido para usted el parto vertical? ¿Por qué?

| Práctica cultural | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|---|---|---|---|
| Parto vertical | | | | |

11. ¿Cómo es la sala de parto vertical?, ¿cómo se sintió usted? ¿le agregaría algo más a la sala de parto vertical?
12. ¿Cómo le trata el personal de salud?
13. ¿El personal de salud le explica sobre los cuidados que debe tener?, ¿qué cuidados debe tener? ¿y si no le entiende?
¿Es importante que el personal de salud le hable en quechua? ¿Por qué?

| Práctica cultural | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|---|---|---|---|
| Uso del quechua | | | | |

14. ¿Confía en el personal de salud que le atiende?

| Actores | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca |
|-------------------|---------|--------------|---------|------------|
| Personal de salud | | | | |

¿Por qué?

15. Califique la atención que usted ha recibido del personal de salud:
 - a. Muy buena b. Buena c. Regular d. Pésima

16. ¿Cómo se lleva usted con las(os) promotoras(es)?
¿Confía en ellas(os)? ¿Por qué?

| Actores | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca |
|-------------------------------|---------|--------------|---------|------------|
| Agentes Comunitarios de Salud | | | | |

INSTRUMENTO N°4: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A COORDINADOR DEL PROYECTO

1. ¿Qué objetivos planteó el proyecto de adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
2. ¿Cómo se construyó el proyecto?
3. ¿En qué consistió cada componente?
4. ¿Qué criterios consideraron para determinar como ámbito de la intervención a 27 establecimientos de salud?
5. ¿Cuáles fueron las principales acciones que se realizaron para adecuar culturalmente de los servicios de salud a las necesidades de la población?
6. ¿Cuáles han sido las responsabilidades de la sociedad civil para la adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
7. ¿Qué actores participaron en la implementación de la estrategia de adecuación cultural del servicio de salud?
8. ¿Cómo era la relación entre el Consorcio Madre Niño y la municipalidad provincial de Churcampa? ¿cómo era la relación con los gobiernos locales?
9. ¿Cómo era la relación entre el Consorcio Madre Niño y el establecimiento de salud?
10. ¿Cómo era la relación entre el Consorcio Madre Niño y los líderes comunitarios?
11. ¿Cómo era la relación entre el Consorcio Madre Niño y las gestantes y sus familias?

Para determinar la relación:

12. ¿solo intercambiaban información?
13. ¿interactuaban para lograr mayor eficiencia en las acciones?
14. ¿realizaban un trabajo articulado con presupuesto compartido?
15. ¿definieron el proyecto de manera conjunta (implica compartir recursos, responsabilidades y acciones)?
16. ¿La salud materna neonatal estuvo presente en las prioridades de la municipalidad provincial? ¿y en las del establecimiento de salud o de los líderes comunitario?

17. ¿Qué factores favorecieron la relación entre los actores involucrados?
18. ¿Qué factores limitaron la relación entre los actores involucrados?
19. En la interacción con los otros actores, ¿qué compromisos asumían como Consorcio Madre Niño para la adecuación cultural de los servicios de salud?
20. ¿Existían espacios institucionalizados para que los actores involucrados en la salud materna participen en la toma de decisiones del gobierno local?
21. ¿La autoridad local incentivaba la participación de los líderes comunitarios, gestantes, el personal de salud o del consorcio?
22. ¿Los líderes comunitarios y gestantes participaban a través de alguna asociación?, ¿eran autónomos en la toma de sus decisiones?, ¿cómo se expresaba esta autonomía? / ¿de quién dependían?
23. Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente. (Aplicar matriz N° 1)

¿Por qué?

24. ¿Existieron espacios para la rendición de cuentas sobre el proyecto?, ¿Quiénes participaban?, ¿quién convocaba?, ¿qué tipo de acuerdos se asumían?
25. ¿En qué consistió el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal?

26. ¿Cómo se construyó?
27. ¿Cuál fue el aporte del establecimiento de salud?
28. ¿El personal de salud del establecimiento de salud fue capacitado?, ¿qué competencias se desarrollaron?
29. ¿Cuál fue el aporte de los líderes comunitarios?
30. ¿Cuál fue el aporte del consorcio?
31. ¿Qué prácticas culturales se priorizaron para construir el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal?
32. ¿Cree usted que hay aspectos en los que la aplicación de estas prácticas culturales haya perjudicado la atención?, ¿cuáles?
33. ¿Qué prioridad considera que le brindó el consorcio a las siguientes prácticas culturales?
34. Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad. (Aplicar matriz N°2)
35. ¿Qué factores facilitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
36. ¿Qué factores limitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
37. ¿Considera usted que el consorcio cumplió los objetivos trazados para la adecuación cultural de los servicios de salud?, ¿cuál fue el grado de cumplimiento?
38. ¿Qué diferencias hay entre la atención previa a la adecuación cultural de la que actualmente se brinda?
39. ¿Cuáles son los logros del proyecto?
40. ¿Cómo se ejecutó la política sanitaria a favor de la salud materna neonatal en el establecimiento de salud?, ¿quiénes estuvieron involucrados?, ¿se realizaron acuerdos de gestión territorial?, ¿el representante del establecimiento de salud participó en estos?, ¿se realizaron proyectos de inversión pública o de otra índole para la adecuación cultural de los servicios de salud?
41. ¿Qué factores sociales, económicos, geográficos o de otra índole considera usted que también influyen en la salud materna neonatal?, ¿qué acciones realizó para combatirlos?
42. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la intervención?
43. En la actualidad, ¿cómo estas lecciones aprendidas han sido incorporadas por el sector salud en la atención que se realiza en Churcampa?

INSTRUMENTO N°5: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A DIRECTORA EJECUTIVA DE SALUD SIN LÍMITES

1. ¿Qué objetivos planteó el proyecto de adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
2. ¿Cómo era la oferta de los establecimientos de salud en Churcampa antes de la intervención?
3. ¿Cuáles eran las demandas de la población?
4. ¿En qué consistió el componente de Salud del cual Salud Sin Límites se hizo cargo?
5. ¿Cuáles han sido las responsabilidades de la sociedad civil para la adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
6. ¿Cuáles fueron las principales acciones de Salud Sin Límites para adecuar culturalmente de los servicios de salud a las necesidades de la población?
7. ¿Qué actores participaron en la implementación de la estrategia de adecuación cultural del servicio de salud?
8. ¿Cómo era la relación entre Salud Sin Límites y la municipalidad provincial de Churcampa? ¿cómo era la relación con los gobiernos locales?
9. ¿Cómo era la relación entre Salud Sin Límites y el establecimiento de salud?
10. ¿Cómo era la relación entre Salud Sin Límites y los líderes comunitarios?
11. ¿Cómo era la relación entre Salud Sin Límites y las gestantes y sus familias?

Para determinar la relación:

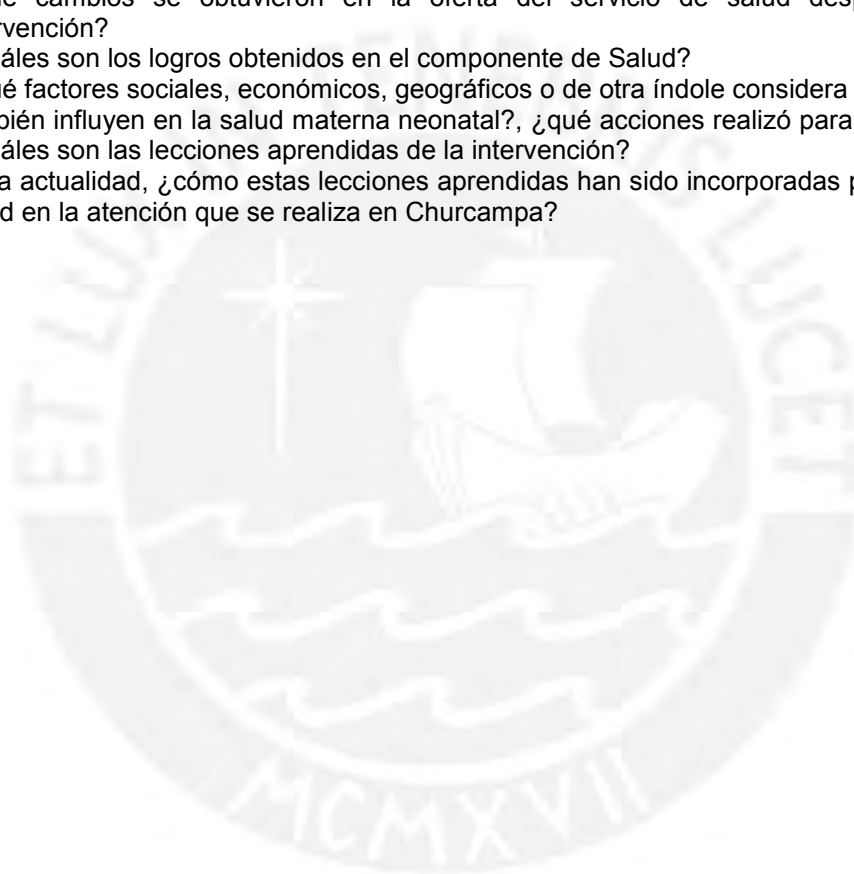
12. ¿solo intercambiaban información?
13. ¿interactuaban para lograr mayor eficiencia en las acciones?
14. ¿realizaban un trabajo articulado con presupuesto compartido?
15. ¿definieron el proyecto de manera conjunta (implica compartir recursos, responsabilidades y acciones)?
16. ¿La salud materna neonatal estuvo presente en las prioridades de la municipalidad provincial? ¿y en las del establecimiento de salud o de los líderes comunitario?

17. ¿Qué factores favorecieron la relación entre los actores involucrados?
18. ¿Qué factores limitaron la relación entre los actores involucrados?
19. En la interacción con los otros actores, ¿qué compromisos asumieron desde Salud Sin Límites para la adecuación cultural de los servicios de salud?
20. Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente. **(Aplicar matriz N° 1)**

¿Por qué?

21. ¿Existieron espacios para la rendición de cuentas sobre el proyecto?, ¿Quiénes participaban?, ¿quién convocaba?, ¿qué tipo de acuerdos se asumían?
22. ¿En qué consistió el Modelo de atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal?
23. ¿Cómo se construyó?
24. ¿Qué aportó Salud Sin Límites?
25. ¿Cómo fue la participación de las gestantes?
26. ¿Cómo fue la participación de los líderes comunitarios?
27. ¿Cómo se expresaban las brechas de género?, ¿Qué acciones se realizaron para superarlas?
28. ¿Cuáles son las prácticas culturales que las mujeres tienen durante la gestación?, ¿Cuáles fueron incorporadas en el Modelo de atención con adecuación intercultural?

29. ¿Cuáles son las prácticas culturales que las mujeres tienen durante el parto?, ¿Cuáles fueron incorporadas en el Modelo de atención con adecuación intercultural?
30. ¿Cuáles son las prácticas culturales que las mujeres tienen durante el puerperio?, ¿Cuáles fueron incorporadas en el Modelo de atención con adecuación intercultural?
31. ¿Alguna de estas prácticas culturales han perjudicado la atención de salud de las gestantes?, ¿cuáles?
32. ¿Qué prioridad considera que le brindó el consorcio a las siguientes prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad. **(Aplicar matriz N°2)**
33. ¿Qué factores facilitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
34. ¿Qué factores limitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
35. ¿El personal de salud del establecimiento de salud fue capacitado en estas prácticas culturales?, ¿qué competencias se desarrollaron?
36. ¿Consideras que Salud Sin Límites cumplió los objetivos trazados para la adecuación cultural de los servicios de salud?, ¿cuál fue el grado de cumplimiento?
37. ¿Qué cambios se obtuvieron en la oferta del servicio de salud después de la intervención?
38. ¿Cuáles son los logros obtenidos en el componente de Salud?
39. ¿Qué factores sociales, económicos, geográficos o de otra índole considera usted que también influyen en la salud materna neonatal?, ¿qué acciones realizó para combatirlos?
40. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la intervención?
41. En la actualidad, ¿cómo estas lecciones aprendidas han sido incorporadas por el sector salud en la atención que se realiza en Churcampa?



INSTRUMENTO N°6: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DIRIGIDA A REPRESENTANTE DE CALANDRIA

1. ¿Qué objetivos planteó el proyecto de adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
2. ¿Cuáles han sido las responsabilidades de Calandria para la adecuación cultural de los servicios de salud en Churcampa?
3. ¿En qué consistió el componente de Comunicación del cual Calandria se hizo cargo?
4. ¿Cuáles fueron las principales acciones de Calandria para adecuar culturalmente de los servicios de salud a las necesidades de la población?
5. ¿Qué prácticas culturales tienen las mujeres durante la gestación?
6. ¿Cómo era la relación entre Calandria y las gestantes y sus familias?
7. ¿Qué prácticas culturales tienen las mujeres durante el parto?
8. ¿Qué prácticas culturales tienen las mujeres durante el puerperio?
9. ¿Cómo abordaron estas prácticas en la estrategia comunicacional dirigida a la población?
10. ¿Cómo se expresaban las brechas de género?, ¿Qué acciones se realizaron para superarlas?
11. ¿Cómo se construyó la estrategia comunicacional dirigida a la población?, ¿Qué grado de participación tuvo la población?
12. ¿Cómo abordaron las brechas de género en la estrategia comunicacional dirigida a la población?
13. ¿Cómo era la relación entre Calandria y el establecimiento de salud?
14. ¿Qué acciones estuvieron dirigidas al personal de salud?
15. ¿En qué fue capacitado el personal de salud?, ¿qué competencias se desarrollaron?
16. ¿Cómo era la relación entre Calandria y los líderes comunitarios?
17. ¿En qué fueron capacitados los líderes comunitarios?, ¿qué competencias se desarrollaron?
18. ¿Con qué otros actores coordinó Calandria para implementar la estrategia de adecuación cultural del servicio de salud?
19. ¿Cómo se construyó la estrategia comunicacional dirigida a las autoridades políticas?
20. ¿Cómo era la relación entre Calandria y el gobierno regional de Huancavelica?, ¿cómo era la relación con la municipalidad provincial de Churcampa y las municipalidades distritales?

Para determinar la relación:

21. ¿solo intercambiaban información?
22. ¿interactuaban para lograr mayor eficiencia en las acciones?
23. ¿realizaban un trabajo articulado con presupuesto compartido?
24. ¿definieron el proyecto de manera conjunta (implica compartir recursos, responsabilidades y acciones)?
25. ¿La salud materna neonatal estuvo presente en las prioridades de la municipalidad provincial? ¿y en las del establecimiento de salud o de los líderes comunitario?

26. ¿Qué factores favorecieron la relación entre los actores involucrados?
27. ¿Qué factores limitaron la relación entre los actores involucrados?
28. En la interacción con los otros actores, ¿qué compromisos asumieron desde Calandria para la adecuación cultural de los servicios de salud?
29. Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente. (Aplicar matriz N° 1)

30. ¿Por qué?

31. ¿Existieron espacios para la rendición de cuentas sobre el proyecto?, ¿Quiénes participaban?, ¿quién convocaba?, ¿qué tipo de acuerdos se asumían?
32. ¿Qué prioridad considera que le brindó el Consorcio a las siguientes prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad.
(Aplicar matriz N°2)
33. ¿Qué factores facilitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
34. ¿Qué factores limitaron la aplicación de estas prácticas culturales?
35. ¿Consideras que Calandria cumplió los objetivos trazados para la adecuación cultural de los servicios de salud?, ¿cuál fue el grado de cumplimiento?
36. ¿Qué cambios se obtuvieron en el discurso de la población?
37. ¿Qué cambios se obtuvieron en el discurso del personal de salud?
38. ¿Qué cambios se obtuvieron en el discurso del líder comunitario?
39. ¿Cuáles son los logros obtenidos en el componente de Comunicación?
40. ¿Qué factores sociales, económicos, geográficos o de otra índole considera usted que también influyen en la salud materna neonatal?, ¿qué acciones se realizaron para combatirlos?
41. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la intervención?
42. En la actualidad, ¿cómo estas lecciones aprendidas han sido incorporadas por el sector salud en la atención que se realiza en Churcampa?



MATRICES DIRIGIDAS A REPRESENTANTES DE CONSORCIO MADRE NIÑO

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre y apellidos:

Profesión:

Cargo:

Organización:

MATRIZ N° 1: CALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES

Califique la participación de los actores del 1 al 4. Marque un aspa en el recuadro que usted considere conveniente. El número 1 representa la menor intensidad en la participación y el número 4 la mayor intensidad. Considere los siguientes aspectos: a) Asumió compromisos según su responsabilidad; b) Cumplió con acciones de acuerdo a su responsabilidad y c) Rindió cuentas de forma transparente.

| Asumió compromisos según su responsabilidad | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consortio Madre Niño | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Cumplió con las acciones de acuerdo a su responsabilidad | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consortio Madre Niño | | | | |
| Líderes comunitarios | | | | |
| Gestantes | | | | |

| Rindió cuentas de forma transparente | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Actor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Municipalidad | | | | |
| Establecimiento de salud | | | | |
| Consortio Madre Niño | | | | |

MATRIZ N°2: PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD DE PRÁCTICAS CULTURALES

¿Qué prioridad le brindó el Consorcio Madre Niño a las siguientes prácticas culturales? Marque con un aspa la puntuación que usted crea conveniente. El número 1 representa menor grado de prioridad y el número 3 el mayor grado de prioridad.

| Práctica cultural | Puntuación | | |
|---------------------------------------|------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Parto vertical | | | |
| Uso del lengua materna de la gestante | | | |
| Casa materna | | | |

