





# CERRANDO BRECHAS APROXIMANDO CULTURAS

UN MODELO DE ATENCIÓN MATERNO - PERINATAL



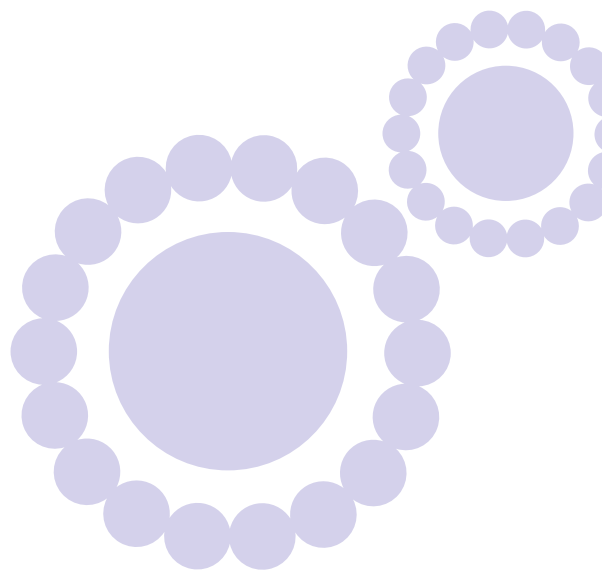




# CERRANDO BRECHAS APROXIMANDO CULTURAS

## UN MODELO DE ATENCIÓN MATERNO - PERINATAL

Proyecto finalista del Premio Fundación Abbott 2009



Cooperación Navarra  
al Desarrollo

medicusmundi



A woman wearing a grey jacket and dark pants is walking towards the left side of the frame.

A man wearing a white shirt and dark pants is walking towards the left side of the frame.

A man wearing a black poncho and a hat is walking away from the camera, carrying a large bundle of fabric.

A man wearing a brown poncho and a hat is walking away from the camera, carrying a large bundle of fabric.

A man wearing a colorful poncho and a hat is walking away from the camera.



## CERRANDO BRECHAS, APROXIMANDO CULTURAS

Primera edición: setiembre 2009.

Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Navarra Delegación Perú y Salud Sin Límites Perú se reservan todos los derechos.

El contenido de este documento no puede ser reproducido, total o parcialmente, sin autorización previa.

Este documento se ha realizado con la asistencia financiera del Gobierno de Navarra.

### CALANDRIA

Cahuide 752, Lima 11. T. 4716473,  
webmaster@calandria.org.pe

### ASOCIACIÓN KALLPA

Psj. Capri 140, Urb. Palomar Norte, Lima 13.  
T. 2243344, lima@kallpa.org.pe

### © MEDICUS MUNDI NAVARRA DELEGACIÓN PERÚ

Av. Aviación 2814, oficina 201, Lima 41.

Telefax. 4761842, delegacionmmnperu@mmnperu.org

### SALUD SIN LÍMITES PERÚ

Ugarte y Moscoso 450, oficina 601, Lima 17.

Telefax 2615684, informes@saludsinlimitesperu.org.pe

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú  
N° 2009-10236.

Código ISBN: 978-612-45560-0-5.

### Diseño:

Perfil Bajo Estudio

Teléfono: 997295358 / 997415991

Fotografías: Consorcio Madre Niño.

Impreso en Perú

Editorial y Gráfica Ebra E.I.R.L.

RUC 20508187131

Calle Carlos Pedemonte 198, San Luis.



### **Consejo Técnico del Proyecto:**

- CALANDRIA: Lic. Lourdes Sandoval Chaupe, Directora del Programa de Comunicación, Salud y Medio Ambiente; Lic. Tomy Ravines Burga, Asesora Técnica.
- ASOCIACIÓN KALLPA: Lic. Emily Morante Ovalle, Consultora Técnica; Lic. Teresa Castañeda Mondragón.
- MEDICUS MUNDI NAVARRA: Dr. Fernando Delgado Ortiz de Villate, Coordinador del Equipo de Campo; Lic. Marcela Velásquez Ronceros, Coordinadora Administrativa y Representante Legal; Dr. Fernando Carbone Campoverde, Coordinador de Proyectos.
- SALUD SIN LÍMITES PERU: Lic. Claudia Lema Dobodara, Directora Ejecutiva; Lic. Eduardo Bedriñana Figueroa, Coordinador Técnico de la Sede Ayacucho – Huancavelica.

### **Equipo de Campo<sup>1</sup>:**

Lic. Pedro Pacosonco Apaza, Sociólogo; Lic. María Isabel Cisneros Vivanco, Docente; Lic. Cesar Cruz Yaranga, Comunicador Social; Lic. María Ángela Valladolid Ochoa, Comunicadora Social; José Antonio Martínez Gamboa, Comunicador Social; Lic. Roger Oré Mendoza, Comunicador Social; Lic. Tiziana Gálvez Chihuantito, Psicóloga.

Lic. Ana Meneses, Enfermera; Lic. Luzmila Navarro Gonzáles, Enfermera; Lic. Alfredo Asto Parco, Obstetra; Lic. Karina Matías Echevarría, Obstetrix; Lic. Emma Ayala Zaga, Obstetrix; Lic. Ángela Huaman Gómez, Obstetrix; Lic. Tatiana Farfán De La Vega, Obstetrix; Lic. Lilian Amorín León, Obstetrix; Lic. Nelly Bendezú Ore, Obstetrix.

Lic. Edwin Ayala Hinostroza, Administrador; Jhon Párraga Eulogio, chofer logista.

### **Organización y redacción para la edición:**

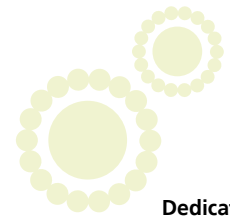
Gina Arnilla Traverso.

### **Sistematización del proyecto:**

Lic. Ramiro Oregón Tovar.

<sup>1</sup> Estuvieron en el equipo en distintos momentos durante los cuatro años de ejecución.





### **Dedicatoria**

A nuestras familias, porque acompañan nuestra entrega de cada día.

A los amigos y compañeros de trabajo con quienes es más fácil andar el camino escogido. A la población de Churcampá, a quienes dedicamos nuestro trabajo.

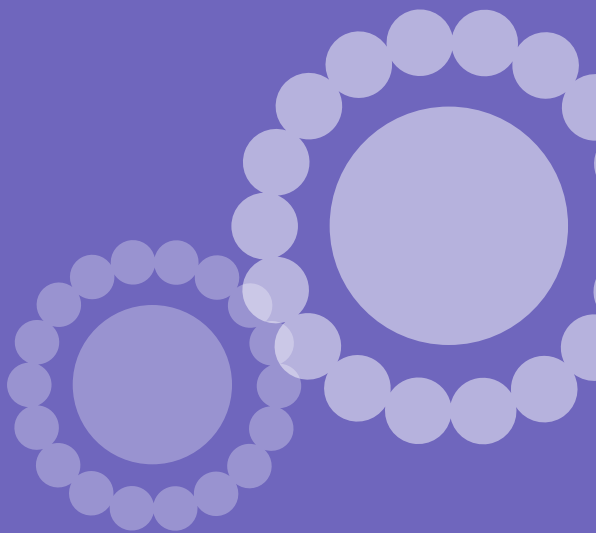
# ÍNDICE

<b>01</b>	<b>CAPÍTULO I. LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO MADRE NIÑO EN CHURCAMP</b>	<b>21</b>
	LA PROVINCIA DE CHURCAMP COMO ESPACIO DE TRABAJO: EL CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.	<b>22</b>
	Aspectos generales: Ubicación y organización política. Base productiva. Información demográfica y dinámica poblacional - Situación socio sanitaria: Principales indicadores de desarrollo humano. Indicadores de salud	
	ANTECEDENTES EN EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DE LA MORBILIDAD MATERNA PERINATAL.	<b>33</b>
	Los antecedentes desde el sector: La institucionalización coercitiva del parto. El traslado de parturientas a establecimientos de salud autorizados. Una constante es la ausencia de diálogo entre población y prestadores de salud - Una experiencia de adecuación intercultural de servicios de salud materno perinatal.	
	LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.	<b>37</b>
	La generación de la propuesta de intervención: Construcción colectiva de una propuesta. Estudio de Línea de Base. Ejecución del proyecto - Organización para la aplicación de la propuesta: El componente educativo. El componente de salud. El componente comunicacional - Objetivos y resultados - Logros e impactos.	
<b>02</b>	<b>CAPÍTULO II. EL MODELO DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD MATERNA PERINATAL</b>	<b>53</b>
	MARCO DE REFERENCIA.	<b>54</b>
	Adecuación cultural en la atención materno y perinatal - Enfoques del modelo: Enfoque de Derechos Humanos. Enfoque Intercultural. Enfoque de Género - Base legal y normativa.	



# 03

ESTRATEGIAS PARA UNA OFERTA DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN CULTURAL.	61
Información y conocimiento sobre la atención materna y perinatal - Respeto, diálogo y concertación para la atención del parto - Participación comprometida: Principal ingrediente del modelo.	
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO.	67
Respecto a la situación materno perinatal - Respecto a la gestión de la salud - Respecto a la sostenibilidad.	
<b>CAPÍTULO III. EL MODELO EN CHURCAMPÁ Y PAUCARBAMBA</b>	<b>75</b>
APROPIACIÓN DEL MODELO Y SUS VARIANTES.	76
Atención de control prenatal - Atención del parto - Atención del puerperio - Atención del recién nacido.	
IMPLEMENTACIÓN PARA EL MODELO.	88
Materiales y equipos - Infraestructura y equipo para espacio de acogida.	
<b>GLOSARIO</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>



# Agradecimientos

**C**uarenta meses de trabajo intenso para alcanzar nueve resultados estratégicos no fue una tarea fácil de abordar. Cumplirla fue posible gracias a la calidad, calidez y al compromiso que encontramos en varios actores de Churcampá y Lima.

Queremos agradecer a los responsables de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de la Dirección Nacional de Salud de las Personas y de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud - MINSA, por su interés y acompañamiento durante la experiencia. Y también a los responsables de la Red de Salud Pampas (Tayacaja), así como a los integrantes de las Direcciones Regionales de Salud y de Educación de Huancavelica.

Asimismo, agradecemos el compromiso y activa participación del personal de salud con responsabilidades obstétricas de las microredes de salud de Churcampá y Paucarbamba, respaldados por sus respectivas jefaturas; a los docentes, especialistas y directores de la Unidad de Gestión Educativa de Churcampá; a las autoridades y funcionarios de la Municipalidad Provincial de Churcampá y sus distritos, y a las organizaciones de base de la población, en particular la participación de los agentes comunitarios de salud (parteras y promotores).

El trabajo desarrollado fue posible gracias al apoyo financiero del Gobierno de Navarra y del Ayuntamiento de Pamplona.

Finalmente, queremos agradecer a todos los integrantes del equipo del proyecto, constituido de forma multidisciplinaria por médicos, enfermeras, obstétricas, docentes, sociólogos, psicólogos, comunicadores sociales, administradores y logistas, imbuidos en los principios de sus instituciones de origen (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra). Su abnegación y entrega nos permitieron construir una ruta en común.

**El Consejo Técnico del Consorcio Madre Niño**

# Prólogo

**L**a mortalidad materna y perinatal permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas, en ambos casos, se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso, donde las mujeres no tienen un trato social igualitario que los hombres. La maternidad es un período de la vida de la mujer en la que enfrenta riesgos de complicaciones que pueden desencadenar su muerte. Por lo tanto, la maternidad sin riesgo constituye un reto y un compromiso de los gobiernos, la sociedad civil, las comunidades científicas, la cooperación internacional, el personal de salud, las familias y las mujeres.

Actualmente, para lograr una maternidad sin riesgos y, por ende, reducir la mortalidad materna y perinatal, es necesario cerrar las brechas de inequidad en la atención de nuestras mujeres más pobres y de zonas rurales, en el marco de los derechos humanos, a través de los enfoques de equidad de género e interculturalidad.

En el Perú se ha visto la necesidad de revalorar la cultura de nuestros pueblos como algo imprescindible en el proceso de mejorar el acceso de las mujeres y recién nacidos a los servicios de salud. Es así que, en los últimos años, el Ministerio de Salud y diversas instituciones públicas, privadas y de la cooperación internacional, han realizado múltiples esfuerzos para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la problemática de la mortalidad materna y perinatal.

La experiencia del Consorcio Madre Niño se desarrolló en Churcampa, provincia de la Región Huancavelica, una de las más pobres del país, con mayores niveles de necesidades insatisfechas, elevada incidencia de partos domiciliarios y de mortalidad materna y perinatal.



Las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales y más aún, el desencuentro del modelo de salud biomédico occidental con el tradicional que enfrentaba la población de Churcampa, no permitían que las mujeres accedieran a los servicios de salud para su atención durante el embarazo, parto y puerperio.

La construcción, el desarrollo y el seguimiento de la propuesta para mejorar la salud materna y perinatal requirió recuperar y comprender las percepciones y perspectivas de todos los actores involucrados. Se abordaron los componentes de educación, comunicación, salud y participación comunitaria. Asimismo, para lograr la adecuación cultural de los servicios de salud, se tomaron en cuenta las percepciones y perspectivas de parte de la demanda y oferta.

El resultado de esta experiencia ha sido el empoderamiento de la población al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de diálogo y acceso a los servicios, logrando mejorar la salud de las madres y los recién nacidos en Churcampa.

Esperamos que esta experiencia sea sostenible y sirva como modelo para ser replicada en otros ámbitos del país, contribuyendo así a mejorar los indicadores de la salud materna y perinatal en el Perú.

**Dra. Lucy Del Carpio**  
**Responsable de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**  
**Ministerio de Salud**



# Introducción

**E**n el año 2003 Medicus Mundi Navarra concertó con las autoridades sanitarias regionales y nacionales para desarrollar una experiencia que aborde el problema de la mortalidad materna de forma integral, sobre todo considerando que en el país la mortalidad materna y perinatal era (y es aún) uno de los problemas de salud y desarrollo en los que más se requiere intervenir, específicamente en la provincia de Churcampá y la región de Huancavelica, con poblaciones rurales andinas indígenas con marcada exclusión que mostraban los niveles más críticos de salud y pobreza (confirmados por el INEI para el 2007).

Ante la complejidad del problema se decidió promover la formación de un Consorcio: el Consorcio Madre Niño, integrado por Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú. No es fácil trabajar en forma consorciada. No es fácil trabajar entre entidades privadas y públicas. Pero si hay algo que puede conmovir las conciencias y los corazones de tal forma que se venzan los obstáculos personales e institucionales para asumir un reto juntos, es la vida y la salud de las madres y de las niñas y niños recién nacidos.

Partiendo tanto de la cultura de la población como de la medicina basada en evidencias del siglo XXI, el Consorcio ejecutó -entre julio del 2005 y diciembre del 2008- un proyecto que promovió la maternidad segura y saludable y la salud del recién nacido a través de la adecuación intercultural de los servicios de salud. Articuló componentes y actores locales e involucró, en torno al tema materno perinatal, al personal de salud, a los docentes, alumnos y padres de familia, a los agentes comunitarios de salud, autoridades y líderes locales, a los periodistas y, sobre todo, a las familias, en especial a aquellas donde hubiera gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos.

El proyecto promovió comportamientos de respeto y no violencia, de paternidad responsable y corresponsabilidad de los integrantes de la familia en el cuidado de la madre gestante y del recién nacido.

En esta propuesta la adecuación cultural de los servicios de salud, la oferta de diferentes opciones de parto, las casas de espera o acogida, la referencia y contrarreferencia con los agentes comunitarios y los comités comunales de salud y la movilización de la población, hacen la diferencia y van de la mano con el buen trato, la mejora del equipamiento y la dotación de personal capaz y suficiente en los establecimientos de salud.



Nuestro deseo es compartir las lecciones de esta experiencia con todos los interesados en el tema de la salud pública, en especial de la salud materna y perinatal.

Presentamos en el capítulo uno la experiencia desarrollada y las lecciones aprendidas por quienes trabajamos en el proyecto desarrollado en Churcampa. En el capítulo dos abordamos el modelo desarrollado para la atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal que, a lo largo del proyecto, fue validado en las microredes de salud de Churcampa y Paucarbamba e institucionalizado en los establecimientos de salud de la provincia de Churcampa. Las particularidades del modelo son desarrolladas con detalle en el capítulo 3. Cabe señalar que esta parte fue anteriormente publicada con el título: MODELO DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD MATERNA PERINATAL.

La presente publicación recoge los diversos documentos del proyecto: la formulación original, los materiales elaborados, los informes sobre su desarrollo, los instrumentos de seguimiento y monitoreo aplicados a lo largo del mismo, la sistematización de la experiencia y las publicaciones generadas durante los cuatro años de ejecución de la intervención. Todos ellos se incluyen en el anexo en medio magnético, en caso fuera de utilidad para otras experiencias.

Las mujeres y hombres del Consorcio Madre Niño, de los establecimientos de salud, de las instituciones educativas, de los gobiernos locales, de los medios de comunicación y de los agentes comunitarios de salud de la provincia de Churcampa, no queremos que las comunidades y familias vuelvan a llorar por muertes que se pudieron evitar. **QUEREMOS, COMO TODOS USTEDES, MADRES Y NIÑOS SANOS Y FELICES.**

Con ese fin trabajamos este documento y es el que aquí, con humildad y cariño, les compartimos.

**Dr. Fernando Carbone Campoverde**  
**Coordinador General de Proyectos**  
**Medicus Mundi Navarra**  
**Coordinador General del Consorcio Madre Niño**

A woman in traditional Andean attire stands in a rural landscape. She wears a black hat with a white flower, a black shawl with red and white trim, a white lace top, and a pink skirt with a colorful border. In the background, there is a house with a tiled roof and mountains under a blue sky with white clouds. A small white lamb is visible in the foreground.

# CERRANDO BRECHAS APROXIMANDO CULTURAS

UN MODELO DE ATENCIÓN MATERNO - PERINATAL







1

# LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO MADRE NIÑO EN CHURCAMP

# 1

## LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO MADRE NIÑO EN CHURCAMP

### LA PROVINCIA DE CHURCAMP COMO ESPACIO DE TRABAJO: EL CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.

#### Aspectos generales

- Ubicación y organización política: Churcampa, provincia oriental de Huancavelica, 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 de Huancavelica. El territorio de Churcampa se extiende sobre la península de Tayacaja que forma el río Mantaro al recibir el aporte de las aguas del río Huarpa y cambiar de curso de manera abrupta hacia tierras más bajas en dirección noreste, conformando la cuenca baja del río Mantaro en un giro en

sentido sureste y luego en sentido noroeste, hacia la selva alta. Por lo tanto, el territorio de la provincia se ubica en la vertiente oriental andina, cuyas aguas del río Mantaro y afluentes desembocan en el Océano Atlántico.

- Durante la época de la colonia, Churcampa fue parte de la Intendencia de Huamanga y del Partidor de Huanta. Ingres a la vida republicana, integrando el departamento de Ayacucho, en 1839. Luego forma parte de la provincia de Tayacaja, en el departamento de Huancavelica, en 1985. El 4 de enero de ese año Churcampa se separa de la provincia de Tayacaja y mediante la Ley N° 24056 se constituye como provincia de Huancavelica.
- Actualmente cuenta con diez distritos: Chinchihuasi, Churcampa, El Carmen, La Merced, Locroja, Mayoccc, Pachamarca, Paucarbamba, Paucarbambilla y San Pedro de Coris.

Su capital es la ciudad del mismo nombre, Churcampa.

- Para llegar a Churcampa, las dos vías más utilizadas unen a esta provincia con Ayacucho y Junín. La ruta que parte de Ayacucho (Huamanga) se realiza en colectivos, con escalas en las rutas Ayacucho - Huanta y Huanta - Churcampa. Una segunda ruta desde Junín, en Huancayo, se realiza en buses directamente hasta Churcampa, pasando por la provincia de Tayacaja y su capital Pampas. 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.
- Si bien la mayoría del territorio churcampino está ubicado entre los 3000 y 4000 m.s.n.m. y su capital provincial está a 3262 m.s.n.m., es posible diferenciar partes bajas en los distritos de Mayocc y San Pedro de Coris que no sobrepasan los 2000 metros de altitud, así como picos elevados en las partes altas de Chinchihuasi y Paucarbamba que sobrepasan los 4000 m.s.n.m.
- Base productiva: las características del territorio de Churcampa hacen que la principal actividad generadora de empleo y sustento de la población sea la agricultura de autoconsumo. No obstante, una parte de la producción se destina a la comercialización local en las ferias que funcionan en la capital provincial, en algunas capitales distritales y en puntos intermedios de carretera, donde acceden comerciantes con "camiones compradores", que realizan el intercambio en términos de desventaja para los productores locales (al no estar organizados ni unidos, no pueden lograr un precio de mercado justo) y revenden la producción en los mercados de Huancayo, Lima y Huanta, en Ayacucho, con un significativo margen de ganancias.
- La minería está representada en la provincia por la Mina Cobriza. Esta se encuentra ubicada en el distrito de San Pedro de Coris (Huancavelica), a dos kilómetros del pueblo



de Coris, con una diferencia de altura sobre el nivel del mar de mil metros. Fue una unidad de Centromín Perú y desde setiembre de 1998 es operada por la Compañía Minera Doe Run Perú, de capital estadounidense y asentada en la sierra central del Perú. Cobriza es una mina subterránea de plomo, zinc, cobre, plata y oro, además de concentrados de cobre para la fundición y refinación de cobre de La Oroya, también de propiedad de Doe Run Perú desde 1997.

- No puede obviarse que Churcampa, asentada en el Valle de los Ríos Apurímac y Ene, zona conocida como VRAE<sup>2</sup>, es un camino de paso vinculado al narcotráfico, situación que en alguna medida interfiere en su economía local.
- En lo social, la mayor parte de la población de la provincia está vinculada a Huanta, no sólo por el comercio y abastecimiento, también por los estudios y la búsqueda de trabajo, aunque sea eventual. Sólo la población de los distritos de la parte más alta y cercana a Tayacaja opta por dirigirse a Huancayo como polo de atracción económica y cultural,

<sup>2</sup> El VRAE (Valle de los Ríos Apurímac y Ene) se localiza en el encuentro regional de Ayacucho (provincias de Huanta y La Mar), Junín (provincia de Satipo) y Cusco (provincia de la Convención).



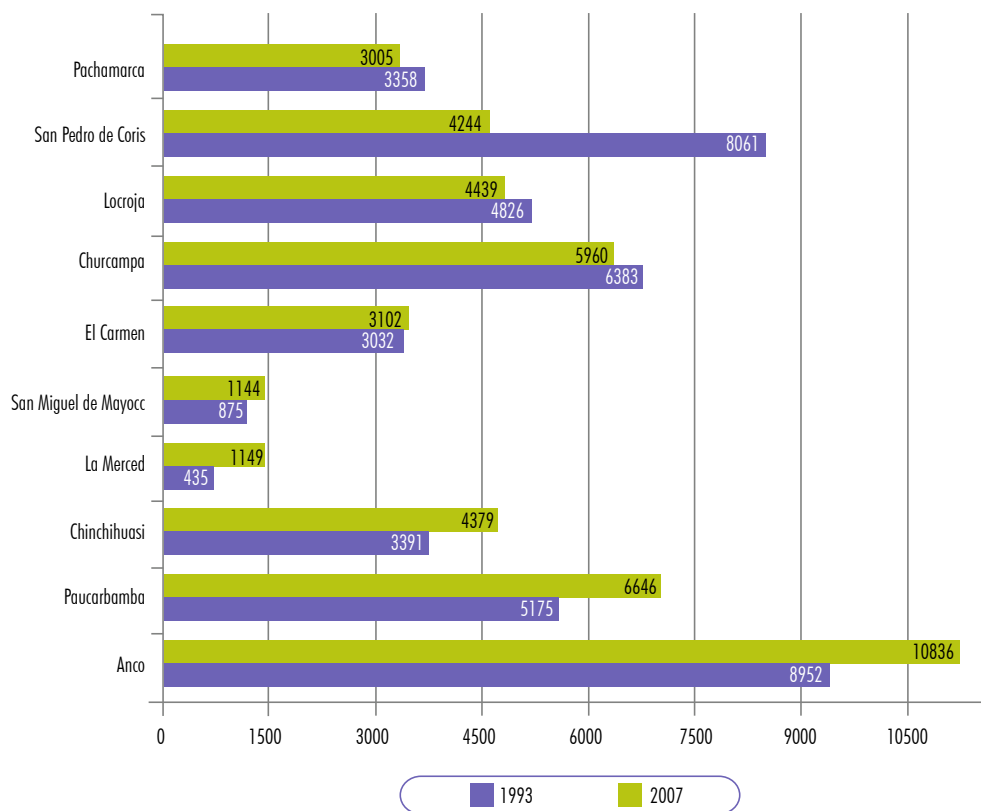
convirtiéndose esa ciudad en otro destino de emigración. Así, para un sector de la población churcampina la vida en las comunidades y distritos de la provincia se convierte en una existencia provisional hasta lograr la residencia en otro pueblo que pudiera significar alguna forma de progreso.

- Información demográfica y dinámica poblacional: según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2007, la población total de la provincia fue de 44903 habitantes que, com-

parada a la registrada en el Censo de 1993, ha variado en sólo 415 habitantes. Este es un claro indicador de que Churcampa es una provincia con alta tasa de emigración, la misma que puede explicarse tanto por razones de pobreza como de inseguridad política, ambos fenómenos presentes.

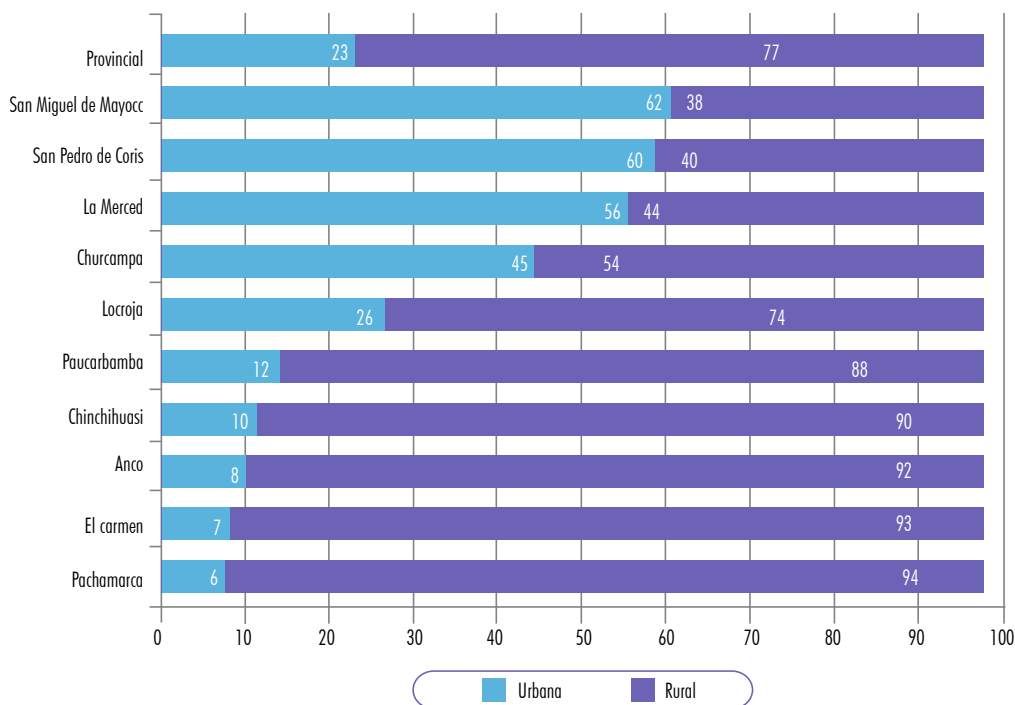
Las tendencias poblacionales observadas en el periodo intercensal 1993 y 2007, permiten clasificar los distritos de la siguiente forma:

### CHURCAMP: POBLACIÓN DISTRITAL 1993 - 2007





- Distritos en crecimiento: Anco y Paucarbamba, con 10836 y 6646 habitantes respectivamente, cuentan con mayor población que la propia capital provincial que tiene 5960 habitantes, constituyéndose en un caso singular frente a otras capitales provinciales del país que suelen concentrar una mayor población en el ámbito al que pertenecen.
  - La Merced es un distrito pequeño, cuya población ha crecido en 164%; no obstante, enfrenta la posibilidad de tener que anexarse a San Miguel de Mayocc pues ambos distritos no reúnen el número mínimo de pobladores para ser considerados como tales<sup>3</sup>. Chinchihuasi ha incrementado su población en 29%.
- Distritos con descenso poblacional: San Pedro de Coris tenía en 1993 una población de 8061 habitantes; en el 2007 disminuyó en un 53%, quedando sólo 4244 habitantes. Pachamarca, Churcampa y Locroja son distritos cuyas poblaciones han disminuido en 11%, 7% y 8% respectivamente.
- Distritos con una población constante: El Carmen ha incrementado su población sólo en un 2%.
- Más de las tres cuartas partes de la población de Churcampa (34720 habitantes) vive en el área rural y se dedica a labores agropecuarias de subsistencia. Sólo el 22.68% habita en el área urbana.



<sup>3</sup> La Ley 29021 de Promoción para la Fusión de Municipios Distritales y el Artículo 12° del Decreto Supremo N° 019-2003-PCM, establecen que el mínimo de población requerido en el ámbito distrital de la sierra es 3800 habitantes, por lo tanto el 40% de población de un distrito es 1520 habitantes y el 20% 760 habitantes.

- Son excepciones los distritos de San Miguel de Mayoc y San Pedro de Coris; este último sede de la Mina Cobriza y del campamento minero más importante de la provincia, en cuyo entorno se han desarrollado pequeños negocios y actividades de servicios, por lo cual el 60% de la población es calificada como urbana, aunque la actividad que más ocupe a la población sea la agropecuaria.

### Situación socio sanitaria

- Principales indicadores de desarrollo humano: las pro-

vincias huancavelicanas están consideradas en el primer quintil de pobreza en el país<sup>4</sup>, pese a las riquezas que aportan desde la colonia (mercurio y plata) hasta la actualidad con la generación del 40% de la energía eléctrica que consume el país y que se distribuye por la red interconectada del Mantaro.

- Esta clasificación significa que el 75% de su población carece de servicios de agua potable; el 67% de desagüe; el 44% de electricidad; el 37% de las mujeres es analfabeta y el 56% de niñas y niños entre seis y nueve años sufre de desnutrición, como se observa en el cuadro siguiente:

CHURCAMP: Indicadores de pobreza a nivel de distritos (2007)

DISTRITO	% Poblac. sin agua	% Poblac. sin desag/ letrina.	% Poblac. sin electricidad	% Mujeres analfabetas	% Niños 0-12 años	Tasa desnutric. niños 6-9 años	Índice de desarrollo humano
<b>CHURCAMP</b>	<b>75%</b>	<b>67%</b>	<b>44%</b>	<b>37%</b>	<b>36%</b>	<b>56%</b>	<b>0.4846</b>
Churcampa	48%	39%	45%	27%	35%	54%	0.52572
Anco	95%	64%	54%	46%	41%	58%	0.45681
Chinchihuasi	95%	98%	47%	37%	33%	54%	0.48069
El Carmen	34%	75%	37%	44%	39%	60%	0.4826
La Merced	98%	62%	36%	22%	22%	54%	0.48768
Locroja	32%	57%	47%	38%	37%	54%	0.48325
Paucarbamba	95%	85%	37%	40%	36%	58%	0.48683
San Miguel de Mayoc	14%	31%	25%	16%	25%	40%	0.49229
San Pedro de Coris	75%	61%	24%	29%	29%	45%	0.50783
Pachamarca	97%	80%	56%	38%	40%	63%	0.47155

Fuente: Mapa de la pobreza FONCODES actualizado al 2007.

<sup>4</sup> Mapa de Pobreza de FONCODES 2006, con Indicadores actualizados con el Censo del 2007



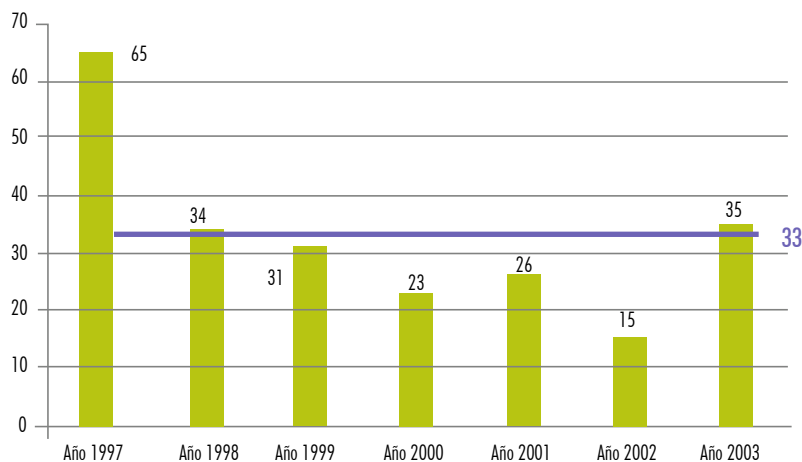
- No es sorprendente que con estas condiciones de vida la población migre a las capitales regionales provinciales u otros destinos, como las minas o la montaña.
- No obstante la pobreza material de su población, está presente una rica cosmovisión andina con usos y costumbres basados en el trabajo colectivo y en prácticas de solidaridad que rigen y dan pautas a través de todo el ciclo de vida de las personas, particularmente en torno a la maternidad y atención primaria de la niñez.
- Indicadores de salud: en el Perú, para el período 1995 - 2000, se registró una tasa de mortalidad materna de 185 por cien mil nacidos vivos. Dado el margen de error de la metodología de medición utilizada<sup>5</sup>, la cifra podría ubicarse entre 148 a 222, cifras consideradas como las

más altas de América Latina<sup>6</sup>. Además, por cada muerte materna ocurrían 12 muertes perinatales<sup>7</sup>.

Las cifras del año 2000 evidencian la marcada diferencia en el número de muertes según el ámbito urbano (203) y rural (448). En consecuencia, una mujer que vive en una comunidad campesina tiene el doble de probabilidades de morir durante su maternidad, que una mujer que vive en la ciudad. Y si habita en una provincia huancavelicana, considerada como una de las regiones más pobres, las tasas de mortalidad materna son tan graves como difíciles de registrar debido a que son muchas las mujeres que no acceden al sistema de salud.

La DIRESA<sup>8</sup> en Huancavelica registró en 1997, 65 muertes maternas por causas directas. Esta cifra descendió en el año 2003 a 35 muertes maternas (casos debi-

### NÚMERO TOTAL DE MUERTES MATERNAS DIRECTAS DIRESA - HUANCAVELICA 1997 - 2003



<sup>5</sup> ENDES 2000 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar utilizada por el INEI (+/- 20%).

<sup>6</sup> Ministerio de Salud, Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 - 2012: Aquellos países con similar ingreso per cápita que el Perú tienen tasas de mortalidad materna mucho menores: la cuarta parte en Colombia, la quinta parte en Costa Rica y Cuba. <http://www.minsa.gob.pe/ocom/lineamientos/Lineamientos7.pdf> pág.12.

<sup>7</sup> Muerte de recién nacidos hasta los primeros cuarenta días.

<sup>8</sup> En la estructura actual de la administración pública regional, la DIRESA ha sido transformada en la Sub Gerencia Regional de Salud.

“Las causas obstétricas, resultado de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en el periodo 2000 - 2003 fueron, según frecuencia: hemorragia, hipertensión e infecciones”

damente registrados), pero queda la incertidumbre de aquellas otras muertes producidas en el seno de las familias campesinas (partos no institucionales).

Las causas obstétricas, resultado de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en el periodo 2000 - 2003 fueron, según frecuencia: hemorragia, hipertensión e infecciones. Es decir, eventos adversos cuya presentación no se puede anticipar, pero sí prevenir y/o manejar de forma oportuna.



### CAUSAS OBSTÉTRICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA 2000 - 2003

Año	Aborto	Hemorragia	Hipertensión	Infección	Total
<b>2000</b>		16	7		23
<b>2001</b>		16	3	7	26
<b>2002</b>		11	3	1	15
<b>2003</b>	2	18	8	7	35
<b>TOTAL</b>	2	61	21	15	99

Fuente: DIRESA-Huancavelica.

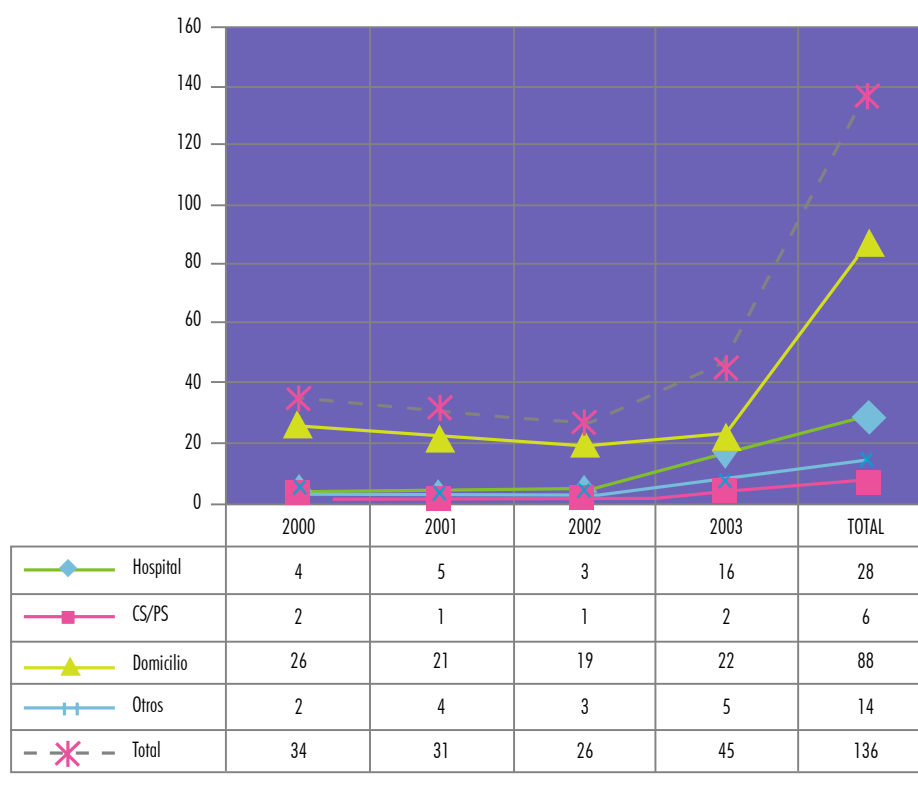


Otras muertes obstétricas indirectas fueron producidas por enfermedades previamente existentes al embarazo que se agravaron por sus efectos: 12 (8.8%) del total de muertes maternas en el mismo periodo de tiempo. Entre las causas de fondo encontramos: hemorragia pulmonar, ruptura de vesícula biliar, intoxicación, in-

farto agudo al miocardio, hemorragia encefálica, peritonitis aguda, neumonía y accidentes de tránsito<sup>9</sup>.

El 65% de las muertes maternas directas ocurrió en domicilios; el 21% ocurrió en hospitales y el 4% en establecimientos de salud.

### HUANCAVELICA LUGAR DONDE SE PRODUJO LA MUERTE MATERNA



<sup>9</sup> Ministerio de Salud, Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012: Pág.39.



Por cada muerte materna ocurrían 12 muertes perinatales, siendo la primera causa la hipoxia<sup>10</sup>, las otras razones son infecciones, dificultades respiratorias y las malformaciones congénitas.

Según el Ministerio de Salud<sup>11</sup> contribuían a mantener la alta mortalidad materna perinatal, entre otras causas:

- La elevada incidencia de partos domiciliarios.
- El escaso desarrollo de un sistema médico en zonas rurales que permita a cada recién nacido y a la madre recibir cuidados apropiados a sus necesidades.
- La deficiente calidad del control prenatal y atención del parto.

## 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL Huancavelica 2003

	Causas de mortalidad perinatal	Fetal	Neo natal	Total
1	Hipoxia intrauterina	39	7	46
2	Otros recién nacidos pretérmino	6	7	13
3	Malformación genética	8	2	10
4	Insuficiencia respiratoria	4	4	8
5	Sepsis bacteriana	3	4	7
6	Síndrome de dificultad respiratoria	1	4	5
7	Aspiración neonatal de líquido amniótico y de moco	3	2	5
8	Aspiración neonatal de meconio	2	2	4
9	Malformación congénita de corazón	1	3	4
10	Exposición a factores no especificados	2	2	4
	Otras causas	25	19	44
	<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>56</b>	<b>150</b>

Fuente: DIRESA-Huancavelica.

<sup>10</sup> En medicina, la hipoxia es un trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno. En términos para no especialistas se trata de la muerte por asfixia de recién nacidos.

<sup>11</sup> MINSA, DGSP, informe sobre Mortalidad Materna y Perinatal, marzo del 2002.



**“Con el rostro crispado, lágrimas contenidas de un llanto colectivo silencioso y toda la expresión corporal de quienes han sido una vez más aplastados y humillados por la miseria extrema, la multitud lleva en hombros a un pequeño recién nacido y a su madre. Unas mantas acogen sus yertos cuerpos, pues no hay para más; pronto la tierra los recibirá en su seno y el viento de la puna arrullará su sueño eterno. Lloran el esposo por la compañera ausente; lloran los hijos por la falta de la madre que los recibía en el hogar; llora la familia por la hija y la hermana que ya no estará en sus compartires, alegrías y tristezas; llora la comunidad por dos vidas que pudieron ser y no serán. Lloran el cielo gris y la tierra seca que sorbe ávidamente las lágrimas de la lluvia, pues hasta ellos sienten dolor ante la pobreza que se ensaña con los más indefensos de sus hijos”.** (Testimonio del coordinador general del proyecto recogido durante el levantamiento de información en Churcampa a inicios del 2005).

## **ANTECEDENTES EN EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DE LA MORBILIDAD MATERNA PERINATAL**

### **Los antecedentes desde el sector salud**

- La institucionalización coercitiva del parto: la primera medida del sector salud frente a la alta tasa de mortalidad materna fue buscar la institucionalización de los partos, sobre todo en el mundo rural, con el objeto de disminuir drásticamente las causas de mortalidad materna y perinatal -ya indicadas líneas arriba- anticipando algunas y/o manejándolas de forma oportuna y adecuada.

En los años previos al proyecto (durante la década de los noventa) el esfuerzo sectorial por lograr que las madres gestantes lleguen a los establecimientos de salud, estuvo orientado a remover algunas de las barreras -económicas principalmente- y alentar el parto institucional a través de los medios usuales (charlas, trabajo directo con agentes comunitarios de salud - ACS y mensajes escritos).



**“Llevados por el temor a las sanciones ante el posible incumplimiento de los resultados expresados en los planes y disposiciones para institucionalizar los partos, hubo casos en los que se incurrió en amenazas ante el parto domiciliario, siendo el castigo la negativa a otorgar el certificado de nacimiento si no se pagaba una multa. Se obligaba también a las madres gestantes -con el apoyo de las autoridades- a asistir a los controles en los establecimientos de salud, de lo contrario no habría garantía para que el servicio de salud siga funcionando en el pueblo y se cerrarían los servicios”.** (Entrevistas a madres de las comunidades del ámbito del proyecto).

No obstante, en tanto los planes enfatizaron el obtener resultados en desmedro de las estrategias -que debían incentivar el diálogo y la concertación para propiciar un cambio conductual positivo hacia la maternidad segura y saludable y la supervivencia adecuada del recién nacido-, quedó al criterio de los mandos medios y locales la forma de implementar las disposiciones sobre el tema materno.

Lo cierto fue que sobre los trabajadores del sector salud, ubicados en zonas rurales y de periferia, pendían sanciones que iban desde multas y suspensiones hasta

la destitución o la pérdida del empleo<sup>12</sup>, por tanto los resultados debían conseguirse “sea como sea”.

Cuando estas medidas y/o “prácticas”-algunas acertadas y otras equivocadas- no dieron resultado, se cambió la estrategia.

- El traslado de parturientas a establecimientos de salud autorizados: las nuevas disposiciones (véase normativa del MINSA en el Capítulo II) indicaban que los servicios de salud ubicados en las comunidades más alejadas debían dar todas las facilidades para que las madres gestantes den a luz en los establecimientos de salud (EE.SS.) autorizados para ofrecer el servicio de atención del parto.

Las facilidades consistían, por ejemplo, en brindar asistencia mecánica si el EE.SS. autorizado contaba con alguna ambulancia en situación operativa, y dar tarjetas a los agentes comunitarios de salud para llamadas telefónicas que les ayudaran a comunicarse con el establecimiento de salud y trasladar a las gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos lo más rápidamente posible al presentarse una emergencia.

Como ocurre en el Ande y la Amazonía (e incluso en la Costa), los establecimientos de salud autorizados no son necesariamente los más cercanos a las comunidades alejadas, ya que se ubican en las capitales provinciales o distritales de importancia.

Los resultados no siempre fueron alentadores, en varios casos la mortalidad materna y perinatal empezó a darse ya no en las comunidades, sino en el largo camino hacia el establecimiento de salud y/o al establecimiento de referencia, donde se derivaban los casos más complicados.

Aún cuando se hacía el esfuerzo de trasladar a las pacientes a los hospitales, en Churcampa no era una solución para la atención de los problemas maternos perinatales de urgencia. El Hospital de Huancavelica está demasiado lejos, el Hospital de Huanta carece de un banco de sangre y el de Huamanga está a tres horas desde Churcampa. Por otra parte, el personal de los puestos de salud más alejados, que en muchos casos es personal técnico (una enfermera u obstetra), está por lo general en situación laboral no estable. Además, los profesionales que van a estas zonas son jóvenes recién egresados que están iniciando su práctica profesional (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS), con contratos anuales.

- Una constante fue la ausencia de diálogo entre la población y los prestadores de salud: en Churcampa, como ocurre en otros contextos de la población andina y amazónica del país, las personas, familias y comunidades tienen diversas lógicas culturales de origen ancestral basadas en significados, símbolos y concepciones diferentes que, a su vez, se expresan en conocimientos, creencias y prácticas en las distintas etapas del ciclo de vida de las personas, una de ellas es la del embarazo y el parto.

Tradicionalmente los prestadores del sector salud no han mostrado disposición por identificar y entender estas formas de cultura distintas a la suyas. Sin que eso cambiara no se podía lograr el diálogo y acercamiento con la población y, muy por el contrario, se reproducía una actitud prejuiciosa que impedía separar las prácticas y costumbres inocuas de otras que pudieran ser mejoradas o evitadas de mutuo acuerdo con la misma población.

<sup>12</sup> No existen normas escritas sobre estas prácticas; pero sendas investigaciones del Congreso de la República, de la Defensoría del Pueblo y del Ministerio de Salud, realizadas en el 2002, respecto a lo ocurrido, pusieron en evidencia que las normas existentes ponían énfasis en los resultados a obtener, dejando al libre criterio la forma de implementar los dispositivos.



**“Una vieja costumbre es la del umbral del techo: colgábamos una sogá para que las parturientas se agarren. Cuando los dolores empezaban con fuerza había que sujetarlas de la cintura; mientras tanto otra persona hervía agua de ramas de guinda, del motoy peludo, y los huesos del pescado. La piel de la culebra se ponía a la brasa para luego molerla y hacer que las mujeres la tomaran en agua hervida para que el parto sea mucho más fácil. También había la costumbre de hacer un sahumero haciendo hervir agua, colocando dentro un cuy que luego era abierto dentro del agua para que ese vapor sea recibido entre las piernas de la parturienta para facilitar el parto. ¿Luego del nacimiento cortaban el ombligo? Se acostumbraba cortarlo con una moneda de nueve décimos y en otros casos con un pedazo de teja rota. Pero luego de haber escuchado en los cursos recibidos que la teja produce infecciones, decidí comprarme una navaja de afeitar”. (Fragmento de entrevista a partera).**

### **Una experiencia de adecuación intercultural de servicios de salud materno perinatal**

Entre octubre de 1999 y octubre del 2001, la ONG Salud Sin Límites Perú (integrante del Consorcio Madre Niño) desarrolló en Santillana (provincia de Huanta, Ayacucho), una experiencia que pretendía contribuir a disminuir la morbi mortalidad materna, implementando y promoviendo servicios y prácticas de salud reproductiva adecuados culturalmente.

Con el apoyo del personal de salud, los agentes comuni-

tarios de salud (en especial parteros y parteras), las organizaciones de mujeres y la comunidad organizada, diseñó e implementó un modelo de servicio con adecuación intercultural que incorporó elementos de la cultura local en los establecimientos de salud de la Microred San José de Secce, en Santillana, fortaleciendo con ello el sistema de referencia para enfrentar emergencias obstétricas.

La experiencia demostró que es posible integrar los modelos de salud andino y occidental y concertar su aplicación de manera organizada:

- Los profesionales de la salud conocen a la población y sus patrones culturales y los incorporan a los servicios para obtener mejores resultados.
- La población identifica los elementos culturales potencialmente dañinos para su salud.

Los resultados obtenidos fueron positivos, aumentó la atención del parto en el establecimiento de salud (de 5.8% a 70.3%), disminuyeron las muertes maternas (ninguna en los tres últimos años) y aumentó la confianza entre el proveedor y el usuario, traducida en la práctica en las estadísticas del establecimiento de salud.

El MINSA usó esta experiencia y otras para elaborar la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical.

El Consorcio Madre Niño tomó esta experiencia y las aportadas por otros socios (Calandria y Kallpa) en el campo de la formación de agentes comunitarios de la salud, para adecuarlas al trabajo con la población, autoridades, organizaciones de base y medios de comunicación en la formación de docentes y personal de salud como referencia en el diseño de su propuesta para Churcampa.



En la posta cuidamos tu salud y respetamos tus costumbres

Cuidamos tu salud y respetamos tus costumbres

# LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

## La generación de la propuesta de intervención

La propuesta fue construida a lo largo de un proceso en el que se conjugaron experiencias, información y maduración colectiva orientada a la solución del problema de morbi mortalidad materna perinatal, en una zona afectada por la exclusión y la pobreza extrema. Este proceso comprendió tres fases que se distinguieron no por haber sido secuenciales, sino porque constituyeron, en sí mismas, sendos procesos que permitieron el desarrollo de la experiencia. Estas fases fueron las siguientes:

Fase 1. Construcción colectiva de una propuesta.

Fase 2. Línea de Base.

Fase 3. Ejecución del proyecto.

- Construcción colectiva de una propuesta: la construcción concertada de un modelo que responda a las necesidades socioculturales de la población churcampina duró 18 meses y participaron los principales actores sociales (instituciones con experiencia en esta problemática, los representantes y personal de las instituciones sectoriales, autoridades, líderes y, lo que es más importante, la población involucrada). En esta experiencia los representantes de las instituciones que apoyaron la formulación de la propuesta -una vez aprobada- conformaron el comité técnico que acompañó al equipo de campo en el desarrollo de su trabajo.

En muchos casos, la formulación de proyectos de desarrollo social suele ser tarea de especialistas. Una vez conseguido el financiamiento se contrata al equipo de campo que toma conocimiento del proyecto e intenta implementarlo según su experiencia y buen entender, lo cual puede derivar en desviaciones significativas. En el caso del proyecto ejecutado en Churcampa no fue así. Quienes formularon el proyecto original estuvieron cerca del equipo de campo durante toda la ejecución de la intervención:

- Hubo inducciones iniciales a cargo de cada una de las instituciones socias del Consorcio con el personal que seleccionaban para trabajar en el componente específico bajo su responsabilidad. La coordinación general, a su vez, hacía una segunda inducción incidiendo en el aspecto de un desarrollo articulado de la intervención.
- Los asesores técnicos de los tres socios del proyecto acompañaban al equipo de campo periódicamente, trabajando con los miembros del mismo vinculados al componente a su cargo y con el equipo en pleno.
- Se desarrollaron Consejos Técnicos Ampliados (asesores del proyecto, coordinación general y equipo de campo) en la zona del proyecto. A través de los mismos se repetía una breve inducción y se abordaba el desarrollo del proyecto de forma articulada.

El detalle de los pasos dados en esta fase se resume en el siguiente grafico:

### FASE 1: CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE LA PROPUESTA



Pasos seguidos en la formulación del proyecto:

1. Identificación del problema: Medicus Mundi Navarra identificó que el problema de la mortalidad materna y perinatal era multicausal. Se usó el método Delphi<sup>13</sup>.
2. Invitación a instituciones con expertise: se convocó a seis instituciones con experiencias diferentes vinculadas a la temática, para que alcanzaran una propuesta de trabajo que contribuya a lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal de manera articulada.
3. Selección de tres instituciones: Calandria, Kallpa y Salud Sin Límites Perú designaron representantes con experiencia personal e institucional para participar en la formulación del proyecto hasta su versión definitiva.
4. Formación del Consorcio: las tres instituciones seleccionadas y Medicus Mundi Navarra conformaron, para articular mejor su trabajo, el Consorcio Madre Niño.
5. Inicio del diseño del proyecto: partió de las propuestas de contenidos de los representantes institucionales. Se usó la información de la Dirección Regional de Salud, del MINSA y de otras fuentes especializadas, y la recogida en Churcampa con el aporte de cooperantes (becarias de la Universidad Pública de Navarra). Al inicio del trabajo los participantes tuvieron posiciones contrapuestas: unos priorizaban trabajar el problema de la mortalidad materna desde la oferta de servicios de salud, pues consideraban que el sector salud no ofrecía servicios de calidad suficientes para la atención en las comunidades campesinas y sectores populares urbanos del país, lo que ocasiona la persistencia de la mortalidad materna perinatal. Otros optaban por trabajar desde la demanda de servicios, pues sostenían que la población en general, y en particular las poblaciones rurales y urbanas marginales, no tienen conocimiento sobre su derecho a la salud, ni sobre cómo demandarlo organizadamente. Por lo

tanto, era prioritario trabajar en su sensibilización y organización. Frente a esto se ratifica que la prevalencia de la mortalidad materna y perinatal es multicausal y que la solución está en la oferta y en la demanda de salud.

6. Desarrollo de estrategia de participación: el diagnóstico para la construcción del modelo fue participativo, se trabajó concertadamente incluyendo al personal con Responsabilidades Obstétricas Perinatales (ROP), a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y a la población. Esto fue consecuencia de la forma integral como se concibió el proyecto. Un ejercicio inédito de articulación de experiencias de las instituciones que formaron el Consorcio Madre Niño. Se desarrollaron reuniones descentralizadas de manera gradual y se socializaron los resultados de la Línea de Base sobre conocimientos, actitudes y prácticas de atención de la salud materna perinatal y elementos de la cultura local. Se sistematizaron los aportes y se creó una propuesta de modelo que respondiera a las necesidades de la población. Se presentó la propuesta a los actores involucrados (aprobaron su implementación en los EE.SS.). Se presentó la propuesta a las autoridades sanitarias de la DIRESA Huancavelica (participaron responsables de área y jefes de microredes).
7. Organización del proyecto: conciliado el diseño del proyecto con las necesidades prioritarias identificadas en la realidad de la provincia, frente a la problemática de la atención materna perinatal, vino el proceso de formulación final del proyecto.
8. Formulación final del proyecto y concordancia de objetivos: tras un proceso de maduración se consolidó la confianza entre las instituciones socias y se compartieron los ideales comunes en torno al tema del proyecto, clave cuando se trata de un trabajo concertado.

<sup>13</sup> Una Delphi consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos del futuro. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, con el objetivo de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes. Por lo tanto, la capacidad de predicción de la Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos. La encuesta se lleva a cabo de una manera anónima (actualmente es habitual realizarla haciendo uso del correo electrónico o mediante cuestionarios Web establecidos al efecto) para evitar los efectos de "líderes". El objetivo de los cuestionarios sucesivos, es "disminuir el espacio intercuartil precisando la mediana". Las preguntas se refieren, por ejemplo, a las probabilidades de realización de hipótesis o de acontecimientos con relación al tema de estudio (que en nuestro caso sería el desarrollo futuro del sector que estamos analizando). La calidad de los resultados depende, sobre todo, del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y en la elección de los expertos consultados.



## LECCIONES APRENDIDAS

- > Una lección que aprendimos en esta primera fase fue que para formular propuestas de actuación sobre problemas multicausales, es de trascendental importancia partir de procesos de consulta y participación de los principales actores sociales, y la articulación temprana de expertise y colaboración institucional multidisciplinaria.
- > La formulación de una propuesta que implica construcción de alianzas y movilización ciudadana supone un trabajo a mediano plazo.
- > Para mejorar la calidad de los servicios de salud es importante abordar tanto la “oferta” como la “demanda” y articular procesos de aprendizaje vinculados con la práctica. Lo anterior conlleva a cambios tangibles de mejora de los servicios de salud y propiciar en las usuarias confianza en los mismos.

- Estudio de Línea de Base: el Consorcio Madre Niño realizó en el 2005 un Estudio de Línea de Base para ampliar y profundizar sus conocimientos sobre las percepciones y perspectivas de la población en torno al proceso del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la participación de la familia (especialmente la pareja), de la comunidad y de los servicios de salud materno perinatales.

La Línea de Base incluyó las opiniones de los principales beneficiarios/as del proyecto (mujeres en edad fértil, personal de salud, docentes de instituciones educativas de la zona, promotores de salud, parteras, padres y madres de familia y adolescentes). Esto permitió contar con información cuantitativa y cualitativa que sirvió de marco referencial para el desarrollo del proyecto durante sus 40 meses.

Sin menoscabar la importancia que tuvo en la formulación inicial del proyecto la información recogida de la región y la provincia, los resultados del Estudio de Línea de Base sirvieron de marco referencial de inicio y desarrollo del proyecto.

Las miradas en torno a la problemática de la salud reproductiva, la maternidad y la atención materna perinatal fueron suficientemente amplias para entender mejor la situación en el conocimiento, manejo, tratamiento y propuestas concretas que los distintos involucrados tenían sobre los diferentes tópicos en torno a la problemática planteada por el proyecto (salud materna y perinatal).

El estudio se elaboró sobre la base de:

- Cuatrocientas encuestas aplicadas a mujeres y varo-





nes, entre 14 y 45 años de edad, de los distintos distritos de Churcampa.

- Entrevistas al personal de salud: se entrevistó a siete profesionales (seis responsables del Programa Materno Perinatal - Área Mujer; y a un Gerente de la Asociación Comunitaria Local de Administración de Salud - ACLAS). De los entrevistados, cinco eran obstetras (un varón y cuatro mujeres) y dos eran médicos (una mujer y un varón).

- Entrevistas a parteros y parteras (11 en total), a razón de una por distrito por lo menos.

- Grupos focales con promotores de salud (43 participantes en total).

- Grupos focales y autodiagnósticos con padres, alumnos y docentes de las zonas de Churcampa, Anco y

Paucarbamba.

Algunos datos importantes proporcionados por la Línea de Base son los siguientes:

- Sólo el 12% de la población consideraba como prioridad controlar el embarazo en un centro de salud, mientras que un 88% prefería cuidar el estado físico y mental de la madre gestante en el hogar.

- El 37% de la población tenía conocimiento de las muertes maternas ocurridas durante el año en que se realizó la encuesta.

- El 38.9% de la población de mujeres en edad fértil (MEF) no reconocía las señales de peligro durante el embarazo.

- El 26.1% no sabía qué hacer o no acudía a los establecimientos de salud en caso de emergencia. Considerando



## LECCIONES APRENDIDAS

La construcción, el desarrollo y el seguimiento de una propuesta de salud (en especial en salud materna y perinatal) entre actores políticos y sociales requieren recuperar y comprender las percepciones y perspectivas de todos los actores involucrados sobre los aspectos relacionados al tema de la propuesta a través de una Línea de Base. En Churcampa, la misma concluyó y confirmó que la problemática de la atención materna perinatal era multicausal.

Entre las principales causas se encontraban:

- > La no realización del control prenatal del embarazo.
- > La persistencia significativa del parto domiciliario.
- > El desconocimiento de la gestante, la familia y las autoridades respecto de los signos y las situaciones de riesgo para la gestante, parturienta, puérpera y recién nacido, con la consiguiente tardanza en tomar decisiones oportunas para preservar la vida y la salud de ambos.
  - > El no saber qué hacer en caso de emergencia.

Todas las causas señaladas generan una situación de potencial peligro para la vida de la madre y el recién nacido.

que se trataba de la población joven, ello era muy grave.

- Las personas mayores tenían propuestas no recomendables para los casos de emergencias maternas y perinatales (como prácticas tradicionales o proporcionar determinados remedios que no aportaban al manejo adecuado y oportuno de las emergencias, al contrario, iban en contra del mismo).

- El 24% consideraba como alternativa la atención del parto por un familiar o por parteras.

- El 84.5% mencionaba que ayudan en el parto parteras, familiares y curiosas. Las ayudas se referían mayormente a proporcionar bebidas o emplastos de hierbas.

- El 20.5% de la población encuestada no sabía cuáles eran las señales de peligro durante el posparto.

- El 88% no conocía ninguna institución que trabajara para evitar complicaciones después o durante el parto.

- Los establecimientos de salud tenían baja legitimidad, se les tomaba en cuenta sólo para casos de emergencia relacionados al embarazo, parto y puerperio, mas no para el control de la madre y del recién nacido.

- En relación a las promotoras y promotores de salud, también había un débil reconocimiento de su labor y no se observaba ningún rol protagónico en torno al embarazo, parto o puerperio, ni en torno al recién nacido.

Las mujeres de Churcampa, especialmente las que viven en las zonas rurales, no deseaban acudir a los servicios de salud porque:

- Sentían vergüenza y miedo.
  - Consideraban que en los establecimientos de salud el trato era frío, se les recriminaba y no se les hablaba en su idioma.
  - No se permitía el ingreso del esposo o familiar a la sala de partos.
  - Eran obligadas a usar batas ginecológicas.
  - El ambiente para el trabajo de parto era iluminado, frío y ruidoso.
  - Los exámenes ginecológicos y obstétricos, así como la posición horizontal y el uso de la camilla ginecológica, no respetaban su pudor.
  - No se le daba importancia a la placenta.
- Ejecución del proyecto: el panorama descrito por la Línea de Base sirvió para que el Consorcio ajustara con mayor precisión su propuesta de intervención. Las principales actividades consideradas por el proyecto han sido las siguientes:
    1. Brindar información sobre la fisiología del embarazo, el parto, el puerperio, los cuidados del recién nacido y los signos de riesgo que puedan afectarlos, respondiendo así a la limitada información de la población en este aspecto. La importancia de esta actividad radica en el supuesto de que si algún actor no sabe o no es sensible al tema de la salud materna y perinatal, es mucho más difícil comprometerlo a actuar para resolver los problemas que se pudieran presentar.
    2. Sensibilizar sobre la importancia de la vida de las mujeres gestantes, sus hijos en gestación y los recién nacidos, procurando que la familia y la comunidad tomen conciencia de que la gestación no es un tema aislado de la vida familiar, además de la necesidad de acompañar a la madre gestante en el proceso.
    3. Difundir información sobre los derechos y responsabilidades de la población, en relación a los servicios de salud, promoviendo la participación ciudadana.
    4. Brindar información sobre el derecho a la salud reproductiva y los métodos de planificación familiar, ya que un conocimiento masivo de este derecho garantizará una acción conjunta en la solución de los problemas colaterales de la atención materna perinatal.
5. Definir criterios para decidir cuándo y cómo referir a una mujer embarazada, parturienta o puerpera y a un recién nacido, a un establecimiento de la red de salud en forma oportuna y correcta, garantizando así unidad de criterios y acción.
  6. Adecuar los servicios de la red de salud tomando en cuenta la realidad cultural local y las expectativas de las usuarias del servicio, además de mejorar y ampliar la capacidad resolutoria de los mismos para acercarlos a la población de las comunidades campesinas.
  7. Diseñar con los trabajadores de salud un servicio de atención de partos que incorpore aspectos culturales de la población local.
  8. Acondicionar salas para el parto vertical en establecimientos de salud del MINSA autorizados para atender partos. Se hizo en base a lo señalado por las madres de Churcampá y sus familias.
  9. Una actividad complementaria a la anterior fue la creación de las casas de espera cercanas a los establecimientos de salud (llamadas también de acogida o tránsito según tipo de establecimiento). Pueden ser establecimientos autorizados para la atención del parto o establecimientos autorizados para el control del embarazo y parto sólo en caso inminente.
- Los criterios principales -aunque no explícitos- que se tomaron en cuenta para la adecuación cultural fueron:
- Desde la demanda: toda práctica que no ponga en riesgo la salud materna y perinatal es bienvenida.
  - Desde la oferta: brindar calidad y calidez en la atención es fundamental y prioritario.
10. Promover la activa participación de las instituciones, autoridades educativas y de los gobiernos locales en el ámbito distrital para la gestión concertada de la salud, especialmente en lo preventivo, promocional y en lo materno perinatal.
  11. Elaborar material educativo, de comunicación y capa-



citación para desarrollar capacidades y difundir el modelo a través de acciones comunales que involucren a las familias, autoridades, líderes comunales y agentes comunitarios de salud. El proceso implicó:

- El desarrollo de capacidades técnicas del personal de salud para la atención integral de la madre y el recién nacido, con el apoyo de una guía elaborada especialmente para el tema.
- La sensibilización y capacitación en salud sexual y reproductiva de docentes, padres de familia y alumnos para mejorar su conocimiento y el tratamiento del tema en las aulas, buscando que colaboren en la problemática de la salud materna y perinatal.
- La incorporación del tema de salud materna y perinatal en los programas radiales de la zona, capacitando a los periodistas en el conocimiento del tema y en la mejora de la producción radial de información.
- El fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud en la labor de promoción de la salud y vigilancia comunal, principalmente de madres y niños.
- La sensibilización de los líderes y agentes comunitarios para la implementación de mecanismos de vigilancia comunal para la referencia oportuna de

emergencias obstétricas.

- El fortalecimiento de las capacidades de los agentes comunitarios de salud (parteras y promotores) y del personal de salud en el uso de estrategias de movilización y difusión como el teatro, sociodramas, módulos y ferias informativas.

En la difusión y promoción del modelo cumplieron un papel importante:

- Los actores que participaron en el diseño, sobre todo los agentes comunitarios de manera masiva a través del teatro, y de manera personalizada a través de su trato a las gestantes.
- El personal de salud al promover y ofrecer visitas guiadas para las gestantes durante las sesiones de control prenatal, mostrándoles la sala de parto y el espacio de acogida (casas de espera).
- El Consorcio, por desarrollar actividades masivas como los encuentros de gestantes y sus parejas, campañas, ferias y festivales, y a través del desarrollo y reparto de material impreso (afiches, volantes, trípticos, dípticos, folletos), visual (banners, banderolas) y audiovisual (vídeos, spots y sociodramas radiales).



## LECCIONES APRENDIDAS

- > Una propuesta colectiva entre actores sociales y políticos, sobre aspectos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, se construye a partir de las percepciones y perspectivas de todos los actores involucrados.
- > Asimismo, requiere garantizar su participación en el diseño y seguimiento de la intervención para que sus voces sean tomadas en cuenta, en especial la voz de las mujeres.
- > Esta participación es un proceso de socialización y formación que garantiza la sostenibilidad social de la propuesta.
- > Las estrategias de promoción de la salud con participación ciudadana facilitan procesos de retroalimentación que contribuyen a mejorar la calidad de los resultados que se pueden obtener en la promoción de la salud, en especial la materna y perinatal.

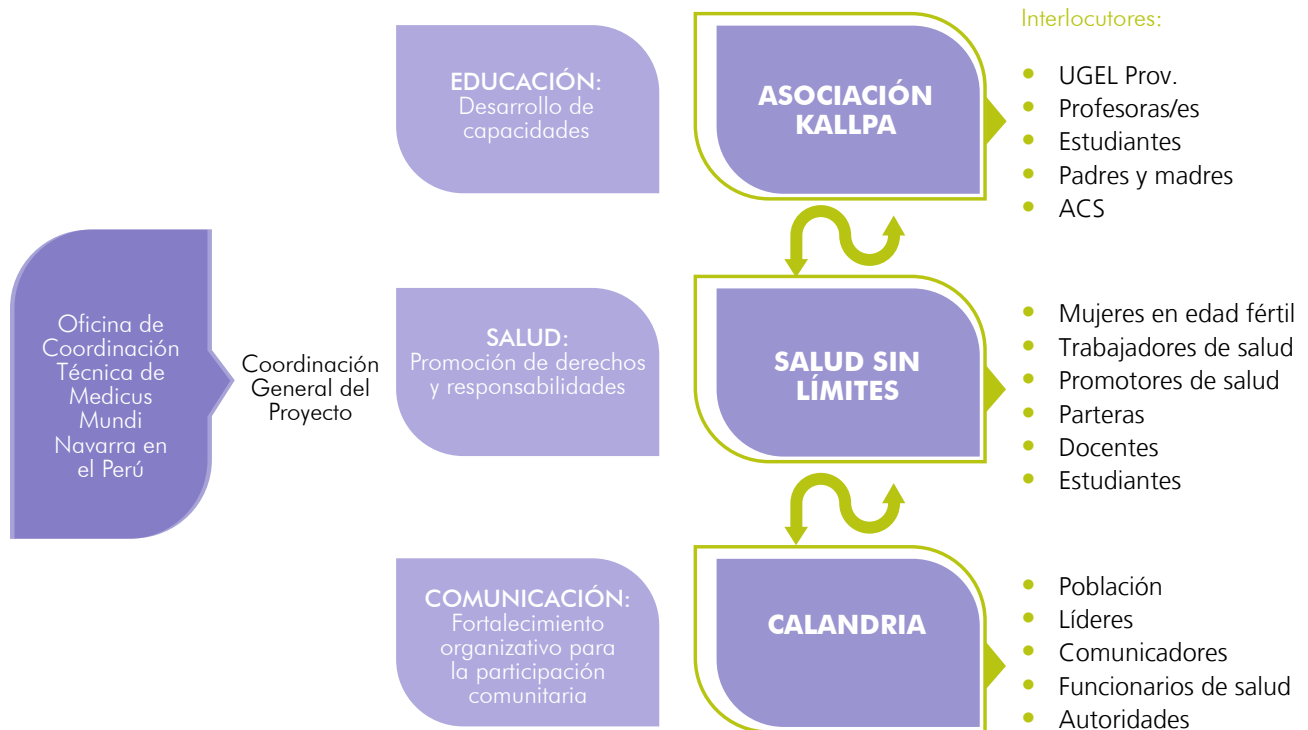
## Organización para la aplicación de la propuesta

La intervención se organizó en torno a tres ejes de trabajo, con nueve resultados esperados que abarcaron diversas dimensiones y diferentes interlocutores: el componente educativo, el componente salud y el componente comunicacional. La Oficina de Coordinación Técnica de Medicus Mundi Navarra en el Perú asumió la coordinación general del proyecto, la tarea de construir consensos y articular componentes. Las responsabilidades institucionales de cada componente fueron distribuidas de la

siguiente manera:

- El componente educativo: a cargo de la Asociación Kallpa, institución con experiencia de trabajo en salud integral y desarrollo humano. Kallpa aplicó estrategias como escuelas y comunidades promotoras de salud. Tuvo como eje principal el desarrollo de las capacidades del personal de salud, de los agentes comunitarios de salud y de educación, y la elaboración de las estrategias para las instituciones educativas de la zona.

### COMPONENTES Y DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL PROYECTO



- El componente de salud: bajo el liderazgo de Salud Sin Límites Perú -que ya había desarrollado una experiencia muy importante en Ayacucho- se manejó la promoción de los derechos y responsabilidades en salud orientados hacia la maternidad segura y saludable, así como la supervivencia perinatal saludable.

- El componente comunicacional: se desarrolló con la conducción de Calandria, institución con amplia experiencia nacional en el mundo de las comunicaciones. Impulsó el tema de derechos y responsabilidades en salud, fortaleció la organización de la participación comunitaria en la gestión de salud y promovió la inclusión de la problemática en los presupuestos participativos del gobierno provincial.

Las instituciones del Consorcio desarrollaron de manera simultánea una propuesta de intervención y una forma de trabajo

conjunta. Si bien cada asociado tuvo como responsabilidad principal uno de los componentes, todos participaron en la formulación y ejecución del conjunto de la propuesta.

La tarea no fue fácil, pues se trataba de construir una identidad de proyecto sin renunciar a las identidades institucionales particulares, sentando las bases para que cuatro instituciones distintas encuentren un común denominador que les permita ejecutar una acción en conjunto y no un conjunto de acciones en paralelo. Y si el reto fue complicado para quienes representaban a las cuatro instituciones asociadas, lo fue también para las y los integrantes del equipo de campo contratados para la ejecución del proyecto que debían crear en paralelo una doble filiación: una con el Consorcio Madre Niño y el proyecto en ejecución, y otra con su institución contratante.



## LECCIONES APRENDIDAS

Un proceso como el emprendido por el Consorcio Madre Niño requiere apertura, paciencia, flexibilidad, diálogo y un ejercicio de escucha permanente, llevados todos ellos 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.



- El componente educación: la premisa tras el trabajo en este primer componente ha sido y es “no habrá cambio sostenible, menos generalizable, si el cambio no es producto de un proceso educativo”. Teniendo como interlocutores directos al director y especialistas de la UGEL<sup>15</sup> de Churcampa y en el marco de un convenio de cooperación con esta instancia, se desplegó un trabajo de sensibilización y capacitación a especialistas y docentes sobre la importancia de la atención materna perinatal y sobre todo lo concerniente a la salud sexual y reproductiva: el embarazo, el parto, el puerperio<sup>16</sup>, 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 los PEI y PCI<sup>17</sup>.
- El componente salud: el esfuerzo de este componente se orientó a que el personal de los establecimientos de salud de la provincia, agrupados en las Microredes Churcampa y Paucarbamba (que suman en total 27 establecimientos de salud), dispongan de personal formado y entrenado para manejar estrategias obstétricas y perinatales con adecuación cultural, entendiendo por ello servicios de salud acordes a las creencias y expectativas de las y los usuarios del servicio. Se propuso entrenar al personal de salud para que sea capaz de manejar, de manera adecuada, estrategias obstétricas y perinatales y resolver problemas que amenacen o comprometan la vida de las gestantes, parturientas, púérperas y/o de los recién nacidos.

Los jóvenes entre 12 y 18 años recibieron información completa sobre su 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 alumnos se convirtieron en portavoces de la importancia de la atención materna perinatal. Se presume que su actuación contribuyó a la significativa disminución de embarazos en adolescentes<sup>18</sup>. Los docentes y alumnos de mayor edad -gracias al conocimiento y prácticas saludables aprendidas en su propio beneficio, del de sus familias y comunidad- son ahora personas que contribuyen a disminuir la prevalencia de la muerte materna y perinatal y son también potenciales promotores de salud e integrantes informados de comités de vigilancia de la salud en sus comunidades de origen.

Ello permite contar ahora con profesionales y técnicos en los establecimientos de salud con mejores competencias para la atención intercultural, que brinden servicios de calidad con calidez, aspecto fundamental cuando se pretende atraer usuarias a los servicios en general y, especialmente, para la institucionalización del parto. No obstante, es pertinente señalar que la alta tasa de rotación del personal de salud en zonas alejadas constituye un riesgo para la sostenibilidad. Se requiere un trabajo de inducción continua de los profesionales y técnicos que se incorporan a los equipos locales de salud; esta tarea, más allá del proyecto, le corresponde al MINSA.

Este componente abordó también el trabajo de capacitación a promotores de salud, incorporando en este colectivo a las parteras. Igualmente impulsó la formación de SIVICOS (Sistemas de Vigilancia Comunales) 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.

<sup>15</sup> La UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) es núcleo de gestión de la educación oficial en el ámbito de la provincia.

<sup>16</sup> En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente seis a ocho semanas) ó 40 días para que el cuerpo materno -incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino- vuelva a las condiciones pregestacionales. Incluye el período de las primeras dos horas después del parto, que recibe el nombre de posparto. El Puerperio es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna.

<sup>17</sup> Plan Educativo Institucional y Plan Curricular Institucional.

<sup>18</sup> Información remitida por la Red de Salud Pampas, 2004 - 2008.



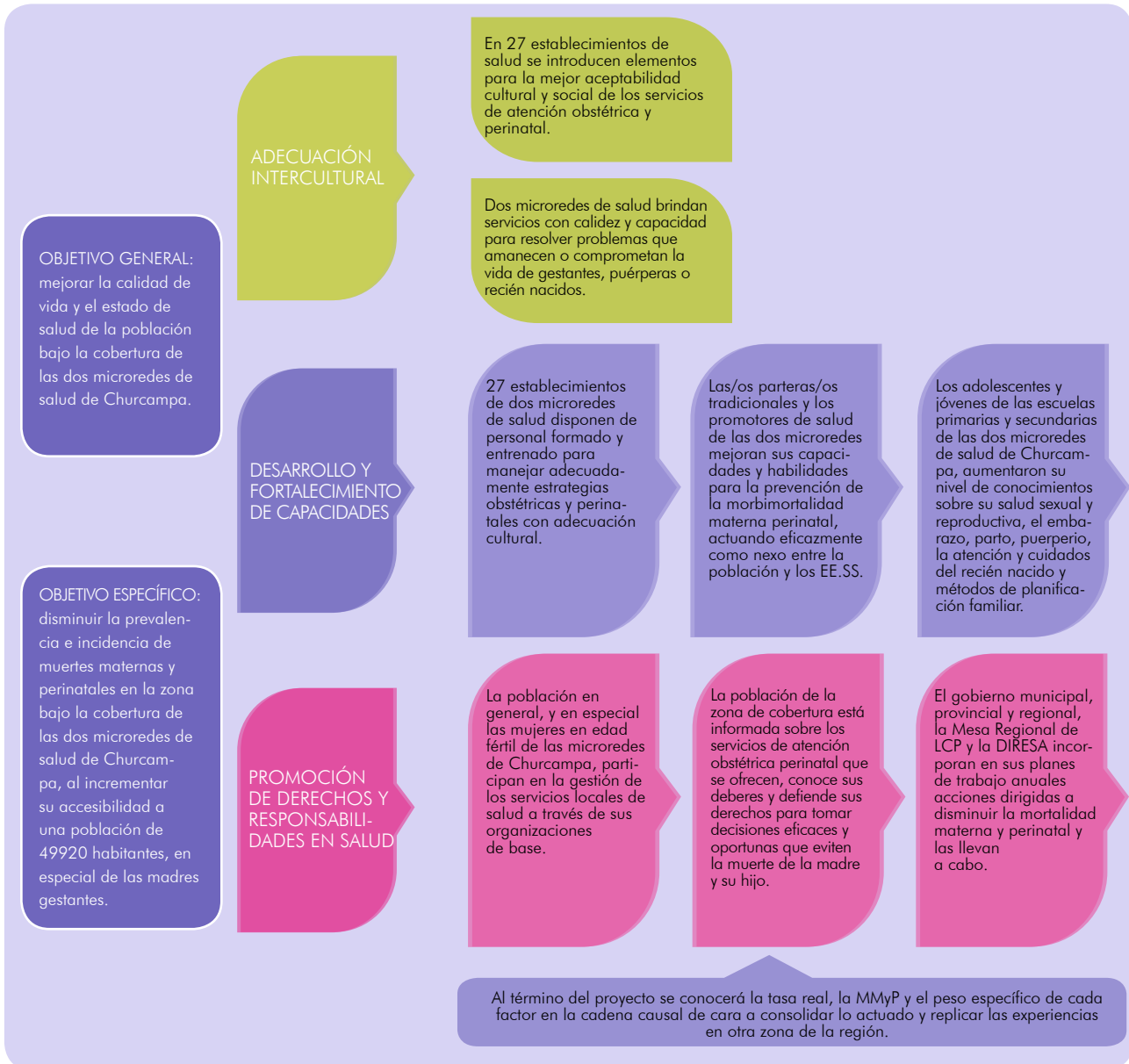


- El componente comunicacional: en este componente recajó la responsabilidad de trabajar con líderes, autoridades y funcionarios para incidir políticamente a favor de la maternidad segura y saludable. Se trabajó en el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para que incluyan en su trabajo de promoción la formulación e implementación de planes locales de comunicación en salud, en especial en la temática materna y perinatal. También aportó en dinamizar la gestión en salud con participación ciudadana a través de comités locales de salud ubicados en la zona de intervención. Implementó estrategias comunicativas traba-

jando estrechamente con los comunicadores radiales de la provincia, logrando que el tema del proyecto sea asumido por los medios radiales de la localidad y que los contenidos de la atención materna perinatal se tornen en mensajes que lleguen sin restricciones a toda la población radio oyente. Se promovió la formación de grupos de teatro con pobladores de la zona y con ellos se realizaron festivales de salud para que el tema de la salud materna llegue y sea apropiado por la población. Asimismo, como parte de esta estrategia de comunicación y educación, se produjeron diversos materiales educativos.

## Objetivos y resultados

En el siguiente gráfico se resumen los objetivos y resultados esperados a partir de la intervención:



## Logros e impactos

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. A partir de esta experiencia, el modelo fue institucionalizado por el MINSA para ser implementado en la jurisdicción de dos Microredes participantes en el proyecto, la de Paucarcamba y Churcampa.



Al final de su ejecución, el proyecto desarrollado por el Consorcio Madre Niño no sólo mejoró la calidad de atención materna perinatal en Churcampa, sino que logró construir un modelo de atención con adecuación intercultural que puede ser replicado bajo el liderazgo del Ministerio de Salud en otros contextos similares del país. La aplicación de este modelo incide en disminuir la morta-

lidad materna perinatal, lograr una maternidad segura y saludable y una sobrevivencia perinatal adecuada.

El proceso seguido por el proyecto, a través del conjunto de actividades desarrolladas desde sus tres componentes, logró unir lo factible de los dos enfoques de atención: el biomédico y el cultural tradicional.

Adicionalmente a los logros e impactos alcanzados en Churcampa, es pertinente resaltar que la propuesta hizo importantes aportes a la salud de la población del país, en especial a la salud de las mujeres y recién nacidos. Los resultados de esta adecuación cultural han sido, entre otros:

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

- Del lado de la oferta: se han puesto en práctica los cambios que empiezan a darse, desde lo normativo, en 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.



## LECCIONES APRENDIDAS

- > 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, pluriprofesional 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 (usuarios) de los servicios son primero.
  - > La calidad y calidez de la atención son tan importantes como el respeto a la cultura, en tanto esta no afecte la primera.
  - > En el siglo XXI debemos basarnos en evidencias y no en prejuicios para el desarrollo de las estrategias y políticas de salud.



Una Madre Viva Alimenta a los Niños Saludables e Inteligentes!

PLM 2008



2

# EL MODELO DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD MATERNA PERINATAL

# 2

## EL MODELO DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD MATERNA PERINATAL

Adecuación y pertinencia intercultural: **respeto mutuo, diálogo abierto de convocatoria y concertación.**

### MARCO DE REFERENCIA

#### **Adecuación cultural en la atención materna y perinatal**

Una de las causas principales para la prevalencia de la muerte materna y perinatal es el parto domiciliario que, en su mayor porcentaje, se practica en el ámbito rural de la sierra peruana en general; y en Huancavelica en particular.

Las poblaciones indígenas, originarias del Ande y la Amazonía, tienen acceso restringido a servicios públicos de salud. Una serie de factores socioculturales (desconocimiento del idioma nativo por los prestadores de salud, irrespeto a las costumbres locales, relaciones de poder basadas en estructuras jerárquicas de raza y género) y geográficos (grandes distancias, medios de transporte escasos, dispersión de los asentamientos poblacionales) constituyen las barreras persistentes de exclusión.



A estas barreras se suma el desencuentro entre el tipo de oferta de los servicios públicos de salud y el tipo de demanda local. Los servicios -caracterizados por basarse casi en forma exclusiva en la llamada medicina occidental, académica o biomedicina- rechazan y excluyen las prácticas medicinales ancestrales de los pueblos indígenas. La disposición de los pueblos indígenas de incorporar a su cultura de salud lo bueno de la biomedicina, no tiene reciprocidad de parte de los servicios de la medicina académica oficial. No reconocen los conocimientos de los pueblos indígenas sobre la salud y sus formas de abordarla, ni se adecuan a la demanda étnica y cultural de estos pueblos.

Así, medicina occidental y tradicional no se complementan ni coordinan, llegando a posiciones de mutuo rechazo y confrontación. En suma, los servicios de medicina occidental no son adecuados culturalmente para satisfacer la deman-

da de atención de los pueblos hacia los que se dirigen. La situación se agrava con una gran ausencia: la consideración de un enfoque que involucre a la familia y a la comunidad, aspectos de gran importancia no sólo para abordar el tema de la salud, sino cualquier aspecto relacionado al desarrollo y bienestar de los pueblos indígenas.

Durante la formulación del proyecto se revisaron puntualmente las diferentes estrategias y medidas que el sector salud y diversas ONG han practicado para lograr que las madres gestantes lleguen a los establecimientos de salud calificados. Los logros son limitados, especialmente en comunidades campesinas dispersas. La oferta de servicios de salud no ha tomado en cuenta la situación cultural de las familias campesinas, privilegiando la oferta de la medicina occidental. Los trabajadores de salud ponían en práctica sólo lo aprendido en su formación profesional, menospre-



ciendo la opinión de las usuarias por su supuesta ignorancia en este aspecto. De otro lado, la cultura local tiene una gama de explicaciones y prácticas en torno a la maternidad, algunas de ellas beneficiosas o inocuas y otras equivocadas y perjudiciales que, por limitaciones de idioma y confianza, no han tenido oportunidad de ser expuestas y explicadas adecuadamente. Se mantiene así el círculo vicioso del desencuentro y la no atención de la población local en su demanda frágil y poco explícita.

Frente a esta situación, el proyecto recogió con mucha paciencia, pero con cierta premura por su corto tiempo de vida, las principales demandas de las madres gestantes, de

las parejas, sus familiares y las parteras tradicionales. Recogió sus testimonios y, siempre en permanente diálogo, pudo conocer cómo se viven y sienten los procesos relacionados a la gestación, el parto y puerperio, y también cómo se maneja la información cualitativa complementaria a las estadísticas referidas a las prácticas de riesgo. Analizó también la oferta existente, sus fortalezas y debilidades. Con estos elementos, y desplegando esfuerzo de síntesis, identificó propuestas que pueden ser compartidas por usuarios, usuarias y prestadores de salud. Desarrolló así un modelo para la atención con adecuación intercultural en salud materna perinatal<sup>19</sup>. Este modelo permite incorporar nuevas técnicas de trabajo en los controles prenatales, atención del parto, puerperio y atención



<sup>19</sup> El modelo ha sido validado en los establecimientos de las microredes de salud de Churcampa y Paucarbamba y ha sido institucionalizado en los establecimientos de salud de la provincia. La explicación detallada de cada uno de los elementos particulares que lo integran se presentan en el tercer capítulo y están también en la publicación: MODELO DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD MATERNA PERINATAL, editado por el Consorcio Madre Niño y el Ministerio de Salud.

del recién nacido. Ofrece además alternativas -propuestas por los mismos involucrados- que permiten su participación activa y un trabajo sostenible.

### Enfoques del modelo

- Enfoque de Derechos Humanos: este enfoque considera que la salud es un derecho fundamental de las personas, interdependiente de los otros derechos humanos. El derecho a la salud implica la obligación del Estado de garantizar su cumplimiento y goce, así como el ejercicio de la ciudadanía de exigirlo y vigilar su cumplimiento. Abarca el acceso a servicios de calidad,

a disponer de una vivienda y un ambiente saludable para vivir y trabajar, el acceso a información para tomar decisiones, el cuidado de la salud familiar, el fortalecimiento de las organizaciones sociales y una mayor responsabilidad social en el cuidado de la salud.

“La salud es un derecho fundamental de las personas, interdependiente de los otros derechos humanos”





- Enfoque intercultural: por este enfoque se reconoce que el Perú es un país en el que conviven poblaciones con diferentes idiomas, normas de vida y cosmovisiones que habitan espacios geográficos distintos, cuya vinculación con el territorio, el Estado y el ordenamiento jurídico son diferentes. Se reconoce que sus integrantes son personas con igual valor y derechos. Se plantea la construcción de relaciones de respeto, diálogo y convivencia entre personas de culturas diferentes. Establecerlas requiere de disposición para conocer y entender las diferentes maneras de ver el mundo y cuidar el cuerpo y la salud, aunque estas no coincidan con las propias costumbres. Además, implica un diálogo constante y tolerancia para proponer un encuentro que permita relaciones basadas en el respeto y reconocimiento de nuestros derechos y los derechos de los demás.

Este proceso se caracteriza por la capacidad de establecer relaciones de equidad entre personas de costumbres diferentes. En este marco, los servicios de salud deben incorporar elementos de la cultura local y ofrecer servicios de calidad que respeten las creencias y costumbres tradicionales beneficiosas e inocuas, y las incorporen a la oferta de atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

- Enfoque de género: el enfoque de género permite tener una mirada crítica de las relaciones entre hombres y mujeres y entender cómo las jerarquías de género que

“Construcción de relaciones de respeto, diálogo y convivencia entre personas de culturas diferentes”



se expresan en distintas valoraciones de lo femenino y lo masculino -en una desigual distribución de poder y discriminación- colocan a las mujeres en condiciones de gran vulnerabilidad. Una clara expresión de esta inequidad social y de género son las altas tasas de mortalidad materna que se incrementan en las zonas rurales más pobres, donde se producen muertes que, en la mayoría de los casos, podrían ser evitadas.

Se trata de volcar la mirada a las mujeres, vinculando su condición de género y sus condiciones sociales y culturales con su salud. Se trata de atender sus problemas prioritarios y a la par promover su participación y capacidad para ejercer su ciudadanía social. Se trata de promover la participación responsable, comprometida y compartida de hombres y mujeres en el cuidado de la salud familiar, en particular de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. De este modo, se logran transformar las relaciones de género que producen desigualdad y discriminación. Se trata, también, de promover procesos de cambio en el personal de salud, para que su práctica no replique ni refuerce la discriminación social y de género que incide negativamente en la calidad de la atención que brindan.

La discriminación de género es actualmente la forma más difundida de exclusión social que coloca a las mujeres en situaciones vulnerables. Al mejorar la salud de la mujer, mejoran sus oportunidades.

### Base legal y normativa

La propuesta del modelo intercultural tiene como referencia la siguiente base legal:

**Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.** Aborda la salud reproductiva de forma integral durante el ciclo de vida de las personas y considera como un aspecto prioritario la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Entre otros aspectos, plantea la necesidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva; fortalecer las competencias de proveedores para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Además, propone mejorar la atención de las complicaciones del embarazo; fortalecer los cuidados obstétricos de emergencia y planificar individualmente el parto institucional con la participación de la pareja, la familia y la comunidad.

**Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA. NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.**

El Ministerio de Salud ha desarrollado una norma técnica que facilita la adecuación de los servicios de salud para atender los partos de la población alto andina y amazónica, a fin de mejorar la calidad, el acceso y la satisfacción de usuarios y proveedores. Esto, en el marco de los lineamientos de las políticas de salud y cumpliendo con su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad que satisfagan las necesidades de salud de la población, a través de la Dirección General de Salud de las Personas.

Esta norma propone relacionar el modelo occidental y el tradicional, pues a pesar de tener marcos conceptuales diferentes, pueden complementarse uno con el otro. Para



ello se deben tomar en cuenta las costumbres locales en un marco de igualdad y respeto, y reconocer sus capacidades de interlocución y el derecho de las mujeres a elegir la forma de ser atendidas según sus costumbres. De esta manera se refuerza el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar.

- Aspectos contemplados en la Norma Técnica para una atención con adecuación intercultural:

- Calor: proteger ventanas, atemperar el ambiente, cubrir a la usuaria de acuerdo a sus necesidades. La higiene se debe realizar con soluciones tibias.
- Pudor: debe estar presente la menor cantidad de personas en el ambiente de atención. Se deben cubrir las partes genitales. La posición del parto no debe permitir la exposición de los órganos genitales. Evitar la presencia de varones, si así lo considera la parturienta. Se debe permitir el uso de ropa amplia y cómoda que sólo descubra lo necesario para realizar el examen.
- Alimentación y líquidos: evitar que la parturienta sufra de periodos prolongados de ayuno. Ofrecerle líquidos tibios e infusiones calientes (orégano, muña, etc). Permitir que el familiar pueda llevar alimentos para la parturienta.
- Posición: permitir que la parturienta decida la posición en la que desea dar a luz. Permitir el cambio de posiciones durante el trabajo de parto, según su comodidad. Adecuar colchonetas, sillas o banquetos para facilitar el parto en cuclillas.
- Placenta: si la parturienta o el familiar solicita la placenta, se le debe entregar en una bolsa para que sea usada de acuerdo a la cultura familiar y local.
- Acompañamiento: durante el parto se debe permitir la compañía del familiar que la parturienta indique (esposo). La partera también puede participar, lo que

permitirá incrementar la confianza de la paciente. Se ofrecerán comodidades a los familiares que esperen.

- Información: cualquier acción debe ser explicada claramente a la parturienta y a sus acompañantes, tomando en consideración sus costumbres y creencias.

### **Resolución Directoral N° 643-2005-DRSH/OGDRH. Guía de Atención de Parto Vertical con Adecuación Cultural.**

La Dirección Regional de Salud de Huancavelica, con el apoyo de un grupo de profesionales del sector salud, elaboró la Guía de Atención de Parto Vertical con Adecuación Cultural, como parte del Plan Anual de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal en el año 2005. El objetivo es contar con una guía de atención en los establecimientos de salud que sirva como base para ofrecer un servicio alternativo que permita incrementar el acceso a la atención del parto institucional, hecho que se traducirá en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres andinas.

## **ESTRATEGIAS PARA UNA OFERTA DE ATENCIÓN CON ADECUACIÓN CULTURAL**

### **Información y conocimiento sobre la atención materna y perinatal**

El modelo propone que el significado y contenido de la maternidad saludable debe ser un conocimiento compartido por toda la población, sin discriminación o exclusión alguna. Para el cumplimiento de este postulado, el proyecto trabajó con los especialistas de la UGEL de la provincia y con docentes capacitados de las instituciones educativas, la incorporación de los temas sobre salud sexual reproductiva -con contenidos adecuados a

# PARTICIPACION DEL VARON EN LA SALUD MATERNO

PE

**RECIBIENDO:**  
 NACIDO:  
 Llevar a su  
 CONTROL tanto  
 al bebé, y  
 la mamá  
 RECORDAR que  
 de su pecho  
 VEZ que pide

Vañale a  
 diario



**DEBANTE EL**  
 Embarazo: BUEN MOM  
 acompañar a su  
 CONTROL prenatal  
 PRIOROPAVCE de  
 su alimentación  
 evitar que agua  
 Fuerza Comprar Ropa

**DEBANTE EL**  
 PARTO:  
 Preparar a  
 Mate.  
 acudir al  
 C.S mas  
 cercano  
 ESTAR JUNTOS  
 Ayudarle darle  
 ánimo y Comprender  
 dar su situación  
**DESPUES DEL**  
 PARTO: DAR SU  
 Alimentación  
 Cuidarle EVITAR  
 que agua pase  
 comer mucho  
 reposo absoluto  
 apoyar en su  
 Higiene, cuidar al  
 bebé lavar la ropa  
 RECORDAR y acompa  
 ñar a C.S.

## ESTANTES

Costado

- Andar el C.S. C
- Saber signos de
- Andar desde el ini
- al Control.
- Alimentarse bien.
- Acompañamiento d
- Esposo.
- No maltrato de mi



parto

- Ir al C.S. para
- Apoyo del esposo
- Familias.
- Alimentación
- Parto vertical
- el pellejo.
- Poner faja en
- cintura.

Recibi  
 Asista

- Tener ropa de b
- Dar su leche (
- materna inmed.
- Atención higien
- del R.N.
- No marginar p
- sexo.
- Cumplir con s
- Vacunas y con
- CREB
- No darle bil

LABORACION DE LA TIRTA

ACTIVIDAD

ES:

ESBABLE

ADALIA





los diferentes niveles y modalidades de la educación oficial- en el currículo de la educación básica, en el marco de la diversificación curricular. Al término del proyecto, 217 (de 244) docentes capacitados reconocieron las señales de riesgo en el embarazo, parto, puerperio y para la vida del recién nacido<sup>20</sup>.

## Dar a la población la mayor cantidad de información y conocimiento sobre la atención materna y perinatal.

Así, las y los estudiantes no sólo encuentran respuestas a las inquietudes que el tema de la sexualidad les plantea, sino que con este interés satisfecho adquieren también conocimientos sobre procreación humana, maternidad saludable y supervivencia adecuada del recién nacido, todos estos considerados como procesos de incumbencia familiar y no sólo como responsabilidad de la madre gestante.

Estudiantes bien informados se convierten en excelentes promotores para trabajar sobre problemas que, como el embarazo adolescente, son preocupantes en la región y en el país. A mediados del 2008, todas las instituciones educativas focalizadas (23) habían organizado o participado en eventos para sensibilizar y motivar a la población sobre los cuidados del embarazo, parto, puerperio y recién nacido<sup>21</sup>.

Datos de la Red Pampas<sup>22</sup> dan cuenta de una disminución del embarazo adolescente, aspecto que se podría atribuir al proyecto. Representaciones teatralizadas por los propios alumnos, sociodramas, teatros de marionetas hechas con materiales reciclables, concursos de canto, periódicos murales y otras estrategias utilizadas en las instituciones educativas han resultado medios efectivos de difusión al respecto.

Este trabajo en el campo educativo se complementó bien con el uso de los medios de comunicación radiales, los más escuchados en la provincia. A través de las emisoras locales se transmitieron los mensajes más importantes. Así se logró un trabajo de difusión masiva que incentivó y promovió la participación ciudadana en el control de la calidad del servicio de salud que, a futuro, podrá ser reforzado por los comités de vigilancia ciudadana.

### Respeto, diálogo y concertación para la atención del parto

El modelo propone que los servicios de atención materna y perinatal que el Estado ofrece respeten la cosmovisión de la población a la que atienden, permitiendo a las usuarias poner en práctica sus usos y costumbres en tanto no pongan en riesgo la salud y vida de la madre parturienta y del recién nacido. Los principales cambios introducidos por el modelo se sitúan en los siguientes niveles:

- Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y/o promotores de salud<sup>23</sup>: ser miembros de la comunidad y usar el mismo lenguaje, así como el hecho de ser conocidos por la población, les brinda la confianza de las usuarias y de la población en general. Contar con legitimidad comunal les permite convertirse en nexo entre las usuarias del servicio y los establecimientos de salud. Replican en la población lo aprendido en los talleres, cursos, pasantías, ferias y pa-

“Respetar la cosmovisión de la población atendida, permitiéndoles poner en práctica usos y costumbres beneficiosas e inocuas”

<sup>20</sup> Informe de monitoreo del componente educacional del proyecto; evaluación conjunta con la UGEL de Churcampa.

<sup>21</sup> Informe de monitoreo del componente educacional del proyecto; evaluación conjunta con la UGEL de Churcampa.

<sup>22</sup> Informe de la Red Pampas, 2004 - 2008. Las microredes Churcampa y Paucarbamba pertenecen a ella.

<sup>23</sup> Los agentes comunitarios son elegidos en la asamblea comunal, la mayoría de ellos son personas con trayectoria en la atención de la salud, unos como parteros tradicionales y otros por las capacitaciones en las que han participado.



sacalles, adecuando los conocimientos a la realidad local y a las necesidades y demandas de la misma comunidad. A mediados del 2008:

- 76% de ACS mejoró su capacidad para desarrollar estrategias de comunicación educativa en salud dirigida a la población.
- 65.7% de ACS conocía las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Este grupo fue acreditado por el MINSA y el proyecto.
- 88.5% de usuarias consideró que fue oportunamente referida por los ACS de su comunidad a los establecimientos de salud.
- 169 ACS (promotores, parteras, etc.) y 94 SIMCOS (comités del sistema de vigilancia comunal) implementaron mecanismos de evacuación ante emergencias obstétricas en sus comunidades<sup>24</sup>.

- Los establecimientos de salud: la atención en los establecimientos de salud ha mejorado. Se brinda una atención con calidad y calidez que las usuarias y sus familiares reconocen<sup>25</sup>, iniciándose una relación de confianza, diálogo y trabajo compartido. La calidad de la atención se logró con la contribución del proyecto en la formación del personal, en la dotación de equipos y en el mejor acondicionamiento de los ambientes para la atención materna y perinatal. La calidez se expresa en el cambio de actitud en el trato, en la escucha de las usuarias y en la atención a sus demandas, previo proceso de diálogo y concertación. Los 27 establecimientos de salud fueron debidamente implementados (equipos, radios, etc.) para referir de forma oportuna y adecuada las urgencias obstétricas y perinatales. Cuatro establecimientos de salud cuentan con ambulancias operativas (un consultorio móvil) para la evacuación de urgencias obstétricas y perinatales. Todos los establecimientos de salud diseñaron e implementaron planes comunicacionales. Las principales demandas atendidas por los establecimientos de salud son, entre otras, las siguientes:

- El parto vertical y el apoyo de un familiar: la posición preferida por la mayoría de usuarias que tuvieron parto domiciliario es que al momento del parto la madre se ponga de cuclillas, agarrándose de una soga que cuelga del techo, apoyada por su esposo o cualquier persona de su plena confianza que la sostenga por detrás, abrazándola y poniendo las manos sobre su barriga en actitud de ayuda para que el feto empiece a salir en forma lenta pero continua, sin mucho esfuerzo de la madre, lo que sí demanda la posición horizontal.

Los establecimientos de salud ofrecen escoger la posición deseada para dar a luz. Un significativo 80.8% de las gestantes que acudió a sus controles prenatales o dio a luz en la micro-red, reconoce que se le ofrecieron las diferentes opciones y que el parto fue atendido como lo solicitó<sup>26</sup>.

- La indumentaria e ingesta de mates: además de la posición y el apoyo físico de la persona elegida por la madre, pesa mucho el deseo de mantenerse vestida con sus propios atuendos y tomar infusiones de las hierbas de su preferencia.
- Los establecimientos de salud permiten las dos prácticas: una vez producido el nacimiento y luego de atender al recién nacido, según los protocolos de atención existentes y con la debida asepsia brindada por el personal de salud, el bebé es recibido en las mantas que la mamá ha preparado.
- Otros cambios han sido propuestos a las usuarias desde el sistema formal, como el siguiente: en la práctica local tradicional, el cordón umbilical es cortado con vidrio o botella rota, o con un trozo de teja, y luego es cubierto con ceniza. En el diálogo intercultural se ha logrado, sin necesidad de imposición alguna, la aceptación del uso de instrumental adecuado y esterilizado para el corte y cuidado del cordón umbilical.

<sup>24</sup> Todos estos datos corresponden a los informes de Monitoreo de enero del 2007 y de julio del 2008 y la Línea de salida de diciembre del 2008.

<sup>25</sup> y <sup>26</sup> Informes de Monitoreo de enero del 2007 y de julio del 2008 y la Línea de salida de diciembre del 2008.



Si bien en el proceso de adecuación intercultural algunas prácticas como las señaladas han sido adoptadas de inmediato, otras van cambiando lentamente. Por ejemplo, respecto al tratamiento de la placenta, la tradición andina conserva el rito del entierro de la misma. Para la medicina moderna es simplemente un desecho. Llegar a un punto medio demanda un proceso gradual todavía en curso. Si bien en el centro de salud no se hace el rito del entierro ceremonial, tampoco se la deja al aire libre para que los animales se la coman; el personal de salud la envuelve y mezcla con el resto de desechos hospitalarios o se la da a un familiar de la parturienta para que la entierre discretamente.

De forma complementaria a este proceso de adecuación intercultural se incorporan casas de espera (ambientes de alojamiento transitorio para las madres gestantes y sus acompañantes más cercanos como el esposo, hijos o la abuela) en los últimos días previos al parto, para evitar que las sorprendan lejos del establecimiento o para recibir y observar a la gestante o al recién nacido ante cualquier dificultad.

Terminado el proyecto, más del 94.1% del personal con ROP<sup>27</sup> de los establecimientos de salud de las microredes de Churcampa y Paucarbamba aplica el modelo con adecuación intercultural para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. El 92.3% lo recomienda a otros colegas. El 94.2% cree que el modelo ha mejorado la calidad de la atención. El 96.2% lo considera una forma cómoda de atender el parto<sup>28</sup>.

### **Participación comprometida: principal ingrediente del modelo**

Uno de los principales aspectos del modelo es la promoción de la participación comprometida de la población. Lograrlo implica un trabajo sostenido en información y

sensibilización sobre el contenido y alcances de la maternidad saludable como garantía de apropiación, conservación y mejora del modelo en el seno de la comunidad.

El proyecto ha contribuido a incrementar la participación de las mujeres en la gestión de salud de sus familias y en la promoción de la salud a nivel comunal, fortaleciendo sus capacidades. Ellas fueron las protagonistas de la incorporación de actitudes y prácticas para la prevención de la morbi mortalidad materna y perinatal, de la participación activa en la sensibilización relacionada a las buenas prácticas durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido y de la difusión de información sobre derechos y responsabilidades en salud sexual y reproductiva. Así, las mujeres han tenido una importante participación en la apropiación de una propuesta que beneficia la salud materna y perinatal en la provincia.

Lograr que los integrantes de la familia tengan una comprensión del significado de la maternidad saludable, en su más amplia acepción, ha facilitado que tengan un rol importante en la salud materna, que ayuden en las emergencias obstétricas y que tomen decisiones acertadas y oportunas para movilizar y atender a las gestantes. Haber legitimado también, desde el sistema formal, la participación y el aporte de parteras y promotores como agentes comunitarios de salud ha operado en esta misma dirección.

La experiencia del Proyecto ha mostrado que para una buena

**Promover la participación comprometida de los distintos actores, propicia la sostenibilidad de la propuesta.**

<sup>27</sup> Responsabilidades Obstétrico Perinatales.

<sup>28</sup> Informes de Monitoreo de enero del 2007 y de julio del 2008 y la Línea de salida de diciembre del 2008.

atención de la salud materna y perinatal, no son suficientes las normativas y reglamentos. Está de por medio la necesidad de desencadenar procesos que involucren a los trabajadores de la salud como principales interlocutores con la población, escuchándolos y dando a conocer con mayor detalle las funciones y responsabilidades de los primeros y las demandas y expectativas de los segundos.

La dinámica promovida desde el proyecto ha logrado que con mucha facilidad los trabajadores sean parte de cambios en los que se involucran, pues sienten que sus actividades cotidianas dejan de ser rutinarias y hasta cierto punto estáticas para convertirse en importantes agentes de cambio. Dejan de ver el lugar específico de su trabajo como un punto aislado de la vida social y cultural y sus puestos de trabajo se convierten en los espacios donde se producen los cambios ya previstos en la normatividad oficial y las políticas de Estado, que antes se encontraban adormiladas.

La importancia del maestro rural en la vida de los pueblos del Ande sigue siendo significativa. En las comunidades más alejadas, donde la mejora de la atención materna perinatal es prioritaria para elevar el estándar de vida de la población, los maestros son un referente de importancia. Por ello, fue un acierto del proyecto contar con un componente educacional que permitió hacer un trabajo importante con los maestros, especialmente en la incorporación de contenidos al currículo escolar. Trabajar con el personal del sector educación, desde los funcionarios de la UGEL hasta los maestros de aula, pasando por directores y asociaciones de padres de familia (APAFA), ha sido clave para sentar las bases de un cambio generacional positivo, prevenir riesgos en la niñez y adolescencia y ofrecer una adecuada atención materna perinatal.

Los conocimientos adquiridos por los estudiantes, a su vez, no sólo han servido para ellos en lo personal, también los han

convertido en portavoces de los contenidos referidos a la maternidad como tema familiar, haciendo que los estudiantes cumplan un papel de difusión y credibilidad importante en sus familias, al haber logrado, en la mayoría de los casos, niveles de escolaridad superiores a los de sus padres, lo que genera una mayor audiencia en la familia extensa y en la comunidad.

El proyecto tuvo como interlocutores a diferentes colectivos de la población, con sus diferentes modalidades de organización y representatividad. Participaron las autoridades locales y funcionarios públicos (representantes de la municipalidad provincial y municipalidades distritales, del gobierno regional y de la Dirección Regional de Salud, en representación del sector).

Trabajar siempre en coordinación y alianza con todos ellos permitió que ahora se pueda dar cuenta de los logros. Uno de los principales fue comprometer recursos del Estado (municipio provincial y distrital) en el proceso de los presupuestos participativos para el mantenimiento de las 13 casas de espera y para el fortalecimiento de los promotores en relación al sistema de vigilancia comunitaria, lo cual contribuyó, entre otras cosas, a que el modelo siga funcionando en la provincia, más allá de la presencia del Consorcio.

En el actual proceso de descentralización en el que se encuentra el país, los servicios básicos de educación y salud empiezan a ser transferidos a los gobiernos locales como garantía de un mejor funcionamiento de los mismos.

La premisa que se encuentra tras esta concepción es que un mejor conocimiento de la realidad y, por lo tanto, una mejor adecuación de la oferta a las necesidades de la población, puede deparar los éxitos y mejoras que se esperan de dichos servicios. La experiencia del proyecto corrobora que esta premisa es factible si va acompañada de procesos participativos



en los cuales la población se apropia de la propuesta y la desarrolla mientras sea útil y necesaria para sus intereses de desarrollo local. En Churcampa se ve con mucha claridad que la activa participación de las autoridades, en su concepción, concreción e implementación, ha propiciado que el modelo sea asumido como una responsabilidad de gobierno.

## RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO

Este modelo podrá mostrar resultados definitivos y de mayor impacto en el mediano y largo plazo. No obstante, ya en el proceso de construcción e implementación se alcanzaron resultados importantes que aquí presentamos:

### Respecto a la situación materna perinatal

- En la tradición cultural andina la maternidad ha sido un hecho social de importancia no sólo para la familia sino para su

comunidad; ello se fue perdiendo y pasó a ser un acontecimiento individualizado de la mujer gestante. El modelo propone -y ha logrado en muy poco tiempo- involucrar a la familia en el tema de la maternidad segura y saludable e introdujo el tema del cuidado del recién nacido. Como resultado, se recuperó el concepto social de la maternidad, es decir, nuevamente la maternidad segura y saludable es asumida como parte de la vida social de las familias y comunidades campesinas.

- La población conoce mejor los elementos básicos de la maternidad segura y saludable y sabe qué debe esperar de las instituciones encargadas de brindar el servicio.

**La población asume la salud materna y del recién nacido como derecho y como parte de su responsabilidad social y comunal.**





Así, el conocimiento socializado de la maternidad vuelve reforzado como una demanda que debe ser atendida con calidad y calidez. A su vez, la población es consciente de que este derecho a la salud, recuperado socialmente, compromete al conjunto de la sociedad en la implementación de lo creado colectivamente en torno a la maternidad segura y saludable. A finales del 2008, el 82.1% de personas entre 15 y 49 años estaba informada sobre los servicios obstétricos y perinatales ofertados por la micro-red de salud<sup>29</sup>.

- La atención de un neonato o recién nacido<sup>30</sup> es muy importante, pues en esta corta y frágil etapa se suceden cambios rápidos que pueden derivar en su muerte o en consecuencias importantes para el resto de su vida. A pesar de ello, la atención que se le presta es mínima, siendo más crítica en situaciones de exclusión y abandono. El proyecto puso en evidencia esta situación ante la población, logrando recuperar la importancia que tiene el recién nacido y el brindarle los cuidados adecuados.

- Las madres gestantes tienen una nueva percepción no sólo de la atención del parto, sino de los establecimientos de salud. A mediados del 2008, el 76.9% de mujeres usuarias de los servicios con adecuación intercultural se mostraba satisfecha por el trato recibido, el 82.3% los usaría otra vez y el 86.1% los recomendaría a otras gestantes<sup>31</sup>. Hay un cambio significativo respecto a lo encontrado en la Línea de Base.

- Se consiguió que las madres gestantes y sus familiares asuman la importancia de los controles mensuales previos al parto, como algo natural en la preparación del nacimiento<sup>32</sup>.

- Aumentó significativamente el uso de las fichas de plan de parto<sup>33</sup>, su uso se generalizó progresivamente, siendo uno de los mayores logros del proyecto.

- Además de una atención con calidad y calidez, se desarrolló en los establecimientos de salud una capacidad de solución de posibles problemas, sobre todo en la atención de madres y recién nacidos.

- Lo anterior se reforzó por la activa participación de la población, en especial de las mujeres en edad fértil, partaras tradicionales, promotores de salud de las comunidades, adolescentes y jóvenes escolares.

- Se logró afianzar la tendencia de institucionalizar el parto rural, entendiéndolo por ello no sólo el llegar a dar a luz, sino además participar en los controles prenatales, el parto y los controles posnatales, estos últimos con énfasis en los recién nacidos. El 72.8% de los partos institucionales del 2008 fue vertical.

- Con la construcción participativa de las casas de espera para las gestantes y sus familiares se facilitó el acceso al servicio de las madres de poblaciones alejadas, así como a las gestantes identificadas con signos de riesgo o parto difícil.

- A partir de lo señalado se logró disminuir la incidencia de muertes maternas y perinatales y otros indicadores en torno a las mismas en la provincia de Churcampa

### Respecto a la gestión de la salud

- El proyecto planteó en uno de sus resultados la elaboración de un Protocolo de Atención Materna Perinatal. Sin embargo, durante el proceso, el logro fue mayor, ya que se diseñó y validó un Modelo de Atención Materna Perinatal con Adecuación Intercultural. El 52.6% del personal del MINSA con ROP (Responsabilidades Obstétricas Perinatales) que permanecía en la zona a inicios del 2007 (en estas zonas suele haber alrededor de un 5% de rotación anual de personal) participó el año anterior en el diseño del modelo.

Las autoridades locales y las organizaciones de base de la población deben participar en la gestión de la salud.

<sup>29</sup> Línea de salida del 2008.

<sup>30</sup> Es un bebé que tiene cuatro semanas o menos desde su nacimiento.

<sup>31</sup> Comparación de la línea de base con los monitoreos del 2007 y del 2008.

<sup>32</sup> La propuesta del Estado respecto a la situación materna perinatal es que las madres gestantes accedan al control mínimo de seis veces, a razón de uno por mes antes del parto; esta práctica es muy poco difundida, sobre todo en las comunidades campesinas. Los datos oficiales han sido proporcionados por la red Pampas y por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a inicios del 2009.

<sup>33</sup> Es un instrumento de planificación que aplica el personal de salud con la usuaria. El instrumento no se aplicaba antes del inicio del proyecto.

- La gestión de la salud en general y la atención materna perinatal en particular, son temas de interés para las organizaciones de base y de la población en general.
- Las autoridades de la Municipalidad Provincial de Churcampa incorporaron en sus planes anuales de trabajo acciones dirigidas a disminuir la mortalidad materna y perinatal. A mediados del 2008, el 53.22% de autoridades y funcionarios estaba sensibilizado e informado sobre la situación de la problemática de mortalidad materna y perinatal en su zona. El presupuesto participativo municipal del 2009 incluyó el apoyo a las casas maternas y a las evacuaciones de emergencias maternas y perinatales.
- A mediados del 2008, más de la mitad de las organizaciones de las comunidades (62%) participó en la cogestión de los servicios de salud a través de las ACLAS o del comité de

gestión. En ellas, el 25% de participantes fue mujer.

- Por gestiones con la Red de Pampas y la Dirección Regional de Salud de Huancavelica se autorizó -adicionalmente a los cuatro establecimientos de salud ya calificados para la atención del parto- a diez EE.SS. más debidamente implementados para atender partos inminentes y/o en periodo expulsivo. Más de la mitad de los establecimientos de salud de la zona (14 de 27) están preparados para atender partos.
- Los actores locales se incorporaron en la implementación de la propuesta desde su planificación, afirmando el proceso. Esto permitió desarrollar una nueva forma de ofrecer servicios públicos a la población, no sólo aplicable al tema de la salud materna y perinatal, sino a cualquier otro aspecto del desarrollo.
- Una experiencia concreta sobre esto es el trabajo de la





Es importante resaltar que<sup>34</sup>:

- Disminuyeron los embarazos en general: de 1317 en el 2004 a 933 en el 2008. Fue una disminución del 30.16%
- Diminuyeron las gestantes adolescentes: de 365 en el 2004 a 181 en el 2008. Fue una disminución del 50.42%. El porcentaje respecto del total de gestantes (19%) fue menor que el promedio nacional (22.2%) y regional.
- En el 2008 se registró un 67.1% de gestantes con un mínimo de seis controles prenatales; este porcentaje está por encima del promedio nacional y regional, prácticamente el 100% de gestantes de la provincia ha tenido al menos un control prenatal.
- En el 2008, el 83.8% de partos fueron institucionales. La cifra está por encima del promedio nacional (65.74% en el 2007 y 72.60% en el 2008) y regional (45% en el 2007).
- El crecimiento del parto vertical fue significativo: 72.8% de los partos institucionales en el 2008 fue vertical.
- En el 2004 hubo cuatro muertes maternas<sup>35</sup>; en el 2008 hubo dos. En el 2006 se logró que no hubieran muertes maternas. Aunque la tasa de muertes maternas ha disminuido, aún está por encima del promedio del país. Hubo 35 muertes perinatales en el 2004 y 23 en el 2008. En el 2006 hubo 14 muertes perinatales.
- Creció de manera significativa el número de parejas protegidas: en el 2008 (1624) 43.5% más que en el 2004 (707).
- El Monitoreo del 2008 mostró que el 76.9% de mujeres usuarias de los servicios con adecuación intercultural se mostraba satisfecha por el trato recibido. El 82.3% indicó que los usaría otra vez y el 86.1% los recomendaría a otras gestantes.

<sup>34</sup> Datos oficiales de la red Pampas y de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de inicios del 2009.

<sup>35</sup> Fuentes previas señalaron seis, pero colocamos las más recientes.



Asociación Comunidad Local de Administración de Salud (ACLAS) de El Carmen que combina en su composición a la población local con los trabajadores del puesto de salud. Su asamblea está constituida por siete integrantes: uno es el médico jefe del establecimiento de salud, mientras que los seis restantes son miembros de la comunidad. Se logró diseñar y poner en práctica una estrategia de trabajo multisectorial con el objetivo común de fortalecer la educación para la salud y optimizar el uso eficiente de los escasos recursos con que cuenta la localidad para la atención de salud.

- La estrategia del trabajo multisectorial contribuyó a fortalecer las relaciones entre los diversos sectores y grupos de la sociedad local y permitió fortalecer las capacidades de los agentes comunitarios para sensibilizar a la población en relación a la salud materna y perinatal.

- La ACLAS El Carmen logró comprar el terreno para la construcción del establecimiento de salud, adquirir equipos de cómputo, implementar la sala de partos con adecuación intercultural y la casa de espera para la gestante y sus familiares más cercanos, además del equipamiento técnico.

- Estos triunfos, pequeños vistos desde fuera, son la fuerza que consolida el trabajo en conjunto, con lo cual la sostenibilidad de la acción se garantiza.

### **Respecto a la sostenibilidad**

- Desde su inicio, el proyecto planteó que la continuidad de las acciones quedaría en los actores locales. Por eso, desde principios del 2008, el protagonismo de los mismos se intensificó. Los logros en la zona son producto de la unión de una estrategia novedosa y del trabajo conjunto y comprometido de los actores sociales y políticos en un sistema articulado.

- Es un logro importante del proyecto haber institucionalizado el diálogo y la concertación para contribuir a una maternidad segura y saludable, como parte de un proceso local para la superación de la pobreza.

- Al término del proyecto se firmaron tres convenios de transferencia: uno con la UGEL, uno con la red y microredes de salud y uno con la Municipalidad Provincial.

- En el evento de cierre del proyecto se firmó, ante los representantes de la población y las organizaciones de base, un compromiso de todas las autoridades para dar continuidad a las principales actividades del proyecto.

- La experiencia del proyecto, en especial las partes referidas al trabajo con las parejas, familias, escolares y docentes, se está usando para contribuir en la elaboración de normas nacionales.

- Los materiales producidos (manual de psicoprofilaxis, manuales de educación en las escuelas, etc.) se han utilizado parcialmente en algunos instrumentos nacionales y se autorizó su reproducción a la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

- Los temas de educación sexual para adolescentes, maternidad saludable y sobrevivencia neonatal están incorporados como parte de la estructura curricular de la educación básica en la provincia de Churcampa, lo que significa un aporte al Proyecto Educativo Regional. El 90% de instituciones educativas focalizadas (20 de 23) aplica un currículo diversificado con las temáticas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, desarrollo del embarazo, parto, puerperio y atención y cuidados del recién nacido.

- Los trabajadores de los establecimientos de salud fortalecieron sus capacidades e incluso, quienes tuvieron un paso limitado debido a su contrato temporal (SERUM y otros), se fueron seguros de poner en práctica lo aprendido. A finales del 2008, el 66.04% de profesionales y técnicos de salud capacitados había mejorado sus competencias (conceptuales, procedimentales y actitudinales) en la atención intercultural del embarazo, parto, puerperio y control del recién nacido.







# EL MODELO EN CHURCAMPY Y PAUCARBAMBA

# 3

## EL MODELO EN CHURCAMP Y PAUCARBAMBA

### APROPIACIÓN DEL MODELO Y SUS VARIANTES

El Modelo de Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal ha sido institucionalizado en los establecimientos de salud de Churcampa. En la zona de Coris, específicamente en la atención del parto, se encontró una variante del modelo que también ha sido institucionalizada. A continuación, se describen las particularidades del modelo con adecuación intercultural en la atención del control prenatal, parto, puerperio y recién nacido.

#### Atención del control prenatal

El ambiente donde se realiza el control prenatal es privado y abrigado. Garantiza la privacidad durante la consulta, los exámenes clínicos y ginecológicos. Cuenta con equipamiento e implementación necesarios para realizar el con-

trol prenatal según la categorización y los parámetros de las funciones obstétricas y neonatales vigentes.

¿Qué acciones se realizan durante la atención prenatal?

#### 1. En el servicio de admisión y triaje:

- Se procura que el tiempo de espera para la atención sea corto.
- Se consideran las distancias que recorren las gestantes para la atención.
- En el servicio de admisión se prioriza la atención prenatal de la gestante del resto de usuarias presentes.
- Se explican claramente y en quechua los procedimientos a realizar y la periodicidad del control prenatal. La gestante es tratada con calidez, empatía y respeto.

#### 2. Durante el control prenatal:

- Se permite la compañía del esposo u otro familiar. Así se promueve la participación de su acompañante en el cuidado del embarazo.



- El personal de salud brinda información clara y oportuna sobre el cuidado y las señales de peligro que puedan presentarse durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- Si el personal no habla quechua se solicita el apoyo de una persona que sí lo hable.
- Se brinda información sobre nutrición, priorizando el consumo de alimentos de la zona. Se aplica la ficha de valoración nutricional.
- Se aplican los cinco pasos de la orientación y consejería.
- Se identifican los factores culturales o étnicos que puedan interferir en el proceso de la atención.
- Se respetan las creencias culturales de la gestante.
- El personal de salud procede según los protocolos vigentes para la atención y derivación del caso. Es decir, realiza la historia clínica en diálogo abierto y sin prejuicios.
- Se usan términos sencillos que permitan a la gestante expresar sus dudas, temores y emociones.
- Se explican los beneficios del Seguro Integral de Salud

(SIS) a la gestante y a sus familiares.

- Se aplica la ficha de tamizaje de violencia intrafamiliar durante el primer control prenatal.

### 3. Plan de parto:

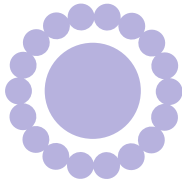
- De manera concertada se realiza el plan de parto durante la primera consulta prenatal y posteriormente dos sesiones en su domicilio, estimulando el compromiso familiar para el cuidado del embarazo y la atención institucional. Es necesario empoderar a las mujeres para la toma de decisiones sobre situaciones que afecten su salud, para que ellas asuman la responsabilidad sobre su propio bienestar y el de su hijo. Así, buscarán una atención con calidad para ellas, para sus familias y comunidad.
- A lo largo de las consultas, la embarazada podría ser derivada a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. Si este fuera el caso, se le explica a la gestante la importancia de acudir a otro establecimiento más lejano y se facilita el traslado.

- Las indicaciones que se impartan deben ser claras y estar escritas con letra legible. Se incluye la fecha de la próxima cita.
- Se programan y desarrollan actividades educativas de manera individual en cada consulta prenatal, y de forma colectiva durante la permanencia de las gestantes en la sala de espera.
- Luego del control prenatal se muestra a la gestante la sala de parto y se le explican las diferentes opciones a elegir.

### Atención del parto

El ambiente del parto es cerrado, con luz tenue y con cortinas gruesas que no permitan el ingreso de corrientes de aire. Se mantiene una temperatura adecuada gracias al uso de una estufa o calefactor. En el diseño del modelo se considera la sala de parto como un espacio que ofrece la modalidad de atención en una camilla ginecológica y en





“En el diseño del modelo se considera la sala de parto como un espacio que ofrece la modalidad de atención en una camilla ginecológica y en la posición que elija la usuaria de acuerdo a su costumbre (parto con adecuación intercultural). Para ello cuenta con equipamiento básico que incorpora elementos de la cultura local”

la posición que elija la usuaria de acuerdo a su costumbre (parto con adecuación intercultural). Para ello cuenta con equipamiento básico que incorpora elementos de la cultura local.

¿Qué acciones se realizan durante la atención del parto?

**1. En el establecimiento de salud:**

- El personal de salud usa la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Si la gestante no ha tenido una atención prenatal, se solicitarán los análisis de rutina.
- Se realiza la evaluación de la parturienta: se descartan signos de emergencia obstétrica, se evalúa la presión arterial, el pulso materno, la temperatura, la altura uterina, la posición fetal, la presencia de sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico y se realiza el monitoreo fetal y la dinámica uterina.
- El tacto vaginal se realiza sólo cuando es necesario. Si se necesitara, se explica y se pide el consentimiento de la parturienta. Al realizar el examen gineco-obstétrico se respeta el pudor de la usuaria; se le explica la razón de los

procedimientos y se evita la exposición innecesaria de los genitales. No se realiza el rasurado perineal ni el enema evacuante.

- En el período de dilatación, la parturienta adopta la posición que le resulte más cómoda.
- Puede deambular, estar sentada, echada, o apoyarse en la familia para aliviar el dolor que generan las contracciones. Se recomienda la posición en bipedestación (de pie), pues acorta el período de dilatación y hace que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por esto muchas mujeres necesitan caminar ayudadas por sus acompañantes.
- El personal lleva el registro estricto del partograma, lo que permite tomar las medidas necesarias en caso se identifiquen complicaciones. El partograma CLAP - OMS también permite monitorear el parto en posición vertical.
- Se permite que la parturienta tome mates calientes que le proporcionen energía, como chocolate caliente, mate de ruda (tres a cuatro hojas por taza), mate de orégano y apio o mate de toronjil. Bajo supervisión del personal a cargo se permite el uso de preparados tradicionales como el aceite rosado y la timolina.







- Se permite que el acompañante realice suaves masajes en la zona lumbar de la parturienta. Esto permite disminuir la ansiedad, controlar el estrés físico y emocional del trabajo de parto y ayuda a contrarrestar la fatiga. En el manejo del dolor a causa de las contracciones, el personal de salud, apoyado por el acompañante, proporciona soporte emocional.

- Si la curva del trabajo de parto se desvía a la derecha, si el tiempo es mayor a seis horas o si se observa algún signo de alarma, se refiere a la gestante -de manera oportuna- a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. Ante un progreso favorable del período de dilatación, se pasa a la sala de parto y se comunica al responsable de la atención pediátrica que esté preparado para la atención del recién nacido.

## 2. En la sala de parto:

- Se acondiciona previamente con una fuente de calor (calefactores). Se preparan los implementos para la atención en el área del parto con adecuación intercultural o en la camilla ginecológica.

- La parturienta tiene derecho a estar acompañada por algún familiar. Se permite el ingreso de un acompañante elegido por ella. Puede ser su pareja, madre, suegra, partera o partero, promotora o promotor de salud.

- El familiar y/o acompañante ingresa a la sala de parto previamente calzado con las botas de tela. Se tiene mucho cuidado con la higiene en la sala de parto.

- En la sala de parto, la posición que adopta la parturienta es elegida por ella. Si existe contraindicación médica, la parturienta adopta la posición indicada por el personal de salud.

- El personal evalúa previamente a la parturienta para proceder con la atención del parto con adecuación intercultural, teniendo en cuenta algunas consideraciones como la ausencia de complicaciones obstétricas, la presentación cefálica del feto y la compatibilidad feto pélvica.

### 3. Durante la atención del parto normal con adecuación intercultural:

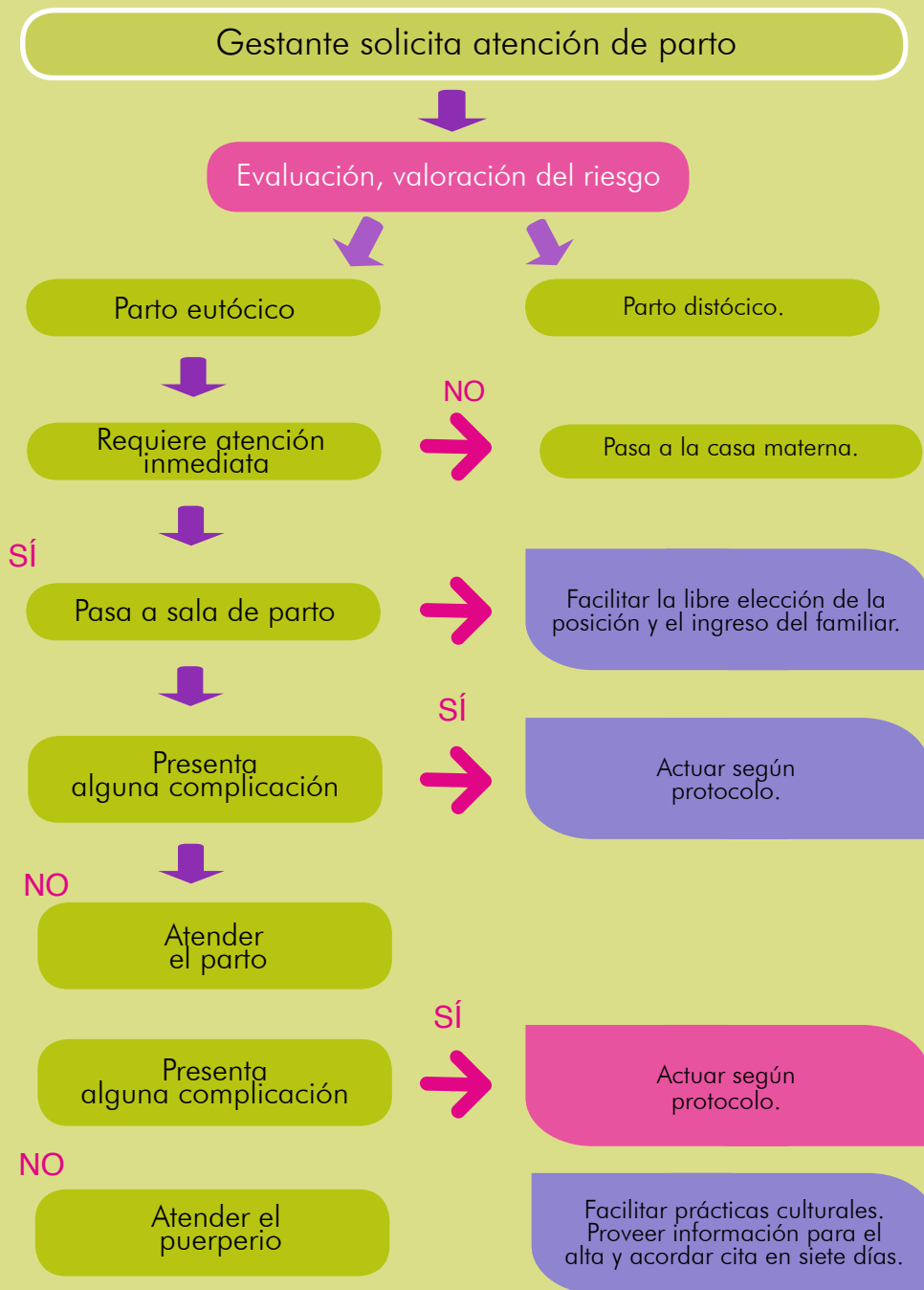
- La parturienta está semisentada y se apoya en la banca de media luna. Se agarra de una soga colgante fija.
- Una persona la sujeta de la parte posterior y hace presión a la altura del fondo uterino.
- El personal se sienta frente a la parturienta. Esta forma de dar a luz es más frecuente en Churcampa y Paucarbamba.
- En Anco y Coris, otra variante es la posición de rodillas: la parturienta no se sujeta de la soga, se apoya en la banquita de media luna o en el familiar sentado frente a ella. El personal de salud se sienta detrás de la parturienta, adecuándose a la posición que ella elija.
- Se brinda un trato con calidad y calidez a la parturienta.
- Se promueve la participación de la familia.
- Se identifican los factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención.
- Se respetan las creencias culturales de la parturienta siempre y cuando no atenten con el normal desarrollo del trabajo de parto o la atención del parto.
- Se atiende a la usuaria con su ropa habitual. Si lo desea, puede usar faldones o polleras en lugar de batas.
- Como precaución para recibir al recién nacido, se mantiene una colchoneta o pellejos en el piso, cubiertos con campos sobre los cuales nacerá el niño.
- Se descartan signos de emergencia obstétrica. De existir sospecha, se procede según el protocolo.
- En caso de complicaciones durante el parto, el establecimiento de salud cuenta con un plan de flujo de referencia y contrarreferencia diseñado según las normas vigentes.
- Si durante la evolución de un parto la presencia del acompañante se convierte en un obstáculo para una correcta actuación, se le solicita cortésmente que abandone la sala de parto. Esto se le debe informar previamente al acompañante.
- El cambio de posición de la parturienta será negociado con

ella, según lo que crea conveniente el personal de salud.

- Se evita la manipulación de la vagina con maniobras que distiendan el introito vaginal o el periné. Es decir, se evitan maniobras que edematicen el periné y la vagina (tactos repetidos).
- La episiotomía se realiza sólo cuando es necesaria.
- El descenso de la presentación fetal se calcula por vía abdominal, midiendo la parte del polo cefálico que se palpa mediante el número de traveses de dedos sobre la sínfisis púbica (técnica de los quintos).
- Se examinan la placenta y las membranas. Ante una situación de emergencia se procede según el protocolo.
- Se realiza el contacto precoz con la madre dentro de los primeros treinta minutos. De inmediato se inicia la lactancia materna y se aloja a la madre y al recién nacido.

“El personal evalúa previamente a la parturienta para proceder con la atención del parto con adecuación intercultural, teniendo en cuenta algunas consideraciones como la ausencia de complicaciones obstétricas, la presentación cefálica del feto y la compatibilidad feto pélvica”

# FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL



## Atención del puerperio

El ambiente del puerperio tiene calor y poca luz. Ofrece privacidad. Las sábanas y frazadas son de colores. La cama es baja para darle comodidad a la puérpera en compañía de su esposo y/o familiar. Se informa previamente a los familiares que deben llevar abrigo y frazadas para ellos.

¿Qué acciones se realizan durante el puerperio?

- El personal de salud ofrece la colocación del chumpi (faja) y el rollete de lana como mecanismo de compresión. El familiar apoya en esta etapa colocándole la faja a la altura del fondo uterino.

- La placenta merece un cuidado especial. No se le considera un desecho y se evita su contacto con el agua. Se respetan las costumbres locales. El personal de salud pregunta a la usuaria o al familiar lo que desea hacer con su placenta. Si decide llevársela a casa, se le entrega.

- Se asegura en todo momento el trato con calidad y calidez a la puérpera, promoviendo la participación de la familia. El personal de salud cuenta con habilidades que le permiten establecer una relación empática con las puérperas y sus familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.

- La puérpera permanece bajo observación 48 horas como mínimo. En caso sea necesario, o a solicitud de ella y sus familiares, permanece más tiempo, para ello se usa el espacio de acogida o casa materna, siempre y cuando el establecimiento de salud cuente con esta infraestructura. Si la puérpera presenta problemas de salud se le derivará a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive.

- Se realiza el control y la evaluación correspondiente. La salida de los loquios se estimula con la aplicación de masajes, pues favorecen la contracción del útero y ofrece bienestar a la puérpera.

- La higiene perineal se hace con agua tibia. A veces la familia hace hervir agua con hierbas. La higiene la realiza la misma puérpera. Sólo si es necesario, el personal la realiza.

- Se permite la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las costumbres de la puérpera. Así se promueve una alimentación balanceada. Generalmente ingieren caldo de gallina, cordero o cuy, que es proveído por el familiar, ya que el establecimiento sólo brinda servicios de cocina.

- La puérpera y el esposo reciben información adecuada en quechua sobre la lactancia materna exclusiva y técnicas de amamantamiento, higiene del recién nacido, planificación familiar, y sobre cuidados y señales de peligro después del parto. Se pone énfasis en la presentación de hemorragias y en las acciones a tomar para ser atendidas oportunamente.

- Antes de dar el alta se descartan patologías o signos de alarma que ameriten un mayor tiempo de hospitalización.

- Se evalúan las funciones vitales, las mamas, la altura y contracción uterina y los loquios.

- Finalmente, se programa la fecha para el control puerperal y se dan las últimas indicaciones para el cuidado del recién nacido: higiene diaria, limpieza de mamas antes de dar de lactar, asistencia al control puerperal. Se le indica que traiga al recién nacido para sus controles y vacunas oportunamente.

## Atención del recién nacido

El ambiente para la atención del recién nacido generalmente es el mismo ambiente de atención del parto y está calentado previamente. Cuenta con equipamiento básico para la atención inmediata y reanimación.

¿Qué acciones se realizan durante la atención del recién nacido?

- Antes de producido el parto se evalúan los factores de riesgo y esto amerita una preparación del equipo de reanimación y medidas a tomar.

- Se asegura la pérdida de calor con campos calientes.

- Se permeabiliza la vía aérea y se hace la evaluación y atención del recién nacido según el protocolo vigente.



- El personal de salud corta el cordón umbilical. Se liga con pinza elástica descartable (clamp), hilo grueso estéril o anillos de silastic (jebe), previamente preparados para evitar la infección.
- Se toma la temperatura, peso, talla, perímetro cefálico, torácico e identificación del neonato.
- Se examina al recién nacido para descartar anomalías congénitas y signos de alarma. Se verifica la posible disfunción anal. Si existen problemas de salud en el recién nacido se le derivará a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.
- Se realiza el contacto precoz con la madre dentro de los primeros treinta minutos. Y de inmediato se inicia la lactancia y alojamiento de la madre y el recién nacido.
- Se baña al recién nacido pasadas las 24 horas. Sólo se le baña antes si se contaminó con las heces de la madre.
- Generalmente, el recién nacido es dado de alta junto con su madre; sin embargo, la decisión es individualizada según la evaluación médica.

Se toma en cuenta para dar el alta al recién nacido:

- Signos vitales (respiración, frecuencia cardiaca y temperatura) estables durante las 12 horas anteriores y en el momento del alta.
- Observación y verificación de por lo menos dos sesiones correctas de amamantamiento.
- Que la madre conozca las recomendaciones señaladas, como requisitos para el alta, en la Guía de Lactancia Materna Exclusiva.
- Signos de alarma ausentes.
- Que la madre esté informada sobre los cuidados e higiene del recién nacido y conozca los signos de alarma.
- Que haya recibido la vacuna BCG y Hepatitis B.
- Que se haya realizado la pelmatoscopia.
- Antes del alta del recién nacido, el personal negocia sobre la práctica de algunas costumbres, como el mancornado, buscando hacer que esta costumbre sea más flexible y se use la técnica adecuada.







## IMPLEMENTACIÓN PARA EL MODELO

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	

### **Infraestructura y equipamiento del espacio de acogida o casa materna.**

- Un dormitorio.
- Dos camas. Tomar en cuenta a los familiares (esto depende de la demanda que se espere).
- Un armario donde guarden sus objetos personales.

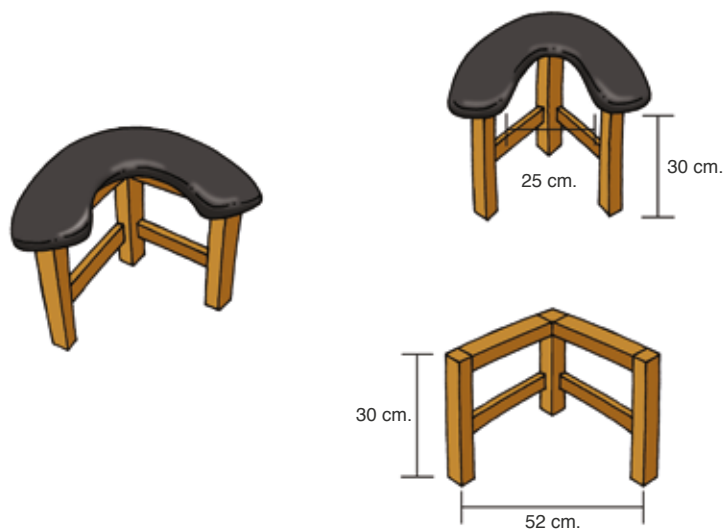
- Lavatorio para ropa, escoba, tacho de basura y recogedor para la limpieza de la casa de espera.
- Una cocina/comedor donde puedan tomar sus alimentos. Debe contar con tulla. En algunos casos cuenta con cocina mejorada y cuida la disposición del fogón y el humo.
- Servicios higiénicos.
- Utensilios habituales en una casa para cuatro personas (mínimo).



## BANCO GIRATORIO PARA PERSONAL



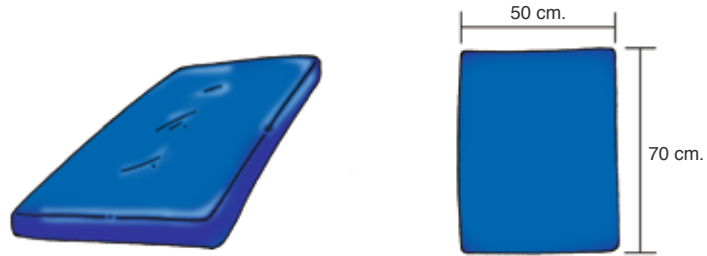
## BANQUITO DE MEDIA LUNA



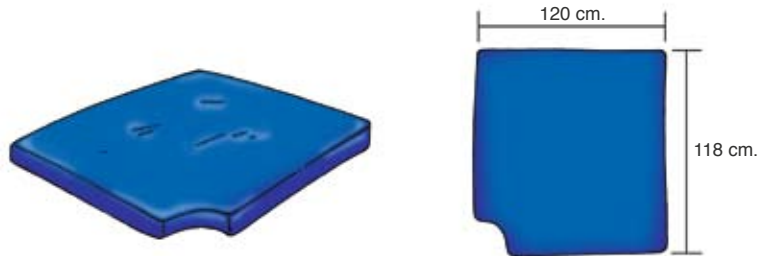
## SILLA PARA EL ESPOSO, EL PARTERO, O ALGUN OTRO FAMILIAR



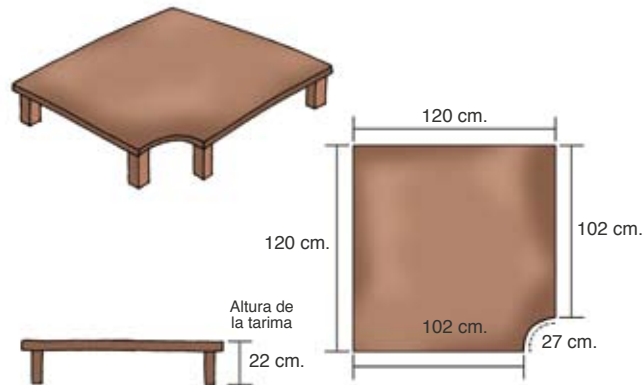
### COLCHONETA PARA PERSONAL



### COLCHONETA PARA PARTURIENTA



### TARIMA



### PELLEJO



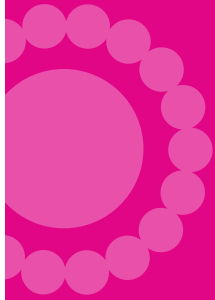




# GLOSARIO



ACS	Agentes Comunitarios de Salud.
ACLAS	Asociación Comunidad Local de Administración de Salud.
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
APAFA	Asociación de Padres de Familia.
DIRESA	Dirección Regional de Salud.
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
EE.SS.	Establecimientos de Salud.
II.EE.	Instituciones Educativas.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MEF	Mujeres en Edad Fértil.



MINSA	Ministerio de Salud.
MMYP	Mortalidad Materna y Perinatal.
PCI	Plan Curricular Institucional.
PEI	Plan Educativo Institucional.
ROP	Responsabilidades Obstétricas Perinatales.
SIS	Seguro Integral de Salud.
SIVICOS	Sistemas de Vigilancia Comunales.
SSL	Salud Sin Límites Perú.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local.
VRAE	Valle de los Ríos Apurímac y Ene.







**ANEXOS**

## CONDICIÓN DE LA PROVINCIA AL INICIAR 2005



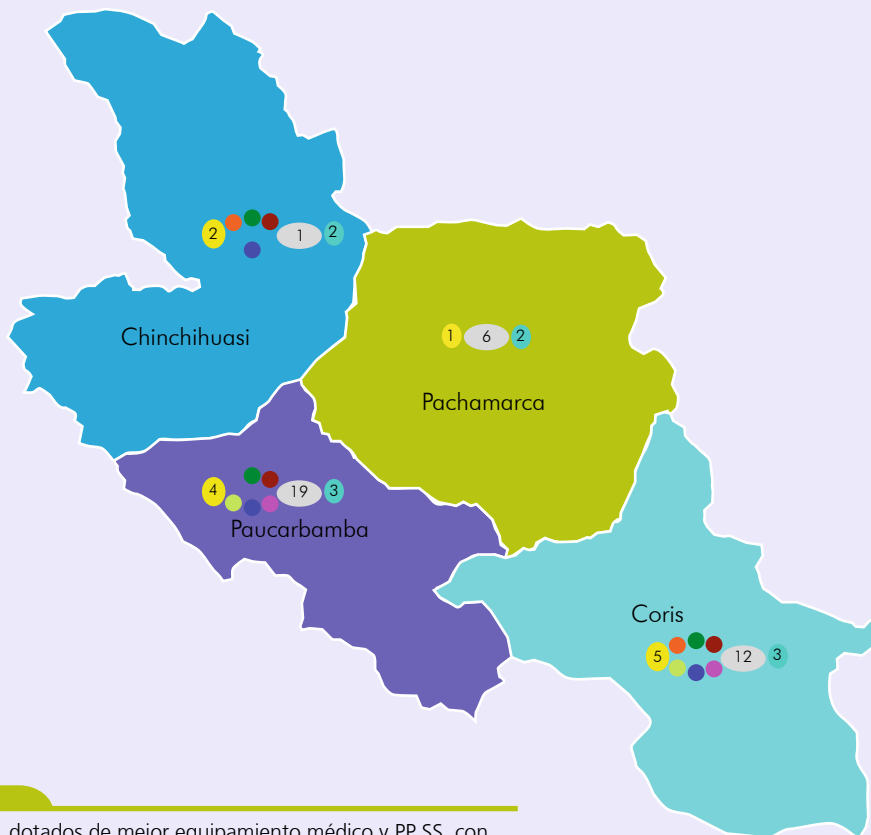
x	• EE.SS. dotados de mejor equipamiento médico y PP.SS. con responsabilidades obstétrico perinatales capacitados.
■	• EE.SS. dotados de radio.
■	• EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil. (cuatro por el proyecto).
■	• EE.SS. autorizados a atender partos.
■	• EE.SS. dotados con sala de partos con adecuación intercultural.
■	• EE.SS. con casa de espera y/o acogida.
■	• Grupos de teatro de ACS y/o PP.SS.
x	• Comités de SIVICOS en torno a un EE.SS.
x	• II.EE. con currículo de SSR y salud materna perinatal.
x	• Especialistas de la UGEL.

## CONDICIÓN DE LA MICRORED CHURCAMP A AL FINALIZAR 2008



x	• EE.SS. dotados de mejor equipamiento médico y PP.SS. con responsabilidades obstétrico perinatales capacitados.
	• EE.SS. dotados de radio.
	• EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil. (cuatro por el proyecto).
	• EE.SS. autorizados a atender partos.
	• EE.SS. dotados con sala de partos con adecuación intercultural.
	• EE.SS. con casa de espera y/o acogida.
	• Grupos de teatro de ACS y/o PP.SS.
x	• Comités de SIVICOS en torno a un EE.SS.
x	• II.EE. con currículo de SSR y salud materna perinatal.
x	• Especialistas de la UGEL.

## CONDICIÓN DE LA MICRORED PAUCARBAMBA AL FINALIZAR 2008



x	• EE.SS. dotados de mejor equipamiento médico y PP.SS. con responsabilidades obstétrico perinatales capacitados.
■	• EE.SS. dotados de radio.
■	• EE.SS. con ambulancias y/o consultorio móvil. (cuatro por el proyecto).
■	• EE.SS. autorizados a atender partos.
■	• EE.SS. dotados con sala de partos con adecuación intercultural.
■	• EE.SS. con casa de espera y/o acogida.
■	• Grupos de teatro de ACS y/o PP.SS.
x	• Comités de SIVICOS en torno a un EE.SS.
x	• II.EE. con currículo de SSR y salud materna perinatal.
x	• Especialistas de la UGEL.





# DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

## Para la formulación y diseño del proyecto.

- Agarwal B, Bare TD, Henriques ML, Mathews I, Chainery-Hesse M, Ariffin J, Ghaid D, Jolly R, McAskie C y Stewart F. (1990). *Engendering adjustments for the 1990s: Report of a Commonwealth expert group on women an structural adjustment*. London: Commonwealth Secretariat.
- Benavides Calderón, Bruno (2001). *Análisis de la mortalidad materna en Perú*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Benavides Calderón, Bruno. *¿Porqué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balances y desafíos*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2001). *Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2000)*. Lima.
- Kaunitz A, Spence C, Danielson TS, RoCHAT RW y Grimes DA. (1984). *Perinatal and maternal mortality in religious group avoiding obstetrical care*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 7, 826-831.
- Maine D, Murat Z. A et Ward V. (1997). *Diseño y evaluación de Programas para mortalidad materna*. Estados Unidos: Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia.
- Maine D, MacCarthy J, et Ward V. (1992). *Guidelines for monitoring progress on the reduction of maternal mortality*. New York: UNICEF.
- Maxwell R. (1984). *Quality assessment in health*. *British Medical Journal*. 288, 6428:1470-72.
- Ministerio de Salud. *Informes anuales*. Lima: Programa de Salud Materno Perinatal. Datos sin publicar.
- Ministerio de Salud. (2002). *Mortalidad materna y perinatal*. Documento de trabajo. Lima.
- Ministerio de Salud. (1999). *Mujeres de negro: La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Ministerio de Salud. (2000). *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Ministerio de Salud. (2000). *Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria. Diagnóstico de necesidades de comunicación*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Ministerio de Salud. (2001). *Análisis de los datos de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud materna - 1998*. Lima: Proyecto 2000 - MINSa.
- Ministerio de Salud. (2004). *Inversiones en la Dirección de Salud de Huancavelica*. Lima: PARSALUD - MINSa.
- OPS/OMS. (1997) *Ejecución y avances del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna: Análisis de la situación actual*.
- OPS/OMS. (2002). *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas*. 36ª Sesión del subcomité de planificación y programación del Comité Ejecutivo de la OPS, 5 de marzo.
- Post M. (1997). *Preventing maternal mortality through emergency obstetric care*. Washington, Issues Paper.
- Rooks J, Weatherby NL, Ernst KM, Stapleton S, Rosen D, et Rosenfield A. (1989). *Outcomes of care in birth centers: The National Birth Center*. The New England Journal of Medicine 321(26):1804-11.
- Tinker A, Koblinsky MA. (1994). *Hacia una maternidad segura*. Washington: Banco Mundial, Documentos para discusión.
- WHO/UNICEF. (1999). *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance notes for potential users*.

**Para el desarrollo, seguimiento y evaluación del proyecto (algunas de ellas figuran también en las diversas publicaciones del proyecto).**

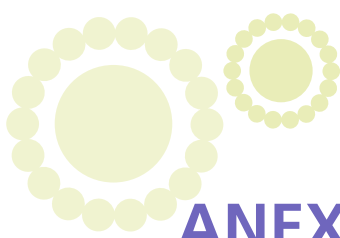
- Arce Casanova, Marta. (1994) *Manual para educadores en salud. Manual de Educación en Salud*. Lima: Asociación Kallpa.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala. (2000). *Manual Capacitando sin Letras*. Guatemala.
- Asociación Kallpa – Tadepa. (2002). *Módulo para educadores de prevención integral*. Lima.
- Barros Sola, Virginia y De la Paz López, Esther. (2000). *Sexualidad Infantil*. Tomos 1, 2 y 3. Madrid: Cultural S. A. de Ediciones.
- Cordero, Ana. (2002). *Me conozco y me cuido. La escuela promotora de la salud*. Guía en Educación Sexual. Séptimo año de Educación Básica. Quito.
- Consejo Nacional De Salud. (2005). *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Lima.
- Davila Medina, Socorro; y Arce Casanova Marta. (1998). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Lima: Asociación Kallpa.
- Diresa Huancavelica. (2005). *Parto con adecuación cultural: Guía de Atención del Parto Vertical*. Huancavelica.
- ESSALUD. (2006) *Guía de Estimulación Prenatal*. Lima.
- Hauser, Hans. (1987). *Manual de la enfermera moderna*. Madrid: Instituto Parramón Ediciones.
- Iglesias, Elena. (1996). *¡Me conozco, me quiero, me cuido! Información sobre sexualidad y prevención del abuso sexual infantil*. Lima: CESIP.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2006). *Módulo de Psicoprofilaxis*. Lima.
- Kitzinger, Sheila. (1989). *Embarazo y nacimiento*. Madrid: Interamericana.
- Mesinas, Carmen; y Ore, Esperanza. (1999). *Educamos para la vida. Guía para la prevención del abuso sexual infantil desde la escuela*. No. 3 Experiencias y vivencias. Lima: CESIP.
- Ministerio de Salud. *Papi y Mami ¡Quiero ser un niño sano y fuerte!* Lima: Programa de Crecimiento y Desarrollo de niños y niñas - MINSa.
- Ministerio de Salud. *ITS Cero Dudas*. Folleto.
- Ministerio de Salud. *El embarazo necesita control. Cuidados en el embarazo*. Lima: Dirección de Salud II - MINSa.
- Ministerio de Salud. *Mamá, si cuidas tu salud me cuidas a mí*. Lima: Dirección de Salud. Control Pre Natal- MINSa.
- Ministerio de Salud. *La planificación familiar nos ayuda vivir mejor*. Lima: Programa de Planificación Familiar, Atención integral de salud del adulto - MINSa.
- Ministerio de Salud. (1997). *Psicoprofilaxis Obstétrica*. Módulos de Capacitación. Lima.
- Ministerio de Salud. (1999). *El Parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2000). *Manual del partero y la partera*. Lima: Programa de Salud Materno Perinatal, MINSa.
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva - Modulo IV*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2005). *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural*. Lima: Autor.
- Plan Internacional. *Cuadernos de Trabajo Salud Sexual con Memo y Mima*. 4to grado.
- Pathfinder Internacional y Ministerio de Salud. (1998). *Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva*. Lima.



- P. Simkin, J. Whalley y A. Kepler. (2001). *Pregnancy Childbirth and the Newborn. The Complete Guide*. Seattle – EE.UU.
- Ramos Irma, Billinghamurst; y Arce, Marta. (2002). *Manual del Facilitador en Salud 4. Planificación Familiar, un Modelo para capacitar a Promotores de Salud*. Lima: CARE PERU y Ministerio de Salud.
- Rodríguez, Lourdes; y Cerón Rodríguez, Magdalena. *Hospital Infantil de México*. México.
- Salud Sin Límites. (2004). *Sistematización de la Experiencia: Modelo del Parto con Adecuación Cultural*. Ayacucho.
- Servindi (2005). *Manual de Capacitación Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción*. Lima: Sinco Editores.
- TADEPA/KALLPA. (2002). *Servicio itinerante de atención integral al adolescente de Huanta*. Educación Sexual Módulo 1. Lima.
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2005). *Módulos de la I Diplomatura para la Salud Materna, mención en Estimulación Prenatal y Psicoprofilaxis Obstétrica*. Lima.
- Vargas Trujillo Elvia y Vargas Trujillo Clara. (1993). *Me respeto 3, Educación Sexual Integral y Vida Familiar*. Colombia.
- Vargas Trujillo Elvia y Vargas Trujillo Clara. (1993). *Me respeto 4, Educación Sexual Integral y Vida Familiar*. Colombia.
- William H. Master; Virginia E. Johnson; et, Robert C. Kolodny. (1987). *La sexualidad humana*. Madrid: Ediciones Grijalbo.
- <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/abuso-sexual.htm> (Revisado mayo 2006).
- <http://www.albebe.com/cgi-bin/albebe/embarazo.10>
- <http://www.abranpasoalbebe.com/cuidadoprenatal>.

#### **Para la formulación de la presente publicación.**

- Consorcio Madre Niño. (2006). *Documento de formulación original del Proyecto “Disminuir las muertes maternas y perinatales en la Provincia de Churcampá”*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2006). *Línea Base del proyecto*. Lima: Gama Gráfica.
- Consorcio Madre Niño. (2006). *Atención integral de la madre y el recién nacido: Guía de Capacitación para el Personal de Salud*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2007). *El modelo de Atención con Adecuación Cultural*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2007). *Manual de Estimulación Temprana y de Psicoprofilaxis en la Gestante*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2007). *Asociación CLAS El Carmen, Promoción de la salud con participación ciudadana para la salud materna y perinatal*. Lima: Gama Gráfica.
- Consorcio Madre Niño. (2008). *Cuadros comparativos entre los monitoreos del 2007 y 2008 con la Línea Base del proyecto*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2009). *Línea de salida y análisis comparativo de la misma con la Línea Base del proyecto*. Lima.
- Consorcio Madre Niño. (2009) *Sistematización de la experiencia del proyecto*. Lima.
- Informes de desarrollo del proyecto para el Gobierno de Navarra; 2005, 2006, 2007, 2008.
- Medicus Mundi Navarra. (2008). *Del dicho al hecho: Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Guatemala.



# ANEXOS EN MEDIO MAGNÉTICO

## 1. EL PROYECTO

- 1.1 Árbol de problemas.
- 1.2 Árbol de Soluciones.
- 1.3 Marco lógico. Cuadro matriz, estrategias, cronograma.
- 1.4 Presupuesto de materiales, insumos, servicios y otros (no incluye personal).

## 2. MATERIALES ELABORADOS

### 2.1 Componente de educación:

- 2.1.1 Material de convocatoria para capacitaciones de docentes.
- 2.1.2 Material de convocatoria para capacitaciones de parteras y promotores de salud.
- 2.1.3 Material de trabajo sobre Embarazo Feliz, instructivo, cartillas y tarjetas.
- 2.1.4 Material de trabajo sobre ablactancia, Miski Miski, instructivo, cartillas y tarjetas.
- 2.1.5 Guía de capacitación para agentes comunitarios de salud (promotores y parteras).
- 2.1.6 Ruleta educativa en Derechos en salud, ruleta, tablero y tarjetas.
- 2.1.7 Ruleta educativa en Responsabilidades en salud, ruleta, tablero y tarjetas.
- 2.1.8 Manual de atención de la gestante y del recién nacido para ACS, Recordando el Paso a Paso.
- 2.1.9 Módulo de Educación Sexual para Nivel Primario.
- 2.1.10 Módulo de Educación Sexual para Nivel Secundario.

### 2.2 Componente de salud:

- 2.2.1 Afiche sobre parto vertical.
- 2.2.2 Afiche sobre cuidados para una maternidad segura y saludable.
- 2.2.3 Afiche sobre vigilancia de la salud de la madre y del futuro bebe.
- 2.2.4 Agenda de los agentes comunitarios de salud.
- 2.2.5 Fichas de plan de parto.
- 2.2.6 Cuaderno de trabajo para agentes comunitarios de salud.
- 2.2.7 Fichas para referencia y contrareferencia.
- 2.2.8 Fichas de registro de actividades para agentes comunitarios de salud.
- 2.2.9 Folleto de cuidados durante el embarazo.
- 2.2.10 Folleto de atención del parto y cuidados posteriores.
- 2.2.11 Díptico de promoción de Sala de Parto con adecuación cultural.
- 2.2.12 Afiche de la semana de la maternidad segura y saludable.
- 2.2.13 Material de convocatoria para encuentros de gestantes.
- 2.2.14 Cartilla para desarrollar los encuentros de gestantes.
- 2.2.15 Díptico en forma de casita sobre maternidad saludable.
- 2.2.16 Díptico en forma de corazón, Lactancia Materna.
- 2.2.17 Afiche - Volante sobre señales de peligro en gestante y recién nacido.

### 2.3 Componente de comunicación:

- 2.3.1 Material de difusión masiva para el Día Internacional de la Mujer.
- 2.3.2 Afiche de invitación para concurrir a los servicios de salud.
- 2.3.3 Calendario – rotafolio.
- 2.3.4 Tríptico de asociación CLAS.
- 2.3.5 Tríptico II de asociación CLAS.
- 2.3.6 Tríptico III de asociación CLAS, Que es un CLAS.
- 2.3.7 Díptico de participación ciudadana.
- 2.3.8 Díptico II de participación ciudadana, Cuando Trabajamos Juntos.
- 2.3.9 Folleto para la participación ciudadana para el Buen Gobierno.
- 2.3.10 Folleto de organización de SIVICOS, Sistemas de Vigilancia Comunal.

- 2.3.11 Folleto de Vigilancia Ciudadana.
- 2.3.12 Folleto contra la violencia sobre la Mujer, día internacional.
- 2.3.13 Folleto II contra la violencia sobre la mujer, No Más Violencia.
- 2.3.14 Folleto sobre Derechos y Responsabilidades en Salud.
- 2.3.15 Díptico Evitemos el Embarazo Precoz.
- 2.3.16 Folleto Evitemos las ITS.
- 2.3.17 Pioner periodistas: 15 cartillas de salud materna y perinatal.
- 2.3.18 ROTAFOLIO - Señales de Peligro en la gestante y el recién nacido.
- 2.3.19 Sociodramas radiales en quechua, cinco spots radiales.
- 2.3.20 Sociodramas radiales en castellano, cinco temas en dos episodios cada uno.
- 2.3.21 Canciones en quechua, salud materna y otros, Estrellitas de Patacancha.

## 3. INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO

### 3.1 Línea de base:

- 3.1.1 Informe de la encuesta general a la población.
- 3.1.2 Informe de las encuestas al personal de salud.
- 3.1.3 Informe de las encuestas a los promotores de salud.
- 3.1.4 Informe de las encuestas a las parteras.
- 3.1.5 Informe de los autodiagnósticos.
- 3.1.6 Informe de las escuelas.

### 3.2 Monitoreo 2007:

- 3.2.1 Análisis del monitoreo de líderes y autoridades.
- 3.2.2 Análisis del monitoreo de agentes comunitarios de salud.
- 3.2.3 Análisis del monitoreo de docentes de primaria.
- 3.2.4 Análisis del monitoreo de docentes de secundaria.
- 3.2.5 Análisis del monitoreo del personal de salud.
- 3.2.6 Análisis del monitoreo de usuarias – gestantes.
- 3.2.7 Análisis del monitoreo de usuarias – puerperas.

### 3.3 Monitoreo 2008:

- 3.3.1 Análisis del monitoreo de líderes y actividades.
- 3.3.2 Análisis del monitoreo de agentes comunitarios de salud.
- 3.3.3 Análisis del monitoreo del personal de salud.
- 3.3.4 Análisis del monitoreo de usuarias.

### 3.4 Cuadros comparativos entre ambos monitoreos con la Línea de Base.

### 3.5 Línea de salida y análisis comparativo de la misma con la Línea de Base.

### 3.6 Sistematización.

## 4. COMPROMISOS Y ACUERDOS PÚBLICOS PARA LA CONTINUIDAD

- 4.1 Acta de compromiso de la red MINSA.
- 4.2 Acta de compromiso de la UGEL.
- 4.3 Acta de compromiso de la Municipalidad.
- 4.4 Acuerdo de compromiso público con los actores locales.

## 5. PUBLICACIONES

- 5.1 El modelo de Atención con Adecuación Cultural.
- 5.2 Asociación CLAS El Carmen, Promoción de la Salud con Participación Ciudadana para la Salud Materna y Perinatal.
- 5.3 Manual de Estimulación Temprana y de Psicoprofilaxis en la Gestante.





# CERRANDO BRECHAS APROXIMANDO CULTURAS

## UN MODELO DE ATENCIÓN MATERNO - PERINATAL

Proyecto finalista del Premio Fundación Abbott 2009



Cooperación Navarra  
al Desarrollo

