



# Salud de la mujer indígena

Intervenciones para  
reducir la muerte materna



# Salud de la mujer indígena

Intervenciones para  
reducir la muerte materna



Banco Interamericano de Desarrollo

© Banco Interamericano de Desarrollo, 2010. Todos los derechos reservados. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

**Cataloging-in-Publication data provided by the  
Inter-American Development Bank  
Felipe Herrera Library**

Cordero Muñoz, Luis.

Salud de la mujer indígena : intervenciones para reducir la muerte materna /  
Luis Cordero Muñoz, Ariela Luna Flórez y María Elena Vattuone Ramírez.

p. cm.

Includes bibliographical references.

ISBN 978-1-59782-110-0

1. Mothers—Mortality. 2. Indigenous women—Mortality. 3. Indigenous women—Health and hygiene—Social aspects. 4. Pregnancy—Complications—Social aspects. I. Luna Flórez, Ariela. II. Vattuone, María Elena.

HV700.L3 C67 2010

362.83 C794—dc22

El diseño y la producción de esta publicación estuvieron a cargo de la Oficina de Relaciones Externas del BID.

© CIDA Photo: Greg Kinch.

Editoras: Ada Piazzese, Paz Castillo-Ruiz y Gabriela Vega.

Autores: Luis Cordero Muñoz, Ariela Luna Flórez y María Elena Vattuone Ramírez.

# ÍNDICE

|  |            |
|--|------------|
| <b>PRÓLOGO</b> .....   | <b>v</b>   |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>1</b>   |
| <b>CAPÍTULO 1. Marco conceptual para el análisis<br/>de los determinantes de la mortalidad materna</b> ..... | <b>3</b>   |
| Modelo conceptual de la salud materno infantil.....  | 3          |
| Determinantes de la mortalidad materna.....  | 13         |
| El factor cultural: marco conceptual para su análisis.....   | 18         |
| El sistema de salud tradicional.....   | 26         |
| <b>CAPÍTULO 2. Delimitación de la magnitud del problema<br/>y análisis de su causas</b> .....                | <b>41</b>  |
| Dificultades planteadas en el medio indígena.....  | 41         |
| Factores culturales y atención obstétrica institucional.....   | 43         |
| Factores que influyen en el uso de los servicios de salud.....   | 59         |
| Caminos causales críticos.....   | 63         |
| <b>CAPÍTULO 3. Intervenciones para reducir la mortalidad materna..</b>                                       | <b>71</b>  |
| Enfoques generales de las intervenciones.....  | 71         |
| Capacidad de respuesta necesaria del sistema de salud.....   | 73         |
| <b>CAPÍTULO 4. Implementación</b> .....  | <b>89</b>  |
| Elaboración del modelo lógico del programa.....  | 89         |
| Implementación de las intervenciones del programa.....   | 94         |
| Atención del parto normal y complicado.....  | 99         |
| <b>CAPÍTULO 5. Monitoreo y evaluación</b> .....  | <b>119</b> |
| El monitoreo del programa.....   | 124        |
| La evaluación del programa.....  | 141        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>157</b> |
| <b>ANEXO 1. Aspectos conceptuales sobre la razón<br/>de mortalidad materna .....</b> | <b>161</b> |
| <b>ANEXO 2. Glosario básico .....</b>  | <b>167</b> |
| <b>ANEXO 3. Herramientas .....</b>   | <b>173</b> |

# PRÓLOGO

El Banco Interamericano de Desarrollo se complace en presentar la guía *Salud de la mujer indígena* como parte de su compromiso con los países de América Latina y el Caribe para ayudarlos a cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 5. Con esta publicación expertos de la región podrán ofrecer servicios de salud materna de mayor calidad y pertinencia cultural. La guía además de contribuir con la ejecución de las políticas operativas del BID tanto sobre Mujer en el Desarrollo como sobre Pueblos Indígenas, busca mejorar la distribución de los beneficios del desarrollo atendiendo a una de las poblaciones más marginalizadas y de menos recursos de la región.

En América Latina y el Caribe los avances en el cumplimiento del ODM 5 han sido insuficientes. El ODM 5 contempla la mejora de la salud materna a través de la reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015. Para medir este objetivo se proponen dos indicadores: la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos de nacidos vivos atendidos por personal de salud especializado. La tasa de muerte materna en la región ascendió a 130<sup>1</sup> por 100.000 nacidos vivos para 2005, frente a 180 en el año 2000, y el indicador de atención por personal especializado para todos los nacidos vivos registra una media regional del 83% para 2005<sup>2</sup>.

La disminución de la desigualdad en salud materna que afecta a las poblaciones indígenas es clave para cumplir con el ODM 5 en la región. Al respecto, las Naciones Unidas señalan que “la mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres: tanto entre países como dentro de ellos”<sup>3</sup>. Los indicadores muestran que la tasa de mortalidad materna se triplica a nivel

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas (2009). *The Millenium Development Goal Report*. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible: [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2009\\_ENG.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf), fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

regional para las mujeres indígenas<sup>4</sup>. En general, los países con mayor presencia indígena presentan los niveles más altos de mortalidad materna en la región. Tal es el caso de Guatemala (2005) y Bolivia (2005) con 290 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, o de Perú y Ecuador con tasas de muerte materna de 240 y 210 respectivamente en 2005<sup>5</sup>. Además, en el interior de los países, la tasa de muerte materna para las mujeres indígenas es significativamente mayor que para las no indígenas. Por ejemplo, en Perú la tasa de mortalidad materna en Lima es de 52 por cada 100.000 nacidos vivos, tasa que se multiplica por 7 para el caso de la región de Puno<sup>6</sup>. En Panamá, con una media nacional de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, las zonas rurales de población indígena pueden llegar a alcanzar una tasa de muerte materna de 658<sup>7</sup>.

Con respecto al indicador de atención por personal especializado para todos los nacidos vivos, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998–1999 de Guatemala, por ejemplo, establece un 17% de partos asistidos por personal especializado para mujeres indígenas frente a un 55% para mujeres no indígenas. En general, los países con mayor presencia indígena respecto al total de la población presentan porcentajes nacionales de nacimientos atendidos por personal de salud especializado menores que la media regional de 87% en 2007. Tal es el caso de Guatemala (41,4% en 2002<sup>8</sup>), Bolivia (65,8% para 2008<sup>9</sup>), o Perú (71% para 2006<sup>10</sup>).

Mejorar la salud materna indígena requiere atender las barreras geográficas, económicas y sociales que se antepone al acceso equitativo de los pueblos indígenas a servicios de salud de buena calidad, y sumar un enfoque

---

<sup>4</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), 2009 Experience with Increasing Access for Indigenous Populations in Latin America. Lessons Larned Nueva York: UNFPA. Disponible: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/Session5\\_nadine\\_gasman.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/Session5_nadine_gasman.pdf). Fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>5</sup> Naciones Unidas, 2009. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas. Base de datos disponible: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>6</sup> Health Affairs, 2009. Dying To Give Birth: Fighting Maternal Mortality In Peru. *Bristol Health Affairs*. 2009; 28: 997–1002. Disponible: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/28/4/997>. Fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>7</sup> Trygve Olfarnes, 2007. Arriesgarse la vida por dar a luz en los bosques tropicales de Panamá. La salud materna entre el pueblo Ngobe. Nueva York: United Nations Population Fund (UNFPA). Disponible: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=949&Language=2>. Fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>8</sup> Naciones Unidas, 2009. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas. Base de datos disponible: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Fecha de acceso: 1/XI/2009.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

de género e intercultural que facilite una buena relación entre el sistema de salud nacional y las mujeres indígenas.

Bajo tales premisas, especialistas en salud y protección social, pueblos indígenas y género, tanto del Banco Interamericano de Desarrollo como de la región, decidieron crear esta guía práctica para mejorar la salud materna indígena, con el objeto de facilitar el trabajo de los diseñadores y ejecutores de proyectos, programas y políticas de salud. Para ello la guía contiene un análisis de la problemática de la salud materna indígena y proporciona instrumentos para limitar o eliminar las barreras culturales, económicas, geográficas y provenientes del servicio de atención que impiden a las mujeres indígenas, sus hijos y sus comunidades en general beneficiarse de los servicios de salud materna.

La guía contó con el apoyo técnico del Grupo de Trabajo Inter-Agencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna<sup>11</sup> y con el apoyo financiero de los gobiernos de Canadá y Noruega.

Para el BID es una satisfacción poder contribuir con este trabajo a los esfuerzos de los países de América Latina y el Caribe tendientes a mejorar las condiciones de salud de las mujeres indígenas. Espera, además, enriquecer prácticas de salud que no sólo tienen consecuencias directas e inmediatas sobre la vida y el bienestar de entre 40 y 50 millones de personas, sino que también contribuyen a lograr sistemas de salud más eficientes, equitativos e inclusivos.

## **Kei Kawabata**

Gerente, Sector Social

Banco Interamericano de Desarrollo

---

<sup>11</sup> El grupo está constituido por representantes de los siguientes organismos: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (en el marco del subsidio LAC-G-00-98-00012), Family Care International, Population Council, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial.



# INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe es un problema de salud pública particularmente grave en el caso de las mujeres indígenas.

Hoy en día existe suficiente evidencia que demuestra que las principales causas de la muerte materna son la hemorragia posparto, la preclampsia o la sepsis y los problemas relacionados con la presentación del feto. Asimismo, sabemos cuáles son las medidas más eficaces y seguras para tratar estas emergencias obstétricas. Para poder aplicarlas, es necesario que la gestante acceda a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria, pero lamentablemente muchas mujeres indígenas no acuden a este servicio por diversas razones, tanto relacionadas con las características geográficas, económicas, sociales y culturales de sus grupos poblacionales, como por las deficiencias del propio sistema de salud.

En los últimos años se han hecho muchos esfuerzos para revertir esta situación, tanto mediante proyectos promovidos por el Estado como ejecutados por organismos no gubernamentales de desarrollo. Estos esfuerzos han tenido, sin embargo, resultados desiguales debido principalmente a la poca adecuación de los proyectos al contexto geográfico y de infraestructura en el que vive gran parte de la población indígena, a sus dificultades económicas para acceder al servicio, su cultura, sus propios conceptos de salud y enfermedad, y su sistema de salud.

Para lograr que estos proyectos se adecuen a las características y necesidades de la población indígena es necesario partir de preguntarse por qué las mujeres gestantes indígenas no acceden o no utilizan los servicios de salud que atienden las emergencias obstétricas. El presente manual tiene como objetivo ayudar a los equipos técnicos de las instituciones de desarrollo no sólo a responder esta pregunta sino a diseñar, implementar, monitorear y evaluar proyectos pertinentes para la reducción de la mortalidad materna en comunidades indígenas.

El manual consta de cinco capítulos en los que se desarrollan tres instancias que corresponden a las etapas de un proyecto: diagnóstico, implementación, y monitoreo y evaluación.

Los primeros tres capítulos apoyan la elaboración del diagnóstico y el diseño de proyectos. Para ello, el manual comienza por presentar el marco conceptual. En segundo término trata los elementos que permiten delimitar

la magnitud del problema y el análisis de sus causas. En tercer lugar analiza posibles intervenciones al respecto. Todas las estrategias recomendadas para la realización del diagnóstico han sido diseñadas a partir de la revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. La etapa de implementación, en el capítulo 4, presenta una serie de sugerencias para la ejecución de las intervenciones priorizadas, las que se sustentan en la experiencia y las lecciones aprendidas por los autores durante la ejecución de programas de reducción de muerte materna y neonatal.<sup>1</sup> Por último, el capítulo 5 presenta la propuesta de monitoreo y evaluación del proyecto, instancia decisiva para mejorar su diseño e implementación.

Tras los cinco capítulos señalados, el manual propone una serie de herramientas que permiten tener en cuenta en el diagnóstico, el diseño y la implementación de proyectos los problemas y soluciones presentados con anterioridad. La herramienta 1 y los mapas que la acompañan permiten determinar la magnitud del problema de mortalidad materna en las comunidades indígenas; con la herramienta 2 y sus mapas, se puede conocer si las características geográficas y de infraestructura constituyen un elemento que dificulta el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud y, si ese fuera el caso, diseñar una red de atención obstétrica para mejorar dicho acceso; la herramienta 3 tiene por objetivo conocer las características de la cosmovisión indígena y su relación con la salud reproductiva para lograr el diseño de servicios culturalmente pertinentes; con la herramienta 4 se conocerá si el factor económico dificulta la accesibilidad de las mujeres indígenas a la atención sanitaria con el fin de identificar soluciones que limiten el impacto del mismo; y finalmente, con la herramienta 5, se podrá conocer la percepción de las mujeres indígenas respecto del servicio de salud materna, así como las adaptaciones necesarias para mejorar la calidad del servicio y su adecuación intercultural.

Todas estas herramientas fueron elaboradas y validadas con grupos focales y entrevistas con mujeres indígenas y agentes tradicionales de salud, como curanderos y parteras.<sup>2</sup> Derivado de este proceso de validación, consideramos que estas herramientas pueden aplicarse en los distintos pueblos indígenas de la región, a pesar de la diversidad inherente a los mismos. Es nuestro deseo que este manual contribuya a desarrollar proyectos que reduzcan significativamente la muerte materna entre las mujeres indígenas. Ojalá lo logremos.

---

<sup>1</sup> La experiencia de los autores comprende, entre otros, la participación en los siguientes proyectos: Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en el Perú (PAR Salud, 2003–2006, BID y Banco Mundial); Diseño del Perfil de la Segunda Fase del Programa PAR Salud (Banco Mundial); Proyecto Salud y Nutrición Básica (Banco Mundial); Exclusión Social en Bolivia (OPS); y Fortalecimiento de Servicios de Salud (BID).

<sup>2</sup> Las herramientas han sido desarrolladas consultando una extensa información secundaria sobre salud relacionada con distintos pueblos indígenas de América Latina y directamente validadas en comunidades de los pueblos quechua, aymara y awajun (Amazonas).

# CAPÍTULO 1

## Marco conceptual para el análisis de los determinantes de la mortalidad materna

Las causas de la muerte materna indígena responden a un complejo problema de salud pública. Su complejidad se deriva de la interacción entre factores económicos, el acceso y la calidad de la atención médica, las creencias y costumbres que rigen el comportamiento de las familias, la dificultad con la que el sistema de salud occidental se relaciona con las poblaciones indígenas y sus diferencias con el sistema de salud tradicional, y las políticas del Estado.

### Modelo conceptual de la salud materno infantil

Basado en el enfoque epidemiológico del ciclo de vida,<sup>1</sup> se ha desarrollado un modelo integral de las causas cuyo punto de partida es no solo el evento de la muerte materna, sino el período entre la concepción, el nacimiento y los 36 meses siguientes.

La trayectoria de vida de una persona desde el momento de su concepción hasta alcanzar los 36 meses de edad es una sucesión de momentos críticos. Es en ese intervalo donde se perpetúan tanto la buena salud como los riesgos y enfermedades. Por ello es importante comprender la relación causal que existe entre los problemas de salud que afectan a la

---

<sup>1</sup> La epidemiología del ciclo de vida se define como el estudio de los efectos que experimenta a lo largo de la vida una persona o una población en su salud o en el riesgo de adquirir una enfermedad como resultado de la exposición a factores sociales y físicos durante la gestación, la niñez, la adolescencia, y la adultez joven y mayor. Para un mayor detalle véanse Hertzman, Power, Matthews, et al. (2001), Graham (2002), Kuh y Hardy (2002), y Ben-Shlomo y Kuh (2002).

gestante y aquellos que se observan en el parto, así como en el neonato y en el niño.

Desde la concepción hasta los 36 meses de edad pueden identificarse cuatro períodos críticos.

### *El primer trimestre de la gestación*

Durante este período, la exposición a determinados factores tiene consecuencias irreversibles para la salud del feto, pues sus efectos se extienden desde el nacimiento hasta la vida adulta.

### *El parto*

Las complicaciones obstétricas ponen en peligro la salud de la madre y del neonato, al extremo de que no solo pueden ocasionar discapacidades de por vida, sino la muerte materna, del recién nacido o de ambos.

### *Los primeros 28 días después del nacimiento*

En este lapso, el neonato experimenta una brusca exposición al nuevo entorno ambiental en los servicios de salud donde ocurrió el parto, así como en el hogar y en la comunidad. Agregada a las exposiciones que previamente experimentó in útero, esa experiencia determina el mayor o menor riesgo de contraer enfermedades, la probabilidad de sobrevivir los primeros siete días y su mayor o menor vulnerabilidad hasta los 28 días de vida.

### *De los 28 días a los 36 meses de edad*

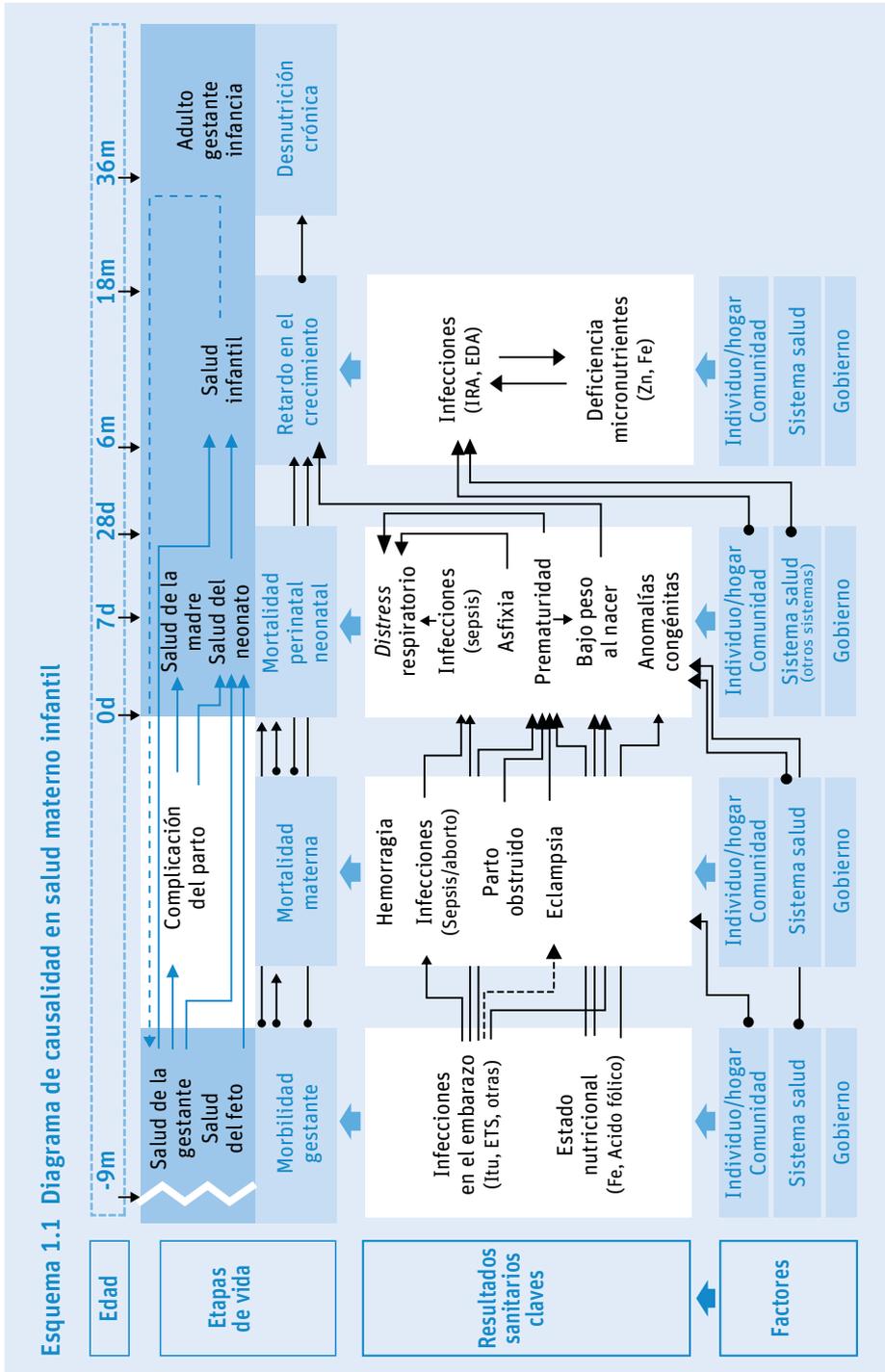
Pasados los 28 días y antes de los 36 meses, empieza a manifestarse el retardo del crecimiento, proceso que se vuelve irreversible después de los 24 meses. Dado que durante esta misma etapa se intensifica la maduración neuronal, esos niños también manifestarán deficiencias en su capacidad cognoscitiva.

El esquema 1.1 ilustra los episodios críticos que pueden ocurrir durante los cuatro períodos mencionados. Dada su interacción causal, esos sucesos deben ser observados, analizados y abordados. En adelante estos se denominarán *condiciones sanitarias clave* y se analizarán por separado.

## *Condiciones sanitarias clave*

### *Durante la gestación*

El *estado nutricional* de la gestante tiene que ser objeto de constante observación, principalmente por la posible deficiencia de micronutrientes como el ácido fólico y el hierro ya que se sabe que la deficiencia de ácido fólico se vincula con defectos del tubo neural (DTN) y la anemia por deficiencia de



## Recuadro 1.1

### La importancia del estado nutricional de la gestante en el primer trimestre del embarazo y su impacto en la salud de la gestante y del neonato

DIFERENTES ESTUDIOS ENFATIZAN LA IMPORTANCIA DEL MOMENTO EN EL CUAL ocurre la deficiencia nutricional, algo que está fuertemente relacionado con las consecuencias en el patrón de crecimiento de los órganos del feto, debido a que cada órgano del feto tiene diferentes patrones de crecimiento.<sup>1</sup> Así, por ejemplo, el hígado, el pulmón y el cerebro expresados como porcentajes del volumen total varían con la edad gestacional, revelando que contribuyen al patrón de crecimiento fetal de manera diferente en distintos momentos de la gestación.<sup>2</sup> La longitud del feto alrededor de las 26 y 28 semanas representa el 70% de la talla al nacer, mientras que el peso para ese momento solo representa el 32%.<sup>3</sup> En el mismo sentido, de los hallazgos antes comentados, otras investigaciones encuentran que la morbilidad neonatal aparece muy fuertemente relacionada con los momentos de mayor ganancia de peso y de crecimiento

<sup>1</sup> Villar, J. & Belizan, J. M. (1982) The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. *Obstet. Gynecol. Surv.* 37: 499–506.

<sup>2</sup> Duncan, K. R., Gowland, P. A., Moore, R. J., Baker, P. N. & Johnson, I. R. (1999) Assessment of fetal lung growth in utero with echo-planar MR imaging. *Radiology* 210: 197–200.

Garden, A. S. & Roberts, N. (1996) Fetal and fetal organ volume estimations with magnetic resonance imaging. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 175: 442–448.

<sup>3</sup> WHO Expert Committee on Physical Status. (1995) The newborn infant. In: *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*, pp. 121–160. Ginebra: OMS.

hierro se asocia con las dos principales causas de mortalidad neonatal: el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer.

Además de estos dos micronutrientes, se ha evaluado la carencia de calcio, cinc, vitamina A, cobre y otros. Existen pruebas de que la deficiencia de calcio se asocia con la preeclampsia y eclampsia de la gestante, y con el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento en el producto de la gestación.

En el recuadro 1.1 se resumen las condiciones (evidencias o pruebas científicas) que respaldan la relación de causalidad entre el estado nutricional de la gestante en el primer trimestre del embarazo y su impacto en la salud del neonato.

intrauterino.<sup>4</sup> Por otra parte, tanto el momento del almacenamiento de los nutrientes (primer trimestre frente al segundo y al tercero) como el lugar donde se almacena en el cuerpo de la madre (subescapular frente a tríceps) influyen en la habilidad para ser transferido al feto. El bajo peso al nacer se asocia más con los cambios que la madre experimenta en el espesor del tejido muscular y con la ganancia inicial de peso que con otras partes del cuerpo y con otros momentos del embarazo.<sup>5</sup> La suplección con nutrientes ha sido y es una de las intervenciones más difundidas en Perú, pero muy poco se ha examinado sobre la oportunidad y duración de estas intervenciones. En un estudio observacional retrospectivo se ha identificado que complementar la nutrición con alimentos que proveen energía (programas de entrega de alimentos) tuvo efectos biológicamente importantes solo cuando se llevó a cabo durante dos embarazos consecutivos, incluyendo el intervalo entre gestación y gestación, pero tuvo un efecto modesto cuando la suplección fue en un solo embarazo.

---

<sup>4</sup> Cuttini, M., Cortinovi, I., Bossi, A. & de Vonderweid, U. (1991) Proportionality of small for gestational age babies as a predictor of neonatal mortality and morbidity. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 5: 56–63.

Villar, J., de Onis, M., Kestler, E., Bolanos, F., Cerezo, R. & Bernedes, H. (1990) The differential neonatal morbidity of the intrauterine growth retardation syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 163: 151–157.

Caulfield, L. E., Haas, J. D., Belizan, J. M., Rasmussen, K. M. & Edmonston, B. (1991) Differences in early postnatal morbidity risk by pattern of fetal growth in Argentina. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 5: 263–275.

Villar, J., Cogswell, M., Kestler, E., Castillo, P., Menendez, R. & Repke, J. T. (1992) Effect of fat and fat-free mass deposition during pregnancy on birth weight. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 167: 1344–1352.

<sup>5</sup> Lederman, S. A., Paxton, A., Heymsfield, S. B., Wang, J., Thornton, J. & Pierson, R. N., Jr. (1999) Maternal body fat and water during pregnancy: do they raise infant birth weight? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 180: 235–240.

Mardones-Santander, F., Salazar, G., Rosso, P. & Villarroel, L. (1998) Maternal body composition near term and birth weight. *Obstet. Gynecol.* 91: 873–877.

Las *infecciones durante el embarazo* son otra condición sanitaria clave que es esencial controlar. Se destacan en primer lugar las infecciones de las vías urinarias (IVU) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). La relación entre la IVU y el parto prematuro se ha establecido sobre la base de estudios clínicos, bioquímicos y microbiológicos<sup>2</sup>. Cada vez es mayor el número de pruebas que indican que el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas (RPM) son desencadenadas por microorganismos presentes en el aparato genital de la gestante y su respuesta a esos agentes.

---

<sup>2</sup> Véase el recuadro 1.2. donde se presenta un resumen de las investigaciones con un detalle de las infecciones y los agentes etiológicos.

Esa relación de causa y efecto se ha comprobado a partir de estudios en los que el riesgo de parto prematuro se ha reducido en gestantes tratadas con antibióticos, aun sin tener síntomas de infección urinaria, pero sí resultados positivos a las pruebas de infección. Otros ensayos similares de tratamiento de un amplio espectro de infecciones como vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea y clamidiasis también han reportado resultados beneficiosos y una reducción del riesgo materno de pielonefritis y de parto prematuro.

En ciertos países y regiones, es necesario incluir la malaria entre las infecciones consideradas porque en esos lugares constituye la causa principal de anemia durante el embarazo.

(Véase el recuadro 1.2, “La relación entre las infecciones durante el embarazo y su efecto en la salud del neonato”.)

### *Durante el parto*

A pesar de que el parto por lo general dura poco tiempo, puede tener consecuencias muy adversas si no se maneja adecuadamente. Durante ese breve período hay cuatro complicaciones principales que ocasionan la muerte materna.

La *eclampsia* es la presencia de convulsiones en una mujer embarazada. Estas convulsiones no están relacionadas con enfermedades cerebrales y generalmente suceden después de la vigésima semana del embarazo. La eclampsia puede ser resultado de la carencia de calcio o de la exposición a infecciones durante el embarazo. Cuando se manifiesta en el último trimestre de la gestación, lleva al desarrollo de una complicación obstétrica de alta letalidad para la madre.<sup>3</sup> Las muertes por preeclampsia o presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la vigésima semana del embarazo pueden ser prevenidas mediante un cuidadoso monitoreo durante el embarazo y el tratamiento con sulfato de magnesio en caso de que se agrave. Si la preeclampsia no responde a este tratamiento, la única opción para evitar el cuadro de eclampsia es adelantar el parto, con lo cual se incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Esta complicación ocupa el segundo o tercer lugar de importancia entre las causas de muerte materna.

Las *infecciones*, específicamente la sepsis, son a menudo consecuencia de una higiene deficiente durante el parto o un aborto, o de infecciones de transmisión sexual no tratadas durante el embarazo. Estas infecciones pueden prevenirse mediante la atención de un parto limpio o el tratamiento antibiótico de las ITS durante el embarazo. Tal como indican la bibliografía

---

<sup>3</sup> Al respecto, algunas investigaciones señalan que la letalidad por eclampsia es alta desde las 20 semanas hasta el puerperio.

## Recuadro 1.2

### La relación entre las infecciones durante el embarazo y su efecto en la salud del neonato

Las mujeres con bacteriuria durante el embarazo, además de correr un mayor riesgo de parto prematuro, tienen entre 20 a 30 veces mayor riesgo de desarrollar pielonefritis (infección en la madre). Por otro lado, aquellas gestantes con diagnóstico de bacteriuria asintomático que recibieron tratamiento antibiótico reducen su riesgo de pielonefritis en un rango del 20% al 35 %.

El parto pretérmino ocurre en 1 de cada 10 nacimientos, sin embargo el 75% de las muertes neonatales y la mayor parte de las admisiones a unidades de cuidados intensivos son por esta causa. Los nacimientos con menos de 28 semanas de gestación requieren de 85 veces más tiempo de servicios médicos y de enfermería que un neonato a término. Los niños con menos de 32 semanas tienen un buen nivel de supervivencia y pueden considerarse neurológicamente intactos, pero acusan problemas de conducta antes de cumplir los 7 años en uno de cada tres casos. Esta morbilidad es más frecuente que cualquier otra discapacidad, y uno de cada cuatro niños nacidos entre la trigésimo segunda y trigésimo quinta semana requiere ayuda durante la edad escolar.<sup>1</sup>

Aproximadamente un 80% de los partos pretérmino se asocia con infecciones intraútero que preceden a la ruptura prematura de membranas.<sup>2</sup> Casi todas las enfermedades de transmisión sexual conocidas, incluyendo sífilis, gonorrea y chlamydia, se asocian con parto pretérmino.<sup>3</sup> Se ha demostrado una reducción significativa en la incidencia de sífilis congénital entre casos diagnosticados y tratados durante la

*(continúa en la página siguiente)*

<sup>1</sup> Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. *BMJ* 2006;332: 937-9.

Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002;360: 1489-97.

Wood NS, Costeloe K, Gibson AT, Hennessy EM, Marlow N, Wilkinson AR. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90: F134-40.

Petrou S, Mehta Z, Hockley C, Cook-Mozzaffari P, Henderson J, Goldacre M. The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *Pediatrics* 2003;112: 1290-7.

Huddy CLJ. Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001;85: F23-8.

<sup>2</sup> Andrews WW, Goldenberg RL, Hauth JC. Preterm labor: emerging role of genital tract infections. *Infect Agents Dis* 1995;4:196-211.

Gibbs RS, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA, Sweet RL. A review of premature birth and subclinical infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1515-28.

<sup>3</sup> Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC, MacKay HT, St Louis ME. Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. *Clin Perinatol* 1997;24:23-41.

## Recuadro 1.2 (cont.)

atención prenatal. La mortalidad perinatal también fue reducida. También se ha demostrado menor riesgo de bajo peso al nacer.<sup>4</sup> Las enfermedades de transmisión sexual contribuyen hasta con el 50% de los partos pretérmino previos a las 30 semanas de gestación.<sup>5</sup> En base a la actual evidencia, las mujeres gestantes que presentan descargas vaginales deben ser evaluadas para detectar vaginosis bacteriana, tricomonas, gonorrea y chlamydia.<sup>6</sup>

Las mujeres con vaginosis bacteriana por bacteroides y mycoplasma hominis tienen riesgo de 2,1 (intervalo de confianza 95% 1,5 a 3,0) veces más de parto pretérmino y bajo peso de sus niños al nacer.<sup>7</sup>

El riesgo de bacteriuria se incrementa con la duración del embarazo, de 0,8% en la semana 12 de gestación a 1,92% al final de la gestación. El riesgo de bacteriuria es más alto entre la novena y décimo séptima semanas de gestación. La semana 16 es el momento óptimo para hacer un examen completo de orina.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Humphrey M, Bradford D. Congenital syphilis: still a reality in 1996. *Med J Aust.* 1996;165:382-385  
Hira S, Bhat G, Chikamata D, et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med.* 1990;66:159-164.

Temmerman M, Gichangi P, Fonck K, et al. Effect of a syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect.* 2000;76:117-121.

<sup>5</sup> Lockwood, C. J. & Kuczynski, E. (1999) Markers of risk for preterm delivery. *J. Perinat. Med.* 27: 5-20.

<sup>6</sup> Locksmith, G. & Duff, P. (2001) Infection, antibiotics, and preterm delivery. *Semin. Perinatol.* 25: 295-309.

<sup>7</sup> Sharon L. Hillier, Ph.D., Robert P. Nugent, Ph.D., David A. Eschenbach, M.D., Marijane A. Krohn, Ph.D., Ronald S. Gibbs, M.D., David H. Martin, M.D., Mary Frances Cotch, Ph.D., Robert Edelman, M.D., Joseph G. Pastorek, M.D., A. Vijaya Rao, Ph.D., Donald McNellis, M.D., Joan A. Regan, M.D., J. Christopher Carey, M.D., Mark A. Klebanoff, M.D., for The Vaginal Infections and Prematurity Study Group Association between Bacterial Vaginosis and Preterm Delivery of a Low-Birth-Weight Infant. *NEJM.* Volume 333:1737-1742. Diciembre 1995. Número 26.

<sup>8</sup> K. Stenqvist, I.; Dahlén-Nilsson, G. Lidin-Janson, K. Lincoln, A. Odén, S. Rignell y C. Svanborg-Edén.

ya la experiencia acumulada de los países que han conseguido reducir la mortalidad materna, para resolver esta complicación es indispensable administrar una combinación de al menos tres antibióticos. Un promedio del 15% de las muertes maternas se debe a esta causa. Sin embargo, cuando se combina con las infecciones resultantes de un aborto, esta causa se ubica inmediatamente después de la hemorragia en segundo lugar de importancia.

La *hemorragia puerperal* se define como el exceso de pérdida de sangre por sangramiento uterino asociado al trabajo de parto o nacimiento. Se define como pérdida de sangre mayor a 500 ml o una cantidad que afecta

Un metanálisis de 19 estudios reportó que el 54% de las mujeres con bacteriuria asintomática tuvo más alto riesgo de bajo peso de sus hijos al nacer y dos veces mayor riesgo de parto pretérmino en comparación con las mujeres sin bacteriuria. Otro estudio reporta un 40% de endometritis posparto en mujeres con bacteriuria, comparado con el 2,2% de las mujeres sin bacteriuria.<sup>9</sup>

En una revisión de 19 estudios clínicos (6.000 gestantes), el uso de antibióticos luego de la rotura prematura de membranas se asoció con una reducción estadísticamente significativa en la corioamnionitis (riesgo relativo [RR]: 0,57; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,37 a 0,86). Hubo una reducción en el número de bebés nacidos dentro de las 48 horas (RR: 0,71; IC 95%: 0,58 a 0,87) y de los siete días de la aleatorización (RR: 0,80; IC 95%: 0,71 a 0,90). Se redujeron los siguientes marcadores de morbilidad neonatal: infección neonatal (RR: 0,68; IC 95%: 0,53 a 0,87), uso de surfactante (RR: 0,83; IC 95%: 0,72 a 0,96), oxigenoterapia (RR: 0,88; IC 95%: 0,81 a 0,96), y ecografía cerebral anormal anterior al alta hospitalaria (RR: 0,82; IC 95%: 0,68 a 0,98). La administración de antibióticos luego de una rotura prematura de membranas está asociada con un retraso en el parto y una reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal. Estos datos respaldan el uso rutinario de antibióticos en la rotura prematura de membranas.<sup>10</sup>

---

Bacteriuria in Pregnancy Frequency and Risk of Acquisition. *American Journal of Epidemiology* Vol. 129, No. 2: 372–379

<sup>9</sup> Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstet Gynecol* 1989; 73:576–82.

<sup>10</sup> Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Material traducido de *The Cochrane Library*, 2006, Número 4. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.)

adversamente a la fisiología materna, como la presión sanguínea y el hematocrito. La hemorragia puerperal se divide en dos categorías: inmediata (dentro de las primeras 24 horas del nacimiento) o retrasada (después de las 24 horas del parto). La hemorragia inmediata es la primera causa de muerte materna. Existen varios tipos de hemorragias inmediatas: las debidas a una atonía, y las vinculadas a desgarros vaginales, cervicales o a la rotura uterina. Esta complicación es imprevisible y de presentación súbita. El sangrado es muy rápido y si no se atiende en menos de dos horas no hay ninguna probabilidad de salvarle la vida a la gestante. El control de la hemorragia

## CUADRO 1.1

## Incidencia y letalidad estimadas de las principales complicaciones obstétricas y sus secuelas en el ámbito mundial, año 2000

| Complicación                            | Incidencia (Porcentaje de nacidos vivos) | Número de casos | Letalidad (Porcentaje) | Número de muertes | Secuelas principales                           |
|---|--|-----------------|------------------------|-------------------|--|
| Hemorragia puerperal severa (> 1000 ml) | 10,5                                     | 13.795.000      | 1                      | 132.000           | Anemia severa                                  |
| Sepsis                                  | 4,4                                      | 5.768.000       | 1,3                    | 79.000            | Infertilidad                                   |
| Preeclampsia/eclampsia                  | 3,2                                      | 4.152.000       | 1,7                    | 63.000            | Eclampsia                                      |
| Parto obstruido                         | 4,6                                      | 6.038.000       | 0,7                    | 42.000            | Incontinencia urinaria, fístula vesico-vaginal |
| Aborto                                  | 14,8                                     | 19.340.000      | 0,3                    | 69.000            | Infertilidad                                   |

Fuente: Abou Zahr, Br Med Bull 2003; 67:1–11.

incluye la administración de medicamentos, el masaje uterino para estimular la contracción y la transfusión de sangre, y en determinadas situaciones requiere la aplicación de procedimientos quirúrgicos como la histerectomía (retirar el útero). En poblaciones como las indígenas, con altas tasas de mortalidad materna, entre el 25% y el 70% de todas las muertes se deben a la hemorragia puerperal.

El *parto obstruido* —tanto la posición anormal del feto como la obstrucción mecánica del canal de parto— requiere atención especializada. Cualquier gestante tiene una probabilidad de complicación de entre el 5% y el 15% de padecer parto obstruido. Este evento es difícil de predecir y su resolución requiere servicios de mayor complejidad. Por los obstáculos físicos y económicos que plantea el acceso a un establecimiento con capacidad de resolver el problema, se incrementa el riesgo de mortalidad materna y también del feto. En promedio, esta complicación origina alrededor del 8% de las muertes maternas.

### En el período neonatal

Como resultado de la exposición a factores de riesgo durante el embarazo y el parto, el recién nacido puede sufrir:

- Asfixia, que se produce por la falta de destreza del profesional que atiende el parto y del personal que primero atiende al recién nacido.
- Prematuridad, cuyo origen se vincula con la exposición a infecciones de la madre durante el embarazo o a su deficiente estado nutricional. Es uno de los estados patológicos más difíciles de tratar y conlleva un alto riesgo de secuelas.
- Bajo peso al nacer, que está estrechamente asociado con la prematuridad aunque puede tener muchas otras causas y es, esencialmente, resultado de las carencias nutricionales que haya experimentado la madre antes del embarazo y durante la gestación. Es un factor que aumenta el riesgo de que el crecimiento se retrase en los primeros años, pero se vincula también con una amplia gama de enfermedades que se expresan a lo largo de la vida.
- Infecciones, que son resultado de un control deficiente a lo largo del embarazo y también de la atención inadecuada durante el parto.
- *Distress* respiratorio, que resulta de la acumulación de riesgos tales como la prematuridad y el bajo peso al nacer cuando es causado por esta última.
- Anomalías congénitas, que se asocian con la falta de ácido fólico antes del embarazo así como en los primeros meses de gestación.

### Después de los 28 días y antes de los 36 meses

En la cuarta etapa, que suele denominarse *infantil*, la sucesión de eventos y factores de riesgo a los que está expuesto el niño se acumulan e incrementan el peligro de infecciones como la diarrea y la infección respiratoria aguda. El fallecimiento de la madre tiene graves consecuencias en la salud del niño, quien además ya no podrá recibir lactancia materna exclusiva. Otras condiciones como el bajo peso al nacer, resultado del mal estado nutricional de la gestante, incrementan el riesgo de atraso del crecimiento.

## Determinantes de la mortalidad materna

McCarthy y Maine (1992 y 1997), en su marco conceptual para analizar los determinantes de la mortalidad materna, parten por reconocer que la muerte es la culminación de una secuencia precisa de sucesos: el embarazo, alguna complicación asociada al embarazo y la muerte provocada por la complicación. Para estos tres sucesos se proponen cuatro categorías de

determinantes de la mortalidad materna: el comportamiento sexual y reproductivo, el estado de salud de la mujer, el acceso a los servicios de salud y otros factores desconocidos. Los tres primeros pueden desglosarse en distintos elementos.

*Comportamiento sexual y reproductivo.* Este incluye el uso de servicios de salud con fines de planificación familiar, control prenatal y atención del parto. Incluye las prácticas tradicionales, el aborto, el número de partos y el estado civil de la gestante.

*Estado de salud de la gestante.* Comprende, entre otros elementos, su estado de nutrición, la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias (como la malaria) y otros estados crónicos, así como la historia anterior de complicaciones durante el embarazo.

*Acceso a los servicios de salud.* Se refiere a factores como su ubicación, calidad de atención e información que se facilita a través de ellos a las usuarias.

En 1994 Thaddeus y Debora Main elaboraron un modelo conceptual para identificar los factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna. Este se conoce como “el modelo de las tres demoras”: demora en decidir cuándo hay que buscar ayuda, demora en llegar a los servicios de salud y demora en la capacidad de respuesta de los servicios de salud. En 1995 MotherCare propuso otro marco conceptual similar al de Main, al que añadió una cuarta demora, la que antecede a la decisión de buscar ayuda, es decir, al reconocimiento de los signos de peligro. Estos dos modelos conceptuales han sido ampliamente utilizados por los programas dedicados a reducir la mortalidad materna.

Como complemento de esos modelos conceptuales y también como resultado de la práctica acumulada, hoy día es fácil encontrar conjuntos de datos basados en la experiencia que pueden consultarse al diseñar programas para reducir la mortalidad materna. Al respecto, es de señalar que:

- Al menos un 15% de las gestantes presentará alguna complicación durante el parto, independientemente de características como su condición socioeconómica, educación, país u origen étnico.
- A pesar del conocimiento y de la tecnología disponible, la mayor parte de las complicaciones obstétricas no se puede predecir ni prevenir. Solo es posible tratarlas y la eficacia del tratamiento depende de que el diagnóstico y la aplicación de la terapia sean oportunos.
- La mortalidad materna puede reducirse si las gestantes que presentan complicaciones obstétricas tienen rápido acceso a servicios de salud con

capacidad para administrar los medicamentos apropiados y realizar procedimientos quirúrgicos como la cesárea.

Como ya se ha puntualizado, en los países con altas tasas de mortalidad materna la principal causa es la hemorragia puerperal, seguida por la preeclampsia o la sepsis y, en tercer lugar, por los problemas relacionados con la presentación del feto. Si bien resulta imposible predecir y prevenir esas complicaciones obstétricas, hace ya varios decenios que contamos con intervenciones eficaces y seguras para tratarlas. Por tanto, el modelo conceptual para abordar la mortalidad materna no debe tener como objetivo establecer por qué mueren las mujeres, sino por qué no acceden a servicios de salud que pueden atender las emergencias obstétricas. De acuerdo con el propósito del presente manual, la pregunta es por qué las gestantes indígenas no acuden o acceden a los servicios de salud capacitados para atender las emergencias obstétricas.

### *¿Por qué las gestantes indígenas no acuden a servicios de salud capaces de atender emergencias obstétricas?*

En términos generales los factores que explican por qué las gestantes no utilizan o no acceden a los servicios de salud con capacidad resolutive se pueden organizar en tres grupos: i) aquellos que son intrínsecos a los individuos, el hogar y sus comunidades; ii) los relacionados con la capacidad de respuesta de los sistemas de salud; y, iii) los relacionados con la capacidad de gobierno y la prioridad política asignada al problema.

En el primer grupo de factores están los referidos a los comportamientos de las personas y aquellos intrínsecos a los individuos (edad, sexo, estilos de vida, alimentación, etc.), las características de los hogares (condiciones de vida, acceso a servicios, condiciones de la vivienda, etc.) y el entorno donde reside la gestante (medio ambiente, dispersión, ruralidad, origen étnico, sistema tradicional de salud, cultura, normas sociales, entre otros).

De este primer grupo de factores, se dispone de suficiente evidencia que demuestra que la cultura y las normas sociales de la comunidad tienen un efecto positivo o negativo no solo en el reconocimiento de los signos de gravedad de las complicaciones obstétricas, sino también en el uso de los servicios de salud y en los cuidados de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

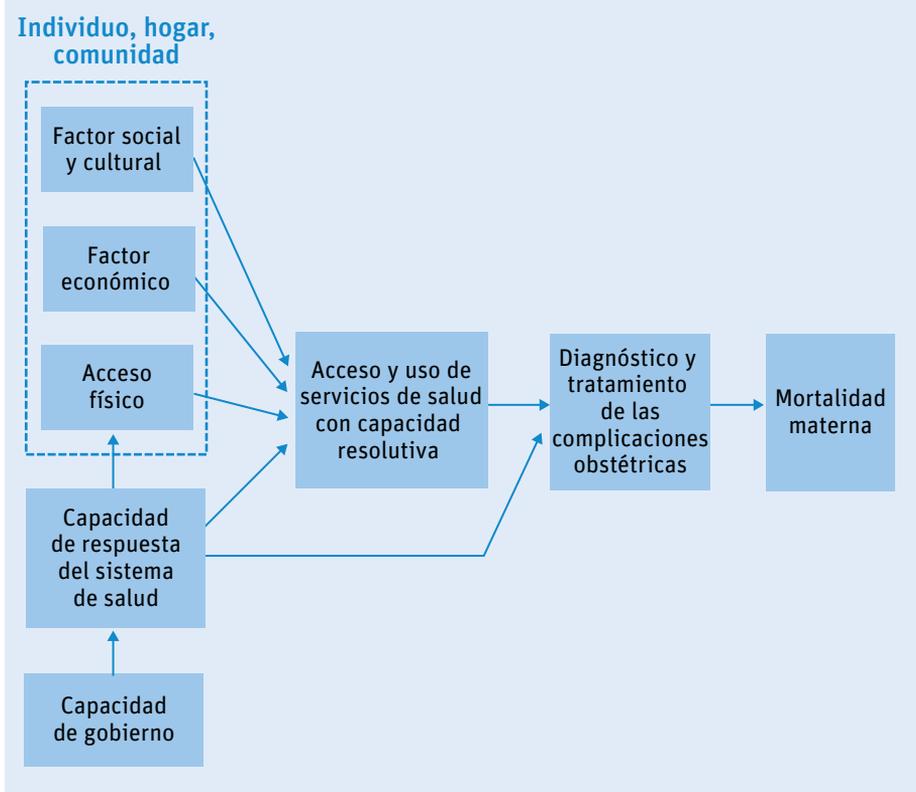
Respecto de los otros dos factores, el económico y el acceso físico, existen numerosas investigaciones que documentan su impacto en el acceso a los servicios de salud con capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas. En relación con el factor económico, los altos costos de referencia, estadía y hospitalización no están al alcance de las poblaciones rurales

e indígenas. En cuanto del acceso físico, un traslado que demande más de dos horas para llegar a un establecimiento de salud con capacidad resolutive básica representa un factor de riesgo de mortalidad materna, puesto que una hemorragia puerperal en dos horas sin atención conlleva la muerte.

En un segundo grupo están aquellos factores que influyen y modifican la capacidad de respuesta de los sistemas de salud disponibles en la comunidad. Podríamos clasificar a estos factores en tres clases:

- a) Los correspondientes a los servicios a través de los cuales los usuarios se relacionan directamente con el sistema de salud, tales como el acceso físico al establecimiento de mayor o menor capacidad resolutive, es decir la distribución geográfica de la capacidad resolutive que el sistema de salud ofrece a los usuarios. Otros factores relacionados directamente con el usuario son la calidad técnica del servicio y las adecuaciones interculturales que la oferta realiza para establecer una mejor relación con los usuarios. También se incluyen aquí los servicios de información, educación y comunicación que el servicio realiza con los usuarios. Finalmente, la continuidad de atención, que es cómo los sistemas de salud tratan de ser eficientes para ofrecer a los usuarios desde los servicios de baja complejidad hasta los de la más alta complejidad. Estas vendrían a ser las variables agregadas del sistema de salud que, a su vez, incluye otras variables que son insumos o procesos.
- b) Los grandes grupos de insumos para ofrecer los servicios salud: equipamiento, infraestructura, recursos humanos y medicamentos. La combinación apropiada de estos cuatro insumos determina mayor o menor calidad técnica en la atención. La competencia técnica para la atención de la complicación obstétrica depende del número de veces por año que el profesional realice la atención de emergencias obstétricas y neonatales, pero a su vez esta variable depende del volumen de la demanda del servicio.
- c) Los determinantes de la disponibilidad de los insumos antes indicados: los grandes grupos de insumos son muy dependientes de altos montos de inversión (infraestructura y equipos) y, en el caso de los medicamentos, no siempre es fácil lograr un eficiente sistema de suministros, con lo cual el costo de oportunidad y el riesgo de pérdida por medicamentos vencidos son muy altos. El alto costo de inversión y la complejidad para gestionar estos insumos tienen un impacto directo en los servicios finales. Desde ese punto de vista hemos considerado tres variables que operan como determinantes de la disponibilidad de los insumos: el costo unitario de la prestación, la capacidad de gestión y de organización de los servicios de salud en el punto de entrega del servicio y, finalmente, la capacidad de financiar el servicio, que depende tanto de los

Esquema 1.2 Modelo conceptual de los determinantes de la mortalidad materna



mecanismos que el Estado adopta para cubrir los gastos de salud como de la capacidad de pago de los usuarios.

En el tercer grupo, está el factor gobierno, reconociendo que el sistema de salud, en su organización, financiamiento y capacidad resolutive, depende de la capacidad que el gobierno y sus instituciones tienen para establecer políticas, mecanismos de priorización, regulación y asignación de los recursos. Este factor es de mayor relevancia en tanto que en muchos países de América Latina se han iniciado procesos de descentralización del sector salud y modernización del Estado.

En el esquema 1.2 puede observarse el diagrama que de la manera más agregada y simple presenta el modelo conceptual de los determinantes de la muerte materna descrito con detalle en los párrafos anteriores.

## El factor cultural: marco conceptual para su análisis

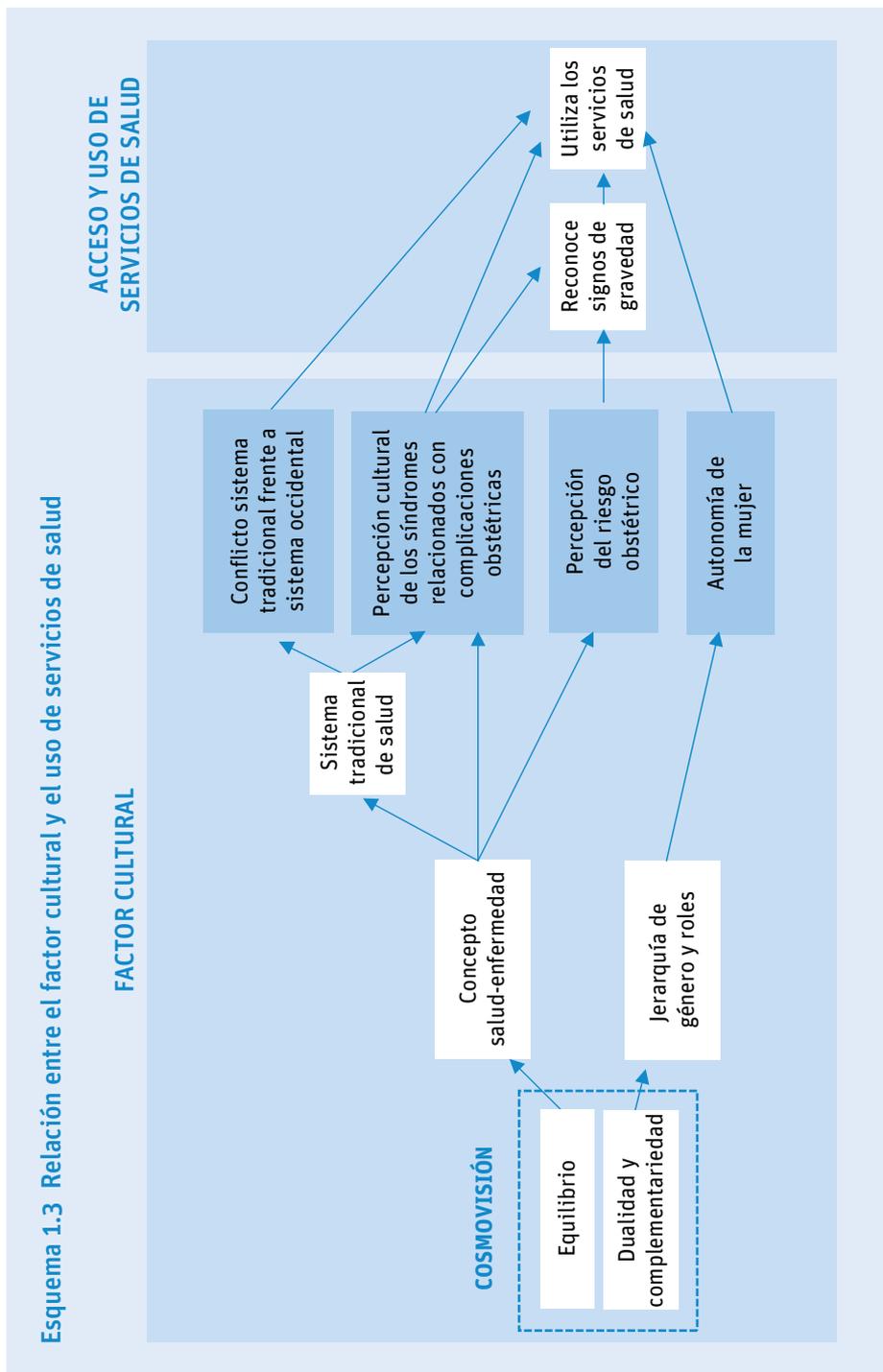
Del marco conceptual presentado en el esquema 1.2 vamos a extraer los elementos *factor cultural* y *acceso y uso de servicios de salud* y los vamos a ampliar según el diagrama que se presenta en el esquema 1.3.

Al lado derecho del gráfico se ubica el *acceso y uso de servicios de salud*, el mismo que aparece desagregado en dos elementos: *reconoce signos de gravedad* y *utiliza servicios de salud*, mientras que en el lado izquierdo se presenta el *factor cultural* desagregado en varios elementos que serán desarrollados más adelante.

En el esquema 1.3 se indican las interrelaciones de causalidad entre los elementos del factor cultural y el uso de los servicios de salud. En él se observa que son cuatro las trayectorias que entran en tensión en las comunidades indígenas y que podrían explicar por qué las mujeres indígenas no utilizan aquellos servicios que resuelven las emergencias obstétricas:

- a) El *sistema tradicional de salud* y *el occidental*, al tener origen en diferentes cosmovisiones, muy rápidamente entran en conflicto. Esta situación se expresa en el trato discriminatorio de parte del equipo de salud hacia los usuarios de origen indígena, generándose en estos últimos una percepción de colisión con su sistema tradicional de salud. Tal falta de comprensión, tolerancia y respeto por parte del personal de salud hacia la cultura del usuario indígena se constituye en experiencias adversas que generan y perpetúan mayor aversión por el sistema de salud occidental.
- b) Las *percepciones culturales de los síndromes* de complicaciones del embarazo y el parto están impregnadas de la cosmovisión indígena y de su manera de entender la salud y la enfermedad. Si bien es cierto que los indígenas identifican con pertinencia la complicación, no siempre reconocen oportunamente la magnitud de la gravedad de las complicaciones obstétricas, como por ejemplo la gravedad de la hemorragia puerperal.
- c) En las comunidades indígenas, el comportamiento reproductivo está influenciado por las expectativas y las normas culturales explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad de la etnia y está relacionado directamente con el prestigio femenino. La *baja percepción del riesgo obstétrico* en comunidades indígenas es resultado de su cosmovisión y de su forma de entender el evento embarazo y parto como un evento natural.
- d) La *autonomía de la mujer* es entendida como la libertad de elección y de acción de la mujer para determinar dónde y con quién atender su parto.

Esquema 1.3 Relación entre el factor cultural y el uso de servicios de salud



Tal autonomía está limitada por la jerarquía de roles de género que se establece a partir de la ruptura del equilibrio intrínseco a los conceptos de dualidad y complementariedad derivados de su cosmovisión.

### *La cosmovisión indígena*

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2006) define a los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe como aquellos que cumplen los siguientes tres criterios:

- Son descendientes de los pueblos que habitaban la región en la época de la conquista o la colonización.
- Cualquiera que sea su situación jurídica o su ubicación actual, conservan, parcial o totalmente, sus propias instituciones y prácticas sociales, económicas, políticas, lingüísticas y culturales.
- Se autoadscriben como pertenecientes a pueblos o culturas indígenas o precoloniales.

Los integrantes de cada uno de estos pueblos están cohesionados por una determinada cultura, una “manera de vivir juntos” según la definición de la Unesco, en la que se comparten valores, costumbres, ideas, percepciones, imágenes, formas de expresión y de comunicación, y otros elementos que conforman la identidad de las personas y de los pueblos. De acuerdo con Bernardo Kliksberg (2000), “la cultura subyace en todas las dimensiones, en todos los planos de una sociedad, y moldea nuestro pensamiento, nuestra imagen, y nuestro comportamiento”.

Para empezar a comprender la dimensión cultural más relevante de los pueblos indígenas, es esencial conocer su cosmovisión, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Incluye su patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones y comportamientos, las relaciones del individuo con los otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza y con los seres espirituales.

Dos conceptos de la cosmovisión indígena son de suma importancia en relación con la salud. El primero es el concepto de equilibrio, es decir el respeto de los humanos hacia la naturaleza o los seres superiores. Cuando este equilibrio se rompe, el ser humano sufre condiciones negativas como la enfermedad o la muerte. Un segundo concepto es el de dualidad y complementariedad, a partir del cual se desprenden los roles de género, lo que a su vez determina la autonomía de la mujer y genera situaciones de crisis que se expresan en maltrato y violencia hacia la mujer dentro del hogar.

### *El concepto de equilibrio*

Para Miguel Díaz (2004) la cosmovisión de los pueblos indígenas se ha originado en sus representaciones, interpretaciones y formas de vida; es decir, cómo una persona representa cierto fenómeno (por ejemplo, el rayo), interpreta su causa (un cambio en la atmósfera o Dios) y cómo utiliza la naturaleza para la vida material (comer, sanarse, alabar a Dios, etc.). Estas tres fuentes, mediante la evolución de la cultura, generan una cosmovisión, que resulta característica y transmisible de generación en generación.

Por ejemplo, en las cosmovisiones aymara y mapuche, la representación del mundo tiene un *más allá*, un *aquí* y un *inframundo*, que cumplen un papel específico en el ordenamiento y la estabilidad de la vida humana. El ordenamiento se consigue respetando ciertas reglas que conforman la costumbre indígena. Dar gracias a los dioses, pedir permiso a la naturaleza, no transgredir las normas naturales y sociales son reglas esenciales que mantienen el equilibrio y la salud. Por eso, cuando no se cumple con esas obligaciones, se rompe el equilibrio entre los humanos y los seres superiores. Como resultado de la corrupción del pueblo, de su desunión y del olvido de sus ritos vendrán la enfermedad, la muerte, las sequías, el granizo, las heladas, inundaciones, etc. Así es como las enfermedades y los elementos atmosféricos adversos son medios utilizados por los seres espirituales para hacer recordar a los hombres el cumplimiento de sus obligaciones y para que corrijan sus inmoralidades e injusticias.

De lo anterior se desprende que el equilibrio es un concepto clave para la cosmovisión indígena. Podemos entender por qué las intervenciones externas sobre la naturaleza y los recursos naturales de sus territorios ancestrales, como la construcción de represas y la sustitución del bosque nativo por plantaciones forestales, se perciben como alteraciones brutales del equilibrio en el que ellos están inmersos. Por ende, cualquier proyecto de desarrollo de los pueblos indígenas debe comenzar por entender los elementos específicos de sus cosmovisiones para luego conocer los principios éticos y morales de su relación con la naturaleza.

### *Dualidad y complementariedad*

Un segundo concepto de la cosmovisión indígena, asociado fuertemente con el equilibrio, es el de dualidad y complementariedad. La cosmovisión indígena considera que la vida es un ciclo y el mundo, una acumulación de dualidades. “Todo el universo se rige en términos de dualidad como el cielo y la tierra, la felicidad y la tristeza, la noche y el día, que se complementan: el uno no puede estar sin el otro”, en las palabras de María Estela Jocón, de la Asociación Política de Mujeres Mayas (CEIMM, 1995). Esta visión de las dualidades como opuestos complementarios conforma una unidad cosmogónica compleja, lo que permite que *la alteridad* (o *el otro*)

tenga cabida e incluso sea necesaria para mantener la estabilidad, la identidad y la unidad; es decir, que sea necesaria para la existencia misma de la comunidad.

Entre ambos extremos de la dualidad se encuentra el centro. Ni los extremos de la escala ni tampoco su centro son cualidades absolutas, sino que dependen de una multitud de factores. Se trata de conceptos relativos, variables y de ningún modo exactos. De esta manera, las mujeres indígenas entienden la dualidad entre el hombre y la mujer como una complementariedad entre ambos, así como entre el ser humano y la naturaleza; es la relación entre esos elementos y su interacción (CEIMM, 1995).

Para la intelectual aymara María Eugenia Choque, la complementariedad del hombre y de la mujer en el mundo andino tiene su expresión más importante en la formación de la pareja. Así, en la cultura aymara, nadie, ni hombre ni mujer, adquiere la condición de persona adulta y socialmente plena, si no ha sido reunida por la sociedad con su pareja, completando la unidad de la persona social.

Iván Ignacio (2006) resalta la importancia de la dualidad:

Es imprescindible e imprescriptible en el mundo andino, y adquiere un carácter sagrado porque constituye el nudo vital que garantiza la reproducción sin dolor, el crecimiento y desarrollo en equilibrio, la fuerza que guía el horizonte del *suma thaki* (buen camino), en camino, a través del cual nos impregnamos de la energía y vibración que armoniza y posibilita nuestro arribo al *suma qamaña*, es decir, el vivir bien. Esta dualidad, aplicada al género humano, en el mundo aymara la llamamos *chacha-warmi* (hombre-mujer), o *yanatin* en el mundo *qhiswa* [...] En esta visión del mundo, la *Pacha* es la estructura, es energía, es tiempo y espacio que ordena el cosmos. En la *Pacha* se asientan armónicamente todos los elementos del universo. Esta armonía se da por su ordenamiento dual femenino-masculino, un par con cualidades opuestas pero no antagónicas, una especie de confrontación proporcional, con principio de correspondencia, pero siempre complementándose y formando la unidad. El hombre y la mujer, pese a tener cualidades y roles diferentes, siempre necesitan complementarse para asegurar el *suma qamaña*, ya sea en el trabajo, la crianza de los hijos, etc. Su dinamicidad se da por su carácter recíproco.

### *Jerarquía y desempeño de los géneros*

Los papeles que deben desempeñar el hombre y la mujer en el interior de la familia y la comunidad como condición indispensable para transitar por el buen camino surgen del concepto de dualidad y complementariedad. En palabras de Ignacio (2006):

Esta visión de pareja implica familia en general, y esto exige desarrollar la capacidad de organización y trabajo en todos los niveles de responsabilidad de la comunidad, del *Ayllu* (comunidad), del *Suyu* (región), de la *Marka* (pueblo, aldea), y si esto se cumple, quiere decir que se transita por el *suma thaki*, y con esto se gana también el prestigio y respeto [...] En la familia, en la comunidad, en la dualidad y en la complementariedad la mujer tiene un rol vital, amplio y diverso, que aunque no se refleja fuertemente en el ámbito público, tiene mucho que ver en la definición de la identidad, mucho más allá de la cultura y sus expresiones artísticas, artesanales, de música y danza. Pues la cuestión identitaria está implícita en la cosmovisión andina como *un todo* necesariamente interrelacionado. La mujer [...] es conocida en la historia como [...] sembradora de la complementariedad con lo opuesto tanto como madre, esposa, educadora, diseñadora de sus trajes, trabajadora en joyas, como guerrera en época de guerra, transmisora cultural, terapeuta familiar, ordenadora, practicante devota de la espiritualidad, etc.

A ello Angela Meentzen (2001) agrega que esta división de funciones entre los géneros, en muchas sociedades indígenas está muy marcada “por la vestimenta, los roles y habilidades, y las tareas definidas como femeninas o masculinas. En muchos pueblos indígenas la identidad femenina está fuertemente vinculada a la relación con la tierra y la fertilidad, así como con habilidades y espacios específicos considerados femeninos o, dicho de otra manera, espacios de poder femenino específicos”.

Esta identidad femenina vinculada a la tierra y fertilidad asigna a la mujer la responsabilidad o la función de reproducción, tanto física como social, en la comunidad. “La función de reproducción biológica se cree exclusiva de las mujeres y, por consiguiente, las funciones de reproducción social también se les asigna” (CEIMM, 1995).

*Reproducción social:* Como cuidadoras de la cultura o inventoras de la tradición, se espera que las mujeres vigilen la moral y el cumplimiento de valores y prácticas, y que decidan sobre las innovaciones. Mientras más grande sea la distancia de las mujeres frente a las normas y reglas, y mientras más opciones de negociación se perciban para evadirlas, más fuerte puede volverse la presión social o la fuerza usada para hacerlas cumplir, incluso hasta llegar a la violencia (Meentzen, 2001).

*Reproducción biológica:* En el seno de sus comunidades, las mujeres se asocian con “la fuente existencial de todo lo existente. Se refleja que la sexualidad femenina, o sea la forma como las mujeres perciben y viven su cuerpo, tiende a estar restringida a la maternidad y por lo tanto la maternidad es considerada

en muchos casos como el elemento central en la conformación del contenido y la identidad del ser mujer. Entre algunos pueblos indígenas, la mujer que no ha parido hijos no ha alcanzado el estado adulto” (Hernández, 1992).

El tema de la planificación familiar provoca la división de opiniones entre la población indígena, es decir, entre aquellos que lo consideran un derecho hasta los que lo califican como “otro invento del mundo occidental [...] para romper con los patrones del mundo indígena” (CEIMM, 1995). Los principales argumentos de esta última posición son los siguientes:

- ▶ Los pueblos indígenas siempre han sido muy numerosos, lo que les ha permitido sobrevivir, porque era una garantía de la permanencia, generación por generación.
- ▶ Los pueblos indígenas han tenido históricamente acceso a prácticas anticonceptivas y abortivas, “el conocimiento de dejarte sin tener más hijos si tú lo quieres, e incluso de tener un varón o una mujer” (CEIMM, 1995).
- ▶ La supervivencia de los pueblos indígenas prueba que la planificación de salud reproductiva ha sido muy eficiente.

La división de opiniones respecto de la planificación familiar expresa actitudes distintas frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer en las poblaciones indígenas. Ello se refleja en la diversa gama de la fecundidad: el mayor o menor número de hijos o hijas, la distinta edad de inicio de la vida reproductiva y el mayor o menor tiempo de espaciamiento entre embarazos. Esa amplitud de expresión de la fecundidad es consecuencia de la interacción de numerosas variables fisiológicas, psicológicas, culturales, sociales y económicas que, según Gálvez, Arias y Álvarez (1994), están enmarcadas en las posibilidades reales de las mujeres en la sociedad de acceder a diversas funciones, diferentes de la reproducción y de la crianza de los hijos (Arias-Valencia, 1994).

### *Crisis de los conceptos de equilibrio y dualidad*

Entre las mujeres indígenas existe la percepción de que, antes de la conquista, existía una relación de equilibrio entre hombres y mujeres. De hecho, las mujeres indígenas señalan de forma reiterativa que, antes de la invasión española, se consideraba que las mujeres tenían los mismos derechos que los hombres y una carga de trabajo igual que la de ellos.

Sin embargo, de acuerdo con la bibliografía revisada, hoy en día existe consenso entre las mujeres indígenas, por ejemplo entre las de Perú, acerca de que en el interior de sus comunidades se manifiestan la discriminación y el maltrato del hombre hacia la mujer. En ellas actualmente se observa el mismo tipo de maltrato hacia las mujeres que existe en el resto de Perú.

Sin embargo, las mujeres indígenas sostienen que esa situación no refleja su verdadero modo de ser. Según una indígena peruana (CEIMM, 1995), “el machismo, el maltrato, la falta de respeto y la marginación de las mujeres indígenas constituyen una nueva invasión cultural que nos perjudica y que nuestros hombres aceptan porque tienen una mente estrecha y se avergüenzan de mostrar nuestra realidad, que es mucho más digna”.

A ello se agrega la poca autoestima que se tienen las mujeres. Así, “según un informe del BID sobre los resultados de talleres de consulta a mujeres indígenas en los países de Guatemala, Panamá, Perú y Bolivia, es impactante que todas las mujeres consultadas coinciden en que ellas, como mujeres, tienen menos valor que los hombres al interior de su cultura, y que su aporte, sus habilidades y conocimientos sufren un proceso de desvalorización al interior de sus propias culturas indígenas. Sin embargo, lo peor es que ellas mismas han interiorizado su “poca valía”, la poca valorización de su aporte” (CEIMM, 1995).

¿Qué ha pasado, entonces, con los principios de dualidad y complementariedad? ¿Qué se ha hecho del equilibrio que regía la relación entre hombres y mujeres? Puede decirse que también existe la opinión unánime de que la conquista y posteriormente la colonización sufridas por los pueblos indígenas fueron responsables de que todos sus principios se trastocaran y fueran reemplazados, en la práctica, por actitudes machistas y de maltrato hacia la mujer. Los procesos de conquista y colonización a los que han sido expuestos los pueblos indígenas despojaron a las mujeres del prestigio y poder que tenían (Meentzen, 2001). Antes, ellas contaban con conocimientos para curar y servían de intermediarias entre los espíritus y los seres humanos. Sin embargo, la ruptura de la organización comunal y la expropiación de sus territorios redujeron la seguridad de que gozaban.

En la vida de la mujer, las distintas manifestaciones del maltrato a menudo se hacen presentes durante la gestación, el parto y el puerperio. Durante la gestación, las mujeres continúan sus actividades cotidianas, tanto en la casa como en el campo, a pesar de que saben que deben guardar ciertas precauciones como, por ejemplo, la restricción del esfuerzo físico. Sin embargo, debido a la sobrecarga de trabajo de las mujeres indígenas, los cuidados pautados culturalmente se cumplen solo de forma mínima (Ministerio de Salud del Perú, 1999), a pesar de que las mujeres tienen conocimiento de que el esfuerzo físico excesivo puede producir complicaciones durante el parto.

El mismo fenómeno se observa en el puerperio, etapa en la cual las reglas culturales obligan al esposo a ofrecerle cuidados especiales a su esposa. Es decir, para poder disminuir los riesgos de salud del embarazo, parto y puerperio, se necesita la ayuda efectiva del esposo y de la familia. Sin embargo, el cumplimiento de esas pautas es muy limitado, lo que podría obedecer tanto al empeoramiento de las condiciones de vida en las zonas

rurales y al desarrollo de actitudes machistas en el varón, como también al debilitamiento de las prácticas colectivas de ayuda mutua, todo lo que se traduce en un aumento del riesgo reproductivo.

A ello debe agregarse que ciertos estudios sobre la mortalidad materna revelan que las decisiones sobre el cuidado de la gestante y el recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio son tomadas por personas que no siempre son las que más valoran a la mujer (Ministerio de Salud del Perú, 1999). Como consecuencia, en una situación de emergencia obstétrica, no siempre se reacciona con la celeridad debida. Este tipo de maltrato hacia la mujer originado en la jerarquía de género genera complicaciones como el aborto.

### *Conceptos de salud y enfermedad*

La cosmovisión indígena concibe la salud como un bienestar integral. Por ejemplo, varios líderes y participantes indígenas de Ecuador indicaron que salud es la coexistencia armoniosa del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con sus semejantes, un bienestar integral que apunta hacia la felicidad y la tranquilidad del individuo y de la sociedad. En otras palabras, la salud incorpora varios paradigmas y se expresa en relaciones dinámicas entre componentes inseparables: primero, de lo individual, que es físico, mental, emocional y espiritual; y segundo, en lo colectivo, que es ecológico, político, económico, cultural, social y también espiritual.

Desde la perspectiva indígena, la enfermedad resulta de un desequilibrio en la situación de salud. Independientemente de la causa —ya sea la maldad ajena, el microbio, la caída de un palo, el veneno de una serpiente, la desaparición de los animales u otra— el origen de la enfermedad debe buscarse en el mal funcionamiento de las relaciones con el mundo de la naturaleza, con el propio espíritu o con las otras gentes (Alcock, 2001). Es por ello que la atención a problemas de salud no se centra en la curación de los síntomas, sino en la restauración del equilibrio con la naturaleza (Flores-Guerrero, s/f; Deruyttere, s/f).

### **El sistema de salud tradicional**

“En las culturas indígenas iberoamericanas el concepto de salud es predominantemente holístico. El sistema de salud es entendido como el funcionamiento armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona, el cual, además, está en armonía con el medio ambiente sociocultural y natural” (Flores-Guerrero, s/f).

“La visión holística de las poblaciones andino-amazónicas recrea una exaltación a la vida, donde el mundo se genera y regenera permanente-

mente. Ya en épocas prehispanicas se consideraba a la muerte como el nacimiento en otra vida y la continuidad de la existencia. Esto motivó que el embarazo, parto y puerperio sean vistos con un profundo respeto” (Regan, 1993; Frisancho, 1999). “Un evento tan significativo como este posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo determinado. En este contexto, el parto trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural” (Medina y Mayca, 2006).

### *¿Qué es la percepción cultural de un síndrome?*

A partir de la cosmovisión de salud y enfermedad específica de cada pueblo indígena, estos conciben una interpretación de los síndromes, o lo que Cárdenas Timoteo explica como los “síndromes culturalmente contruidos”, es decir, “complejos sintomáticos culturales [que] caracterizan un estado morbo que un grupo cultural alega sufrir y para el cual su cultura proporciona premisas culturales, procedimientos de determinación y formas de cura” (Cárdenas Timoteo, 1989). Para Flores-Guerrero (s/f), “diversos grupos sociales y culturales reconocen una enorme heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas [a partir de las cuales] se han desarrollado complejos sistemas de tratamiento, sanación y cura. Es casi un fenómeno universal encontrar, en todas las sociedades, sistemas más o menos complejos de cuidado de la salud, desarrollando determinadas creencias, costumbres, especializaciones y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar dolencias”. El autor señala:

Los términos salud/enfermedad enmarcados en los sistemas de salud indígenas comprenden un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos —sean explicables o no— relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Habitualmente el hombre indígena se siente rodeado de un número considerable de fuerzas que no controla ni conoce, y que lo acechan de forma constante, poniendo en peligro su salud e integridad física. Este conjunto integrado de conocimientos explica los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, y se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de las comunidades.

Los pueblos indígenas iberoamericanos han desarrollado desde tiempos ancestrales un conjunto de prácticas y conocimientos muy complejos y bien estructurados. La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas en sus hábitats respectivos, las que son parte

integral de su cultura y lo cotidiano. Sus categorías y usos se entrelazan con lo mágico y religioso de su propia cosmovisión. Los terapeutas tradicionales son los especialistas en el conocimiento médico. Las normas y conceptos generales de los sistemas médicos indígenas son conocidos a nivel comunitario. En muchos casos sus prácticas y terapias pueden ser administradas, bajo condiciones adecuadas, en un ambiente familiar; en otras, por el contrario, requieren la intervención de especialistas.

A este conjunto integrado de conocimientos y prácticas, incluidos los actores que las ejercen, llamaremos genéricamente sistema tradicional de salud, en coincidencia con la OMS, que plantea que los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna.

La OMS también reconoce la importancia de la medicina tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y la define como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (Medina y Mayca, 2006).

Además, los sistemas de salud indígenas no tienen por función social solamente prevenir y restablecer la salud, sino que a su vez refuerzan la cosmovisión y el patrimonio cultural del que provienen. Los sistemas de salud son un elemento fundamental del patrimonio cultural en tanto ámbito nuclear del conocimiento colectivo de un pueblo (García, 2000).

### *La etiología de las enfermedades<sup>4</sup>*

Respecto de las causas o del origen de las enfermedades, en términos generales puede establecerse que en el sistema de salud tradicional hay cuatro niveles explicativos: 1) las causas naturales, 2) las causas sociales, 3) las causas calendáricas y 4) los agentes divinos. La mayoría de las veces, estos grupos causales no operan de manera exclusiva, sino que a menudo interactúan para producir una enfermedad, por lo que se puede decir que se mueven dentro de un marco de referencia de gran complejidad.

---

<sup>4</sup> Este apartado sobre la etiología de las enfermedades proviene del trabajo de Enrique Eroza Solana “Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena”. *Alteridades*, año 6, núm. 12, 1996, pp. 19–26. Departamento de Antropología, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

### *Causas naturales*

Este tipo de causas se refiere a factores que enferman a las personas, es decir que afectan directamente a su estado fisiológico, como las condiciones climáticas o la calidad de los alimentos. También pueden incluirse en esta categoría los accidentes que producen daños del aparato locomotor, o sea, lesiones osteomusculares.

### *Causas sociales*

En este caso, desobedecer las normas de la colectividad acarrea el riesgo de sufrir ciertos padecimientos. Esta penalidad se justifica entendiendo que una conducta personal ha afectado a la vida social. Ejemplos de ello serían el incumplimiento de prestaciones estipuladas en un contrato matrimonial, una transgresión sexual, algún procedimiento técnico mal aplicado, o bien negarse a cumplir con determinados cargos religiosos.

### *Causas calendáricas*

En esta categoría, la morbilidad se explica por la influencia que tienen sobre la salud determinados períodos de tiempo y sus combinaciones en relación con sus diferentes escalas o con la posición de los astros. Desde ese punto de vista, es posible que ciertos días de la semana resulten especialmente peligrosos —para causar un daño específico a la salud de una persona en particular— si se combinan con una determinada estación del año y una especial disposición de los astros.

### *Agentes divinos*

La voluntad de los dioses y de diversos seres sobrenaturales también es susceptible de afectar la salud. Esta se manifiesta en respuesta a faltas cometidas por los hombres que causan el enojo divino; entre ellas, el incumplimiento de ofrendas prometidas o algún acto perjudicial hacia un lugar sagrado.

En la medida en que son símbolos de la naturaleza, los dioses actúan de manera ambigua. Pueden beneficiar o perjudicar a los seres humanos. En estos términos, su propensión a causar enfermedades no siempre responde a causas precisas, lo cual se acepta con la idea de que la voluntad divina es, como la naturaleza misma, caprichosa. Expresa el carácter dicotómico que ha dado lugar a la concepción dual del universo y que, entre un sinnúmero de dualidades, se divide entre las cosas de calidad fría y las de calidad caliente por lo que, en conjunto, las diversas causas de la enfermedad también se codifican mediante la taxonomía del sistema frío y calor.

Las enfermedades pueden distinguirse también por su patogenia, que se expresa en el grado de peligro que representan y los tipos de agentes y recursos que hay que emplear para superarlas (Ministerio de Salud del Perú, 2002):

- ▶ *Enfermedades que pueden ser curadas por el personal de salud.* Suelen ser leves. Tienen una causa evidente como picaduras, golpes o cortaduras, o cursan con un proceso patógeno presuntamente natural como diarrea, parásitos o gonorrea, por ejemplo. Es probable que cedan ante la efectividad de los remedios químicos como sucede con la fiebre, una infección, la tuberculosis o enfermedades respiratorias, y que resulten poco manejables por los sanadores, como es el cáncer de útero, o requieran de alguna intervención quirúrgica. De cualquier modo, puede ser que los agentes etiológicos o los procesos patógenos no sean naturales o actúen juntamente con otros agentes o procesos no naturales.
- ▶ *Enfermedades que se pueden curar con vegetales.* Incluyen algunas percepciones culturales de los síndromes, como el *raté*. Frecuentemente, la enfermedad se genera debido a cambios de temperatura, frío, calor, humedad o viento, o problemas derivados de la alimentación.
- ▶ *Enfermedades que requieren la intervención de sanadores.* Su explicación obliga a acudir a la cosmovisión indígena. Se trata de los casos más graves en los que la acción del personal de salud no es efectiva.

Por último, las enfermedades pueden ser distinguidas según su rareza o singularidad:

- ▶ *Enfermedades conocidas.* Cada vez hay más enfermedades conocidas y controlables por el personal de salud; es decir: se conocen las causas, el tratamiento, el desarrollo probable, los efectos y otros detalles.
- ▶ *Enfermedades raras o desconocidas.* También hay un número creciente de enfermedades que aparecen sin que se conozcan las causas ni sus características epidemiológicas. Suelen generar mucha angustia. Se atribuyen a las graves alteraciones del medio ambiente producidas por pescadores, colonos, poblaciones urbanas y trabajadores de diversas industrias, por ejemplo, los madereros.

En general, el conocimiento de los conceptos de salud y enfermedad, equilibrio y desequilibrio, la percepción cultural de los síndromes y la etiología de las enfermedades según el sistema de salud tradicional permitirá comprender las razones de los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud que practican las poblaciones indígenas. Puede así promoverse un enfoque intercultural de la salud. En el apéndice 1.1, que se encuentra a continuación, se presenta un conjunto de ejemplos de los cuidados que las mujeres de distintos pueblos indígenas ejercen durante la etapa de la gestación, así como aquellas prácticas que se aplican en el momento del parto.

## Apéndice 1.1

### Ejemplos de prácticas del sistema tradicional de salud indígena durante la gestación y el parto

Debido a la diversidad de culturas indígenas de América Latina y el Caribe, existen distintas concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio y, por lo tanto, diferentes prácticas de cuidado y de atención. A continuación se detallan algunas de ellas.<sup>5</sup>

#### *Cuidados durante el embarazo*

- Durante el embarazo las mujeres gestantes quechuas y aymaras de Puno (Perú), evitan cargar peso, hacer trabajos arduos en la chacra, exponerse al calor y al frío, beber alcohol.
- Las aymaras agregan que es riesgoso coser, ovillar o tejer porque puede *tejerse o coserse la matriz* y complicar el parto. Tienen que alimentarse bien, tomar mates calientes (zona aymara) y hacer ejercicios (zona quechua).
- En el caso de las gestantes quechuas de Andahuaylas (Perú), “las buenas relaciones familiares y conyugales favorecen el desarrollo del embarazo y sobre todo el bienestar del niño. Para esto recomiendan *hacer entender de buena manera* a los esposos (*bonito nomás*), evitando *renegar y discutir*”.
- Entre las quechuas de los departamentos de Ancash y La Libertad (Perú) se piensa que “las mujeres *son fuertes*, por lo que deben continuar con las actividades domésticas y agrícolas hasta los últimos meses de gestación, caminando hasta la chacra (a una o dos horas de camino) ya que existe la preocupación de que el bebé engorde o se desarrolle demasiado, provocando problemas en el parto. Sin embargo se considera necesario evitar los esfuerzos excesivos (cargar pesos o trabajar demasiado)”.
- Las gestantes aguarunas y lamas (departamento de San Martín, Perú) y shipibas (Ucayali, Perú) continúan con sus labores cotidianas, “aunque se cuidan de esfuerzos excesivos y de levantar pesos (para evitar que el bebé salga del eje vertical y provoque dolores a la madre). Las mujeres refieren que los antojos no satisfechos pueden llevar a la pérdida del bebé (aborto). Asimismo la gestante se cuidará del frío y del

<sup>5</sup> Salvo especificación en contrario, la información y las citas de este apéndice provienen del trabajo “Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú”. Ministerio de Salud—Proyecto 2000. Lima, 1999.

exceso de calor (alimentos, bebidas, baños y remedios caseros); el frío puede producir malestares y el calor inflamaciones. La gestación es por excelencia la época durante la cual la mujer se cuida para tener un buen parto. Un lugar especial en los cuidados de la gestante es el masaje prenatal; este consiste en una serie de movimientos que la partera y la *sobadora* realizan con las manos a los costados del abdomen. A veces se usan *sustancias cálidas* (grasa de animales entre las lamistas), para eliminar el frío”.

En general “las mujeres aluden a situaciones, fenómenos o comportamientos que las ponen en riesgo y que son válidos para la medicina tradicional y su universo cultural, pero que no son reconocidos como tales por la medicina académica. Dentro de estos se encuentran: exponerse al frío o al calor o ingerir alimentos frescos (sistema humoral); exponerse a ciertas manifestaciones de la naturaleza; la presencia de seres míticos o sobrenaturales (*lari-lari* o *Antawayá* en Puno); hechos o circunstancias que por sinonimia se relacionan con posibles complicaciones (no satisfacer antojos, tejer o hilar, comer comida pegada en la olla); dentro de estos también se hallaría el sexo del niño/a (en algunos casos se refiere que es más difícil el parto del varón porque es más fuerte y en otros casos el parto de la mujer, porque las mujeres sufren más); tener cólera, pena o susto. Asimismo refieren situaciones asociadas a sus condiciones de vida, sus roles como mujeres en la unidad familiar y a sus relaciones de pareja que las ponen en riesgo. Si bien estas no son priorizadas, son reconocidas por la medicina oficial como válidas (aunque no necesariamente compartiendo la misma lógica). Dentro de estas se encuentran: exceso de trajín o fuerza y la posibilidad de golpearse o caerse mientras desempeñan sus quehaceres y responsabilidades cotidianas; el maltrato de su pareja (ambas asociadas a que el niño se ‘mueva’ o se atraviese); no alimentarse bien y estar débiles (porque no tienen fuerza para dar a luz). Frente a las situaciones de riesgo que identifican, refieren un conjunto de cuidados durante el embarazo que podrían evitarles complicaciones en el parto, diferenciando su capacidad de control sobre estos y la prioridad o importancia que les dan de acuerdo con la fuerza explicativa que tiene para ellas. Así, las situaciones de riesgo asociadas al sistema humoral, sinonimia, fenómenos naturales o sobrenaturales parecen tener suma importancia, y se refiere la posibilidad de tomar medidas preventivas para evitar exponerse a ello (por ejemplo tejer, estar cerca del fogón, no pasar por un puquio, estar siempre despierta o rodeada de personas). Por otra parte, aquellos aspectos que coinciden con factores de riesgo obstétrico (como por ejemplo número de hijos, antecedentes obstétricos o edad) no son puestos de relieve; aparentemente no los perciben dentro de su control. Otras situaciones que las exponen a riesgos son priorizadas,

pero son percibidas fuera de su control o muy difíciles de ser modificadas, como las relacionadas con el maltrato del esposo, el exceso de trajín o la carencia de alimentos”.<sup>6</sup>

En un estudio realizado en Kaqchikel, en Guatemala,<sup>7</sup> se afirma que “las mujeres dan la prioridad a las variables sociales antes que a las biológicas para explicar las causas de los problemas relacionados con el embarazo. Así, la brujería es una razón social común de los problemas del parto: si alguien tiene una discusión con la gestante, su marido o la familia, ella podría tener complicaciones durante su parto. Los problemas en los nacimientos también son atribuidos a dificultades en las relaciones familiares. El comportamiento de una mujer embarazada es citado a menudo como causante de problemas en el parto; por ejemplo las mujeres embarazadas deben dejar de lado el trabajo pesado e intentar relajarse; una mujer que no respeta su embarazo es irresponsable porque ella sabe que eso le puede provocar problemas. Finalmente el embarazo también desafía la espiritualidad de la mujer. Si está peleada con Dios, si duda de su fe o peca (bebiendo, engañando a alguien de alguna forma, etc.) se pondrá en riesgo. Todas estas enfermedades no físicas fueron mencionadas como causas de las dificultades relacionadas con el embarazo; privilegiar las variables sociales sobre las biológicas coloca a las mujeres en una posición de poder influenciar las probabilidades de que ella sobreviva a una complicación del embarazo; es decir, una mujer que se esfuerza en respetar su embarazo, que no peca y que se lleva bien con su familia, no tiene nada que temer en su parto, sin importar si expulsa su placenta en 30 minutos”.

### Prácticas durante el parto

El parto “es un proceso biológico teñido de significados y organizado según las conceptualizaciones vigentes en un grupo humano específico. El parto es uno de los escenarios simbólicos privilegiados de una cultura, por ser el momento en el cual se ‘da la vida’ bordeando la muerte. El parto es descrito reiteradamente en las comunidades quechuas y aymaras como un momento de mucho sufrimiento, quizá el que expresa mejor esta característica asociada a la vida de las mujeres: *sufrimos mucho para dar a luz a las mujeres, porque así van a sufrir ellas también* (Puno). El parto es además un evento que pone en riesgo su vida y el que más enfermedades les produce

---

<sup>6</sup> Yon, Carmen. Maternidad voluntaria y saludable desde la perspectiva de las mujeres quechuas y aymaras. Proyecto Reprosalud — Movimiento Manuela Ramos.

<sup>7</sup> Nicole S Berry. Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: Contextualizing the choice to stay at home. *Social Science & Medicine*. Oxford: Apr 2006. Vol. 62, Iss. 8, pp. 1958–1969.

cuando son jóvenes y mayores: *con el parto siempre sufrimos, por eso adquirimos hartas enfermedades, por eso nos morimos* (Puno)”.<sup>8</sup>

- 1) *La participación de los familiares en el parto.* En el caso de las comunidades quechuas de Puno (Perú), “los familiares que atienden partos se hacen ayudar con personas que viven junto a la parturienta; ellos se encargan de preparar los mates y la comida, y de otras tareas necesarias para facilitar y brindar una buena atención del parto”. Por su parte “los esposos participan atendiendo a las parturientas, preparando los remedios para facilitar el trabajo de parto y la cama de la parturienta (...) Luego del parto se encargan de la atención y cuidado del recién nacido, de las actividades de la cocina, de los trabajos en la chacra y del cuidado del ganado”. En el caso de las comunidades aymaras del mismo departamento “los esposos participan directamente ayudando al partero/a y/o familiar que atiende (...) También pueden apoyar desde otros espacios, atizando el fuego para preparar los mates y comida para la parturienta o buscando a la persona especializada que atenderá el parto (...) Hay otros esposos que asumen la atención del parto mostrando una actitud solidaria hacia la parturienta, la que se encuentra en una etapa de sumo peligro según la cultura aymara. Influye también el hecho de residir lejos de otros familiares y/o vecinos; cuando esto ocurre el esposo es el único que atiende a la parturienta. Se ha podido constatar que la mayoría de mujeres en las familias aymaras dan a luz a sus hijos/as atendidas por sus esposos”. En ambos casos la presencia de familiares cercanos es fundamental para proporcionar apoyo moral y soporte físico, así como para la búsqueda de ayuda cuando la situación lo requiera.

“En la población aguaruna (departamento de San Martín, Perú) la atención de las gestantes no la realizan las/os parteros/as. Esta atención está a cargo de familiares del sexo femenino, con experiencia y de cierta edad. Entre esos familiares tenemos a las tías, hermanas, suegras, cuñadas de las parturientas. En algunos casos durante el parto las mujeres reciben cuidados del esposo. Dado que la mujer aguaruna es muy reservada, desconfiada y vergonzosa, los cuidados que brindan los esposos son elementales, como cortar el ombligo, limpiar al niño, envolver con el pañal, etc. Por lo general la mujer aguaruna afronta sola el parto. Cuando el niño está *saliendo* recién llama al familiar que la cuida, que habitualmente espera con el resto de la familia en otro ambiente.”

---

<sup>8</sup> Yon, Carmen. Maternidad voluntaria y saludable desde la perspectiva de las mujeres quechuas y aymaras. Proyecto Reprosalud — Movimiento Manuela Ramos.

- 2) *El ambiente en el que se desarrolla el parto.* En la zona quechua de Puno “se prepara una carpa dentro de la casa; y en la zona aymara se utiliza como cama el *patati*, plataforma de arcilla cubierta con la *karuna* (colchón de mantas, trapos y cueros hecho especialmente para la parturienta)”; mientras que en la zona quechua de los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica (Perú) “los partos se desarrollan en un cuarto de la casa de la parturienta. Es un cuarto aparte, algo discreto, donde no moleste la presencia, ni la bulla de niños y animales. Consideran que la bulla podría detener las contracciones (*pacpa*) y el trabajo de parto. Si la familia cuenta con una cama o catre, el parto se atiende allí. En su defecto el parto se realiza en el suelo sobre cueros y pellejos. Si existieran espacios abiertos, se cubren con ponchos y mantas, para no permitir el ingreso del frío o del viento”. En las comunidades quechuas de los departamentos de Ancash y La Libertad, “el ambiente donde se desarrolla el parto debe garantizar la privacidad de la parturienta. Se permite la presencia sólo de los familiares más cercanos (madre, hermana o esposo) de acuerdo al deseo de la parturienta, puesto que *la vergüenza puede retrasar el nacimiento*. Esta vergüenza afectaría a la parturienta y al bebé por nacer, que se inhibiría de hacerlo. Por esta razón (...) se evita la presencia de niños o de mujeres que no hayan tenido hijos. Se considera que el frío y el aire pueden interferir seriamente el trabajo de parto. Por esta razón los familiares se ocupan de abrigar el ambiente donde ocurrirá el parto, ya sea prendiendo brasas (...) o brindando a la parturienta *ramas cálidas* (plantas medicinales) en cocimiento o infusión (*albahaca, flor de tuna, ruda, orégano, ricacha, flor de anguya y azucena*)”. Entre las aguarunas y lamas (San Martín) y shipibas (Ucayali), “el parto se desarrolla en la vivienda de la parturienta. En todos los casos se acondiciona un espacio que garantice abrigo (ausencia de corrientes de aire, luz baja) y privacidad (posibilidad de concentrarse y no ser vista) para la mujer que dará a luz y la partera que la atenderá. Los aguarunas preparan el espacio donde ocurrirá el nacimiento colocando un palo de caña en la esquina de la casa cerca del fuego, debajo arman con hojas de palmera un colchón donde la mujer se arrodillará para dar a luz. Las mujeres lamistas (...) colocan un *chumbe* (pretina tejida al telar) en el lugar del parto. En ambos casos la caña y la pretina ayudarán a la mujer para mantenerse en las posiciones verticales durante el período expulsivo y concentrar su fuerza en la pelvis. Las shipibas limpian y acondicionan el lugar del parto, preocupándose por tener luz baja y contar con un mosquitero”.
- 3) *El inicio del trabajo de parto.* Luego, “cuando la parturienta comienza a sentir dolores muy fuertes, se acuesta en la cama y el esposo u otro

pariente buscan ayuda (comunidades quechua y aymara de Puno). La persona que atiende el parto controla la posición del bebé mediante el *toque de la vena*, la observación de la coca o la palpación de la barriga”. En las comunidades quechua de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, las parteras consideran que “el trabajo del parto se inicia con dolores y contracciones suaves y distanciadas. Conforme va avanzando, estos se intensifican bajando en la etapa final un líquido mucoso y sanguinolento. La familia llama a la partera cuando las contracciones iniciales se intensifican y se presentan seguidas”. En las poblaciones quechuas de Ancash y La Libertad, se acude a la partera “una vez que el parto se ha iniciado, cuando la parturienta presenta dolores intensos en la barriga, cadera o cintura, o pierde moco con sangre o líquido por la vagina”. Por su parte, las mujeres aguarunas, lamistas y shipibas “reconocen el tipo de dolor que anuncia el parto; avisan a los familiares y a la partera (...) Cuando llega la partera, esta revisa la posición en la que se encuentra el bebé. De estar el bebé en posición vertical y cefálica, se espera el desarrollo del proceso”.

- 4) *El trabajo de parto*. El avance del trabajo de parto en las comunidades quechuas y aymaras de Puno “es percibido por la parturienta desde que el dolor aumenta y comienza a sentir deseos de pujar; la partera/o controla la frecuencia e intensidad de las contracciones y el incremento de calor corporal (...) Los quechuas utilizan mates de hierbas para favorecer la dilatación y acelerar el parto. Los aymaras mencionan además otros recursos: *beber vino caliente, frotar la barriga con coca, caminar*; para que *guarde fuerzas* para el período expulsivo recomiendan *cerrar la boca y respirar por la nariz* (...) Para detectar el momento del nacimiento, la partera aymara examina las venas de ambas manos de la parturienta; el partero quechua (capacitado) examina con la mano por debajo de la frazada, tocando la cabeza del bebé”. Por su parte, en las comunidades quechuas de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica “la partera mide la dilatación por tacto; en otros casos es a través del pulso: conforme la dilatación avanza, el pulso se torna cada vez *más acelerado*. Observa en la coca cómo se desarrollará el parto, si la paciente *tiene salud* y por lo tanto si el parto *va demorar o apurar*. También observa la intensidad de las contracciones y la altura de presentación (...) Si el dolor es intenso y no hay sudoración, las parteras y familiares acostumbran dar agua caliente de alguna hierba, para que aumente la temperatura de la parturienta y ayude a la dilatación. Con el mismo propósito también se acostumbra dar de tomar algún licor o cañazo. Además proceden al sahumero con muchas hierbas medicinales secas. Habitualmente se aplica entre las piernas, envolviendo a la mujer con

una frazada. En las primerizas usan *el aceite rosado*, aplicado a nivel de la horquilla vulvar para *ablandar* el canal vaginal y evitar desgarros”. En las comunidades quechuas de Ancash y La Libertad “el momento del nacimiento es detectado por las parteras y las mismas mujeres a través de una variedad de signos: contracciones más frecuentes, rasgos de mucosidad con sangre, imposibilidad para pararse y caminar, *endurecimiento* de la parte baja del vientre, rostro caliente y sudoroso como *gallinas ponedoras*, deseos de *echar fuerzas* (pujar), agotamiento, el pulso se *agita* y luego se retira hacia la mitad del antebrazo y *las sienas se hundén*”. Para facilitar el parto en las comunidades aguarunas, lamas y shipibos “se toman mates de *hierbas cálidas: hoja de algodón, sachamarccos, piri piri* en Ucayali y *semilla de culantro, orégano, jengibre* en San Martín. Las plantas utilizadas sirven *para calentar el cuerpo de la mujer* y favorecer las contracciones, previniendo que el frío *detenga el parto* (...) Se observan cambios en el rostro de la parturienta, *la coronilla se calienta* y el pulso se torna mas rápido (...) Las lamistas y las aguarunas se *cuelgan* durante las contracciones. El período expulsivo es reconocido por las mujeres por la característica sensación de pujo y los deseos de orinar y defecar que se experimentan justo antes del nacimiento. Es el momento de mayor dolor y de mayor tensión”.

- 5) *El nacimiento*. En las comunidades quechua y aymara de Puno “las posiciones identificadas para el parto son fundamentalmente verticales: *arrodillada, en cuclillas, en cuatro pies, sentada*”. Hay consenso en que el bebé “*cae solo*” sobre la cama del parto, se le levanta la cabeza para que no aspire la sangre, es envuelto y se espera que salga la placenta para el corte del cordón. Entre los quechuas de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica “el esposo sostiene la cintura de la parturienta (la tiene sentada en sus rodillas) (...) para ayudar a la mujer, presionando hacia abajo, para favorecer el período expulsivo o para evitar que el útero *suba hacia el estómago* (...) Los esposos jóvenes sin experiencia solicitan ayuda al suegro o a sus padres, ellos sostienen por la cintura a la parturienta, mientras el esposo ayuda a colgar la soga del techo (para que la mujer se sujete en los momentos de contracción). Cuando pasa la contracción, el esposo la ayuda a caminar (...) Las posiciones que adoptan las mujeres para el parto son por lo general: sentadas en la rodilla del esposo sobre frazadas dobladas, de cuclillas, arrodilladas sobre el pellejo o paradas. Para darse fuerza se agarran de una soga colgada del techo y en los tres casos, siempre el esposo sirve de apoyo (...) La partera se coloca delante de la parturienta para recibir al bebé (...) Se recibe al recién nacido en una toalla o trapo para que no resbale y caiga al suelo, luego se corta el cordón y se deja al bebé envuelto a un lado, mientras

se atiende a la madre”. En Ancash y La Libertad “las posiciones más utilizadas para el momento del parto (entre las mujeres quechuas) son *de hincadas* (de rodillas) o *en cuclillas* (...). El esposo u otro familiar se coloca detrás de la parturienta y sosteniéndola firmemente por la cintura hace presión hacia abajo durante el pujo siguiendo la indicación de la persona que atiende el parto para *ayudar a que el bebé corone*. En la zona de Santiago de Chuco, el esposo, familiar o la propia partera presionan con su cuerpo la nariz y boca de la parturienta, para suspender momentáneamente la respiración y ayudar a la expulsión del bebé. Ambas prácticas son consideradas útiles cuando la mujer está agotada y debilitada por el esfuerzo del parto”.

- 6) *La expulsión de la placenta*. En las comunidades quechua y aymara de Puno “la persona que atiende el parto percibe el desprendimiento de la placenta, porque la parturienta refiere nuevamente dolores *como de parto*. Habitualmente se limita a esperar, pero si demora masajea el útero y proporciona mates de hierbas (...) La disposición de la placenta se realiza con más cuidados en la zona aymara: es lavada, quemada y enterrada *a la sombra, en un lugar donde no reciba calor*, lejos del sol. En la zona quechua también se lava la placenta, pero su destino es diverso; en algunos casos la queman, en otros la cocinan y se la dan a los perros. Esto llama la atención, teniendo en cuenta el poder atribuido a la placenta y los perjuicios que puede causar si no es tratada adecuadamente”. En las comunidades quechua de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, “después del expulsivo se fija el cordón con un hilo, lana o pita y se corta luego con una tijera, hoja de afeitar, teja o callana. El otro extremo del cordón se amarra al tobillo de la mujer, para que *no regrese hacia adentro* (...) Luego de cortar el cordón lo limpian con alcohol o aguardiente y colocan un algodón natural (...) Si el alumbramiento no se produce en un máximo de 30 minutos después del nacimiento, las parteras y/o los familiares recurrirán a un conjunto de técnicas para acelerar su expulsión. Provocan náuseas con una cuchara (de palo) en la boca, para que mediante las arcadas la placenta salga rápido. También realizan un pequeño movimiento del cordón o presionan la parte inferior del estómago. Utilizan la *infundia tibia de la gallina* (especialmente en Andahuaylas) para hacer frotaciones en el abdomen. Una vez que sale la placenta, es revisada para ver si está completa y se entierra *detrás del fogón* por decisión de los familiares. Esta costumbre obedece a que es tierra seca y cocida que evitará que la puerpera se edematice o presente fiebre puerperal. Mientras no se produce el alumbramiento, el esposo permanece sujetando a la parturienta de la cintura, porque aún continúan los dolores y así evitan que

el útero *vuelva al estómago* en busca de su bebé y cause la muerte de la puérpera”. En las comunidades quechuas de Ancash y La Libertad “se considera que el frío dificulta o impide la expulsión de la placenta, provocando que esta *se hinche y quede retenida*. Por esta razón el cordón (llamado también *atadero* o *guía*) debe permanecer abrigado y en movimiento, mientras se espera el alumbramiento. En ningún caso se corta antes de que sea expulsada la placenta por temor a que el cordón regrese al útero y resulte imposible extraer la placenta. En caso de demora se utilizan una serie de recursos para *calentar a la parturienta*: bebidas calientes mezcladas con un poco de aceite y pisco, baños de asiento con leche y manzanilla (...), masajes en las caderas con belladona o mentol. Se busca también aumentar la presión intradiafragmática pidiendo que sople una botella o provocándole náuseas (...) La placenta es enterrada con sal para evitar el *efecto del rayo* (...) o que la coman los animales (...) El entierro se realiza en un lugar alejado donde no llegue el sol o la humedad. De no seguir este procedimiento la placenta *puede solearse y pudrirse*, causando similar efecto en la mujer”. Entre las comunidades aguarunas, lamas y shipibas “el alumbramiento ocurre casi siempre en forma inmediata después del nacimiento del bebé. Se espera que haya una nueva contracción y la salida de la placenta. De ser necesario el proceso es favorecido con el uso de recursos tradicionales: masajes en el vientre (con el *unto* o grasa animal), soplar una botella, provocar arcadas. La placenta expulsada será eliminada enterrándola en un hoyo en el lugar del parto (aguarunas) o en un lugar lejano (lamistas); o se arrojará al río (shipibas)”.



## Delimitación de la magnitud del problema y análisis de sus causas

Para medir la magnitud de la mortalidad materna en las comunidades indígenas es necesario en primer lugar establecer indicadores. Para ello es importante aclarar cuál es el problema (el numerador), y en quiénes se quiere medir ese problema (el denominador). En el caso de la razón de la mortalidad materna, los dos elementos son de difícil definición tanto en términos conceptuales como operacionales. El numerador equivale a las muertes por causas obstétricas directas y el denominador, al número de mujeres gestantes. Este punto ha sido y continúa siendo motivo de publicaciones y debate, tanto en el ámbito académico como en las revisiones y evaluaciones de los avances en la reducción de la mortalidad materna que periódicamente realizan los principales organismos internacionales en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como resultado de esas limitaciones, las estimaciones nacionales de la razón de la mortalidad materna están sujetas a amplios márgenes de incertidumbre. Esto significa que, si ya es difícil estimar para el ámbito nacional, resulta casi imposible obtener estimaciones confiables de este indicador para comunidades indígenas y por lo tanto no es práctico ni recomendable utilizarlo para establecer una línea de base, monitorearlo y valorar el impacto de un programa. En el anexo 1 se presenta una revisión de los aspectos conceptuales sobre el indicador *razón de mortalidad materna*.

### Dificultades planteadas en el medio indígena

Existen serias dificultades para estimar la razón de la mortalidad materna en poblaciones indígenas, las cuales se puntualizan a continuación:

- La mayor proporción de un bajo registro de fallecimientos coincide con las zonas rurales y tiende a aumentar conforme más dispersa sea la población. A su vez, la mayor dispersión coincide con las zonas de residencia de las comunidades indígenas.
- Una alta proporción de las muertes de mujeres indígenas no son certificadas por profesionales, dado el bajo acceso de estas a los servicios y profesionales de la salud, lo cual reduce la posibilidad de esclarecer la causa básica de esas muertes.
- Siendo minoritarias las comunidades indígenas, no están adecuadamente representadas en encuestas nacionales como las *Demographic Health Services* (DHS), de manera que, por razón del tamaño de la muestra, no pueden hacerse estimaciones con márgenes razonables de error sobre los grupos étnicos. Por otra parte, debido a las dificultades geográficas para llegar a los territorios de las comunidades indígenas, las áreas geográficas donde habitualmente residen ni siquiera se incluyen siempre en los marcos censales.
- En el cuestionario estandarizado que se usa en las encuestas nacionales, la idoneidad de las preguntas solo se ha validado en función de la población que predomina demográficamente. En consecuencia, aquellas preguntas que indagan las causas y las circunstancias de muerte en las mujeres no están validadas en las diferentes lenguas que se hablan en las comunidades indígenas.

A pesar de las dificultades señaladas, existen informes con estimaciones de la razón de mortalidad materna para poblaciones indígenas. A modo de referencia, se presentan los siguientes datos publicados:

- En Guatemala, la tasa de mortalidad materna es de 153 muertes por cada 100.000 nacimientos, pero entre las mujeres indígenas se eleva a 211, es decir el triple del índice existente entre las mujeres no indígenas (70 por 100.000).
- En Bolivia, la mortalidad materna asciende a 390 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, pero en el departamento de Potosí (con población mayoritariamente indígena), las muertes se elevan a 496 por cada 100.000 nacidos vivos.
- En Honduras, la tasa nacional de mortalidad materna es de 147 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, en los departamentos de mayor población indígena —Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz— la tasa fluctúa entre 190 y 255 por cada 100.000 nacidos vivos.
- En Perú, el departamento de Puno, con población predominantemente aymara y quechua, alcanza una razón de mortalidad materna entre cinco y seis veces mayor que en los departamentos de la Costa.

Ante estas limitaciones, el consenso internacional es utilizar indicadores de procesos y resultados al monitorear o hacerles seguimiento a los programas para reducir la muerte materna. En ese caso, se recomienda usar específicamente el indicador *cobertura de parto atendido por personal calificado o cobertura de parto institucional*, porque existe una relación de causalidad directa entre el incremento de la cobertura institucional y la reducción de la muerte materna.

Por las dificultades anteriormente mencionadas, la herramienta 1 (véase el anexo 3) ofrece opciones y metodologías para determinar la magnitud del problema por medio de otros indicadores.

## Factores culturales y atención obstétrica institucional

De acuerdo con el marco conceptual específico para analizar el factor cultural, los principales aspectos que inciden en el uso de los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el parto con complicaciones son cuatro (consúltese el esquema 1.3):

- La cosmovisión indígena y la percepción del riesgo obstétrico.
- El conflicto entre el sistema de salud tradicional y el occidental.
- El concepto de salud y enfermedad, sus interpretaciones culturales y las respuestas del sistema de salud tradicional frente a la aparición y el reconocimiento de signos de gravedad.
- La jerarquía de género y la autonomía de la mujer indígena.

(Véase la herramienta 3 en el anexo 3: “Sondeo de la cosmovisión indígena y su relación con la salud reproductiva”.)

### *La cosmovisión indígena y la percepción del riesgo obstétrico*

En las comunidades indígenas, la respuesta ante las complicaciones del embarazo y del parto está impregnada de su cosmovisión cultural, y las nociones de salud y enfermedad. Si bien es cierto que los indígenas identifican apropiadamente las complicaciones obstétricas, no siempre reconocen a tiempo la magnitud de su gravedad, como en el caso de la hemorragia puerperal (véase el recuadro 2.1).

Además, como se indicó en el capítulo 1, en las comunidades indígenas el comportamiento reproductivo está influido por las expectativas y normas culturales, explícitas o tácitas, de reproducción y de continuidad de la etnia, con las cuales está relacionado directamente el prestigio femenino.

## Recuadro 2.1

### Salud reproductiva de los embera, tule y zenú (Antioquia, Colombia)<sup>1</sup>

#### 1. Sobre el período reproductivo

- ▶ *Entrada a la unión:* el promedio de edad de entrada en la unión entre las mujeres eyabida y dobida es 14,6 años; en el caso de las zenú es de 14,9; entre las chamibida es de 15,8 y entre las tule es de 16 años. El intervalo entre la edad de la menarquía y la entrada en la unión varía entre 1,4 (eyabida y dobida) y 4,7 años (tule), lo que refleja que mientras que para los tule (4,7) la separación entre la menarca y el inicio de las relaciones sexuales es explícita, no parece ocurrir lo mismo entre los eyabida y dobida, donde este intervalo es tres veces menor (1,4).
- ▶ *Edad de inicio de la primera gestación:* según los resultados, parecería estar implícita en las comunidades indígenas una simultaneidad entre el inicio de las relaciones sexuales y el comienzo de la vida reproductiva. Se observan intervalos de 1 a 1,3 años entre la edad de entrada a la unión y el inicio de la labor reproductiva. La edad de inicio de la primera gestación marca el comienzo de la vida reproductiva; en las mujeres chamibida (17,1) es dos años más tarde que en las eyabida y dobida (15) y un año más tarde que las zenúes (15,8). Iniciaron su primera gestación antes de los 15 años de edad el 49,1% de las eyabida y dobida, el 23,6% de las chamibida y el 31,4% de las zenúes. La iniciaron antes de los 20 años el 94,5% de las eyabida y dobida, el 78,2% de las chamibida y el 90,1% de las zenúes. Al respecto, Trussel y Pebley han advertido que la planificación familiar no reduce verosímilmente la preñez temprana, a no ser que las muchachas se casen más tarde.
- ▶ *Edad en el primer parto:* todos los promedios de edad del primer parto fueron inferiores a los 20 años. En las chamibida (18,1) ocurre, en promedio, dos años más tarde que en las eyabida y dobida (16) y 1,5 años más tarde que en las zenúes (16,5). Edades tempranas en el primer parto también se encuentran en las mayas de Yalcobá-Yucatán, en México, quienes lo tienen entre los 16 y los 20 años en un 58%. Tuvieron su primer parto antes de los 15 años el 32,7% de las eyabida y dobida, el 11% de las chamibida y el 36,6% de las zenúes. Las madres que fueron adolescentes: el 72,7% de las eyabida y dobida, el 46,3% de las chamibida y el 80% de las zenúes. Lo anterior muestra una lejanía entre los ideales de la sociedad indígena y la realidad observada.

<sup>1</sup> Arias-Valencia, María Mercedes. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia – Colombia. *Salud pública de México*, julio–agosto 2001, vol. 4, número 4, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 298–305.

## 2. Intervalos intergenésicos

Según los resultados del estudio el 68% de las mujeres eyabida y dobida, el 48,7% de las chamibida y el 73,9% de las zenúes habían tenido en promedio, durante su vida reproductiva, intervalos intergenésicos menores de 24 meses, los cuales se consideran cortos desde una perspectiva epidemiológica, por no favorecer la recuperación adecuada de la madre y la lactancia del hijo. Esto mismo se presenta en el 77% de las tule (kuna).

## 3. Limitación del número de gestaciones

Los resultados enunciados indican la baja limitación de gestaciones en los pueblos indígenas. Igual que el aborto, la anticoncepción es sancionada negativamente porque lo ideal es reproducir el grupo. En contraste con lo anterior, muchas mujeres zenúes quieren planificar. Las mujeres chamibida conocen y aceptan la planificación familiar occidental como una forma de evitar tener hijos en medio de una situación económica precaria. En cuanto a las normas culturales, Gutiérrez estableció que en los dobida no se validan estas prácticas puesto que van en contra de los parámetros referentes a la fecundidad femenina; se tienen pocos conocimientos al respecto y en general no se practican; los métodos tradicionales son considerados cosas del pasado y se relacionan con actos maléficos orientados a hacer daño a otras personas. Es por ello que cuando se comparan indicadores de fecundidad y mortalidad, se observan diferencias tanto en el comportamiento reproductivo como en la mortalidad. Los promedios de hijos muertos, abortos y mortinatos en las chamibida son la mitad de los promedios de las eyabida y dobida.

## 4. Presión reproductiva<sup>2</sup>

Al analizar a las mujeres que han permanecido más del 80% de su vida reproductiva gestando o lactando, se resaltan las siguientes proporciones y grupos de edad: entre los 15 y los 19 años, el 28,6% de las eyabida y dobida; el 31,3% de las chamibida y el 47,1% de las zenúes, y entre los 20 y los 29 años, el 83,3% de las eyabida y dobida. Las eyabida y dobida, además de pasar el mayor tiempo gestando o lactando, duplican los promedios de hijos muertos y abortos, acrecentando el desgaste durante el período reproductivo. Al analizar los totales, las chamibida presentan la menor proporción (28,8%) frente al 56% de las eyabida y dobida. Hallazgos similares encontraron Daltaubit y colaboradores en México, donde el 45% de las mujeres de entre 25 y 34 años, y el 36% de las mujeres de entre 35 y 45 años están sujetas a un estrés

*(Continúa en la página siguiente)*

<sup>2</sup> Presión reproductiva: proporción de años dentro de la vida reproductiva que cada mujer ha dedicado al embarazo y a la lactancia.

## Recuadro 2.1 (cont.)

reproductivo muy fuerte. En relación con la lactancia materna, en las etnias de Antioquia, Gálvez y colaboradores notifican un promedio de 15,7 meses; los promedios por etnia son: embera eyabida 15,6; embera dobida 17,39; embera chamibida 12,62; zenú 13,3 y tule (kuna) 21 meses. De acuerdo con los datos de presión reproductiva, parecería que las mujeres indígenas pasan su vida reproductiva en un *continuum* entre períodos de embarazo y lactancia, tal como Early y Peters encuentran en los indígenas yanomami en Brasil.

### 5. Ritmo reproductivo<sup>3</sup>

Si bien la presión reproductiva es una medida que hace visible el desgaste femenino en términos temporales, el ritmo reproductivo hace visible la intensidad con la cual transcurre el desgaste según la edad.

En síntesis, el comportamiento reproductivo está influenciado por las expectativas y las normas culturales, explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad étnica con las cuales está relacionado directamente el prestigio femenino. Las proporciones de presión y ritmo hacen visibles los severos costos fisiológicos que implica para cada mujer responder a las expectativas sobre su desempeño en la reproducción (Arias-Valencia, 2001).

<sup>3</sup> Ritmo reproductivo: velocidad con la cual las mujeres llevan a cabo la función reproductiva.

El trabajo de María Mercedes Arias-Valencia (2001), al analizar la salud reproductiva de tres etnias de Antioquia, Colombia —los embera (subgrupos eyabida, dobida y chamibida), los tule (kuna) y los zenú— encontró que en estas comunidades las mujeres inician su unión marital a edad muy temprana, entre los 14 y 15 años de edad. El primer embarazo y el primer parto tienen lugar antes de los 20 años. Los intervalos intergenésicos son menores de 24 meses y no está bien visto limitar los embarazos. En todas las comunidades la presión reproductiva es muy alta y durante el período correspondiente a la edad fértil prácticamente todas las mujeres están embarazadas o dando de lactar. En estas comunidades, un mayor ritmo reproductivo está relacionado con un grado más alto de prestigio femenino.

Puede concluirse, entonces, que el inicio temprano de la unión marital —y con ella el primer embarazo y el primer parto—, los cortos intervalos intergenésicos y el rápido ritmo reproductivo, todo ello asociado al prestigio

femenino, muestran que las comunidades indígenas tienen una baja percepción del riesgo obstétrico. Esto constituye un obstáculo para el uso de los servicios de salud con capacidad resolutive (en el recuadro 2.1 se resumen datos que sostienen la existencia de una relación entre la cosmovisión de la comunidad indígena y la baja percepción del riesgo obstétrico).

### *El conflicto entre el sistema de salud tradicional y el occidental*

El sistema tradicional de salud y el occidental están basados en cosmovisiones diferentes, lo cual los hace entrar en conflicto. Los proveedores de salud, representantes de la cultura occidental frente a la población indígena, contribuyen de manera explícita a la discriminación y al maltrato de la mujer (véase el recuadro 2.2). Un estudio de la atención ofrecida en los servicios de salud a las mujeres indígenas realizado por Margarita Huayhua (2006), profesora y antropóloga peruana, concluyó que “existe una estrecha relación entre las definiciones de las políticas de salud, el sistema de salud y los profesionales de la salud sobre los usuarios con alguna distinción étnica y el maltrato que se ejerce sobre ellos. De manera que las definiciones de atraso, salvajismo, suciedad y ausencia de sentimientos que pesan sobre los usuarios quechua-hablantes e indígenas se constituyen en una de las fuentes para reproducir relaciones de dominación y, al mismo tiempo, prácticas discriminatorias y excluyentes en contra de ellos”.

Ni las políticas del Estado elaboradas por los encargados de la toma de decisiones, ni las normas emitidas por los ministerios que regulan, por ejemplo, la oferta del servicio, tienen en cuenta particularidades como la lengua, las creencias y las prácticas. Tampoco se consideran las necesidades específicas de la población indígena, ni las políticas y normas han sido formuladas de manera que puedan adecuarse a esas particularidades.

La ambientación de los establecimientos de salud donde se atiende a las gestantes indígenas resulta totalmente ajena a sus propias costumbres de iluminación, ventilación, color de las paredes, decoración, acústica y demás. Los protocolos de atención a la mujer gestante, parturienta y puérpera no solo pasan por alto las costumbres de la población indígena, sino que incorporan prácticas contrarias a estas.

El personal de salud se niega a considerar a la partera y a los promotores de salud como aliados en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal y, en general, a tratar de aproximarse a la población indígena para informarse, aprender y comprender sus diversas expresiones culturales, percepciones y comportamientos respecto de los procesos de salud sexual y reproductiva.

Los elementos más importantes que impulsan a las mujeres indígenas a rechazar el uso de los servicios de salud son el maltrato ejercido por el

personal, el uso de un idioma distinto al suyo, el ambiente donde se realiza la evaluación, la presencia o no del esposo y otros familiares, el tipo de equipo utilizado para el examen (rechazo de los metales por ser materiales fríos que de acuerdo con su cultura hacen daño al embarazo) y el género de la persona que atiende. En este sentido, el establecimiento de salud, antes de hacer entrega de los servicios, debe comprender las construcciones culturales que prevalecen en una comunidad respecto de los cuidados y atenciones que debe recibir una mujer durante el embarazo y el parto, y después del parto.

En 1999, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud del Perú, se reconocieron algunas prácticas tradicionales que podían incorporarse a sus servicios. Asimismo, se concluyó que “el núcleo del problema no está en la baja demanda de atención institucional del parto, sino en la relación entre dos sistemas culturales y obstétricos diferentes y muchas veces contrapuestos, relación problemática que debe ser cuidadosamente revisada y manejada por el Ministerio de Salud. En dicho proceso será conveniente mejorar, profundizar y desarrollar los puntos de encuentro ya existentes entre ambos sistemas”.

Como resultado de estos análisis, en Perú, Chile y otros países se ha optado por integrar la medicina tradicional y la occidental para obtener mejores resultados en la atención, satisfacción y bienestar de las usuarias. La incorporación de elementos como la posición vertical en el parto, la participación activa del esposo o el partero, la utilización de hierbas para facilitar el trabajo de parto y la entrega de la placenta a la familia son algunas intervenciones que han contribuido a eliminar la resistencia al uso de los servicios disponibles (véase el recuadro 1.3, en el capítulo anterior).

En el recuadro 2.2 se describe con más detalle el conflicto de los dos sistemas de salud y cómo contribuye a alejar a las usuarias indígenas del sistema occidental. (Véase la herramienta 5, “Percepción de las mujeres indígenas sobre el servicio de salud materna”. En esta herramienta se reconstruye el recorrido seguido por la mujer indígena gestante y su familia, lo que permite explorar y analizar cuál es la percepción de la mujer indígena respecto del sistema de salud.)

### *El concepto de salud y enfermedad, sus interpretaciones culturales y las respuestas del sistema de salud tradicional*

¿Cuáles son las interpretaciones y soluciones culturales de las comunidades indígenas respecto de las principales complicaciones obstétricas que llevan a la muerte de la madre? ¿Qué elementos del sistema tradicional contribuyen de manera positiva o negativa al reconocimiento de los signos de gravedad y al uso de los servicios de salud?

## Recuadro 2.2

### Conflicto de los sistemas de salud tradicional y occidental<sup>1</sup>

Los protocolos de atención a la mujer gestante, parturienta y puérpera no sólo no consideran las costumbres de la población indígena, sino que incluyen prácticas que son contrarias a estas.

A las mujeres indígenas les resulta sumamente vergonzoso y ofensivo someterse a las intervenciones y procedimientos invasivos que se realizan en las revisiones durante el control prenatal —como el uso de la posición ginecológica y el examen de papanicolau—, más aún si quien las atiende es un varón, o una persona que consideran les da un trato rudo e irrespetuoso. La falta de privacidad al momento de realizar dicha revisión y la exigencia de ponerse una bata y permanecer casi desnudas también constituyen condiciones ultrajantes. Asimismo tienen temor a los procedimientos realizados durante el parto institucional como el tacto vaginal, la episiotomía, la posición de litotomía, el lavado perineal, etc.

Además resulta contraproducente el aislamiento en el que se mantiene a la gestante respecto de sus familiares y la negativa del personal de salud a autorizar la presencia de la partera y/o de un familiar, más aún tomando en cuenta que el parto es considerado por las poblaciones indígenas, salvo excepciones, como un evento familiar.

A ello se agrega el desconcierto y la humillación que genera el maltrato del personal de salud hacia las mujeres: se relacionan con ellas de manera vertical, unidireccional, a gritos, con desprecio y en un idioma que además de técnico no es el suyo. Esta actitud antipática y de falta de compasión del personal de salud hacia la gestante crea una distancia social y psicológica considerable entre la población y las instituciones. Las pacientes sienten miedo a los gritos, a la impaciencia; sufren un trato indigno, especialmente las de menor nivel educativo y las que no pueden defenderse en español; les gritan, no las escuchan, no les hacen caso, no se preocupan por ellas.

*(Continúa en la página siguiente)*

<sup>1</sup> Este recuadro surge de las lecturas de varios trabajos, entre ellos:

Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú. Ministerio de Salud — Proyecto 2000. Lima, 1999.

Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. Hyacinth Eze Onah, Lawrence C. Ikeako and Gabriel C. Iloabachie.

Yon, Carmen: Maternidad voluntaria y saludable desde la perspectiva de las mujeres quechuas y aymaras. Proyecto ReproSalud — Movimiento Manuela Ramos.

Ángela Meentzen: Estudio sobre el uso de los servicios de salud pública por mujeres rurales de tres distritos del departamento de Puno, Perú (Distritos de San Antón, Coasa y San Gabán). Proyecto Salud Familiar — GTZ.

## Recuadro 2.2 (cont.)

Tampoco les brindan información sobre su situación y los procedimientos que les van a realizar, ni sobre lo que les va a pasar, por ejemplo, en el caso de ser referidas a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para practicarles una cesárea (esta falta de información se hace aun más delicada si se considera el miedo de varias culturas al parto por cesárea y el temor de varias pacientes a ser esterilizadas contra su voluntad). Además las hacen pasar frío, las riñen si tienen muchos hijos/as, las lastiman, “les agarran muy fuerte la barriga”; asimismo las hacen esperar demasiado y si llegan al servicio de salud los días de feria, los puestos sanitarios y los centros de salud están llenos de gente y se les da preferencia a las mujeres del pueblo, con lo cual las gestantes se sienten discriminadas por razones étnicas. Finalmente no toman en consideración que las explicaciones y valores de la población indígena sobre el proceso salud-enfermedad es totalmente distinto del de la medicina alopática; es evidente por lo tanto que no se trata sólo de una diferencia de idioma, sino en general de las explicaciones y las conceptualizaciones sobre los hechos vinculados a la reproducción.

A las mujeres indígenas, tampoco se les permite tomar sus mates de hierba durante el parto (para calmarles el dolor o mantener el equilibrio frío-calor), consumir sus alimentos después del parto para recuperarse (no les dan comida o no les dan comida sin sal) ni se les entrega la placenta para cumplir con el rito correspondiente. El poco tiempo de permanencia en el establecimiento de salud después del parto también es un problema: les dan un corto período de descanso posparto) cuando de acuerdo con sus costumbres deben permanecer en cama por largo tiempo (entre 8 y 30 días).

Otro conflicto marcado es la negativa del personal de salud a considerar a la partera y a los promotores de salud como aliados en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal, a pesar de que ambos constituyen los agentes que tienen mayores conocimientos sobre las costumbres de la población indígena y gozan de la mayor confianza tanto de parte de las mujeres gestantes como de sus familiares.

El personal de salud es usualmente reticente a tratar de aproximarse a la población indígena para informarse, aprender y comprender sus diversas expresio-

Para cada una de las cuatro o cinco complicaciones obstétricas más frecuentes, todas las culturas han establecido interpretaciones y soluciones culturales que dan las pautas para identificar la complicación, verificar el diagnóstico y aplicar recursos terapéuticos. Es decir, en todas las culturas, tanto en el saber de la comunidad como en la práctica del sistema tradicional de salud, se identifican, diagnostican y tratan las complicaciones obstétricas.

nes culturales, percepciones y comportamientos respecto de los procesos de salud sexual y reproductiva, y esto impide que se adecuen a las concepciones y prácticas culturales de las mujeres y se puedan plantear cambios institucionales en el sistema de atención. Esta resistencia provoca también desconfianza entre las gestantes, quienes perciben que los médicos que se van a trabajar al campo son malos médicos, aprendices con poca experiencia que usan a las indígenas para experimentar. Esta desconfianza —a la que contribuye la alta rotación de personal— se confirma cuando hay casos de muerte. A las gestantes les preocupa particularmente que los prestadores de salud no sepan o no entiendan cómo detectar, de acuerdo con sus costumbres, los signos que indican que el parto será difícil (lectura de las hojas de coca, revisión de la vena, etc.), y por lo tanto cómo intervenir para solucionar el problema, por ejemplo: el acomodo del niño que está en mala posición a través del sobado (masaje en el vientre) o del manto (mover a la mujer sobre una manta). En general las mujeres consideran que el personal de salud no respeta sus costumbres y tiene un escaso conocimiento y/o desvaloriza las concepciones y prácticas de la comunidad; a ello se agrega la imposibilidad de apelar a recursos terapéuticos usados tradicionalmente.

El personal de salud obliga a las gestantes a asistir a la atención prenatal porque necesitan el certificado de nacimiento, el que está condicionado por la asistencia a los controles de embarazo, y para evitar pagar la multa o que les requisen su documento de identidad si no van a los controles.

Por lo tanto será necesario conocer no sólo los factores culturales que inhiben a las gestantes del uso del servicio, sino aquellas razones que corresponden a la actitud discriminatoria y de maltrato del personal de salud hacia las mujeres indígenas; este conocimiento permitirá contar con mejores elementos para diseñar estrategias interculturales que contribuyan a incrementar el uso del servicio tanto de atención prenatal como de emergencia obstétrica, parto institucional, cesárea y donación de sangre.

Así, la mala posición del feto (parto obstruido), aunque no sea una complicación obstétrica que cause un gran número de muertes, es un aspecto de perenne inquietud en todos los pueblos indígenas y suscita un gran número de consultas a la partera. En las comunidades quechuas se cree que la mala posición se debe al trabajo excesivo en el campo, y realizan diversos procedimientos para remediarla: sacudones, masajes, el uso del chumpi (una faja para ceñir la cintura) y la administración de hierbas como los mates (infusiones).

Para establecer en qué medida los conceptos de salud y enfermedad, la respuesta del sistema tradicional de salud y las interpretaciones y soluciones culturalmente determinadas respecto de las complicaciones obstétricas contribuyen positiva o negativamente a prevenir la muerte materna, es necesario confrontar el diagnóstico y tratamiento de la complicación obstétrica en el sistema occidental con el sistema tradicional.

En ambos sistemas se reconocen tres momentos en la atención de la salud de un individuo enfermo: 1) la identificación del problema de salud y sus posibles causas (etiología); 2) la aplicación de procedimientos auxiliares para verificar el diagnóstico, y 3) la aplicación de los recursos terapéuticos.

**Tratamiento tradicional de la hemorragia puerperal.** En el cuadro 2.1 se confrontan en forma de matriz los elementos clínicos clave de la hemorragia puerperal frente al tratamiento determinado por la comunidad indígena en los tres momentos de atención. La última columna presenta una valoración del posible efecto del tratamiento tradicional en el reconocimiento de los signos de gravedad.

En conclusión, respecto de la hemorragia puerperal, que es la complicación más frecuente y letal si no se atiende rápidamente, se observa lo siguiente:

- ▶ En todas las culturas indígenas existe una interpretación propia y un tratamiento establecido para esta complicación.
- ▶ Analizando por separado los tres momentos de atención (identificación, procedimientos auxiliares y tratamiento), es evidente que todas las culturas aciertan en la identificación, pues reconocen las señales. Sin embargo, fallan al valorar la gravedad de la complicación. Todas hacen referencia a la importancia de verificar si la placenta está completa, pero no reconocen que la parturienta puede fallecer en un período de dos horas.
- ▶ Los recursos terapéuticos para controlar la hemorragia —masajes en el vientre, hierbas o provocar náuseas— no son eficaces, salvo que se usen hierbas con efecto oxitócico como es el caso en algunas comunidades.
- ▶ La referencia a una partera en el caso de hemorragia puerperal significa perder valiosos minutos que serían mejor empleados en agilizar el traslado de la parturienta a un centro de salud o un hospital. La excepción es si la partera forma parte de un sistema de referencia que permite alcanzar rápidamente el hospital o un centro con capacidad para atender emergencias obstétricas.

CUADRO 2.1

### La hemorragia puerperal: confrontación de su percepción clínica y la de la comunidad indígena

| Momento                                    | Elementos clínicos clave  | Interpretación cultural construida por la comunidad indígena  | Efecto   |
|--|---|---|----------|
| <b>Identificación</b>                      | <i>Señales a observar:</i><br>Volumen del sangrado<br>Placenta incompleta<br>No hay contracción del útero | “No debe perder mucha sangre”<br>“Retención de placenta”<br>“Involución del útero”  | Positivo |
|  |   | “Frío que entró al cuerpo”<br>“Se hinchó la placenta”<br>“Limpieza del cuerpo”  | Neutro   |
|  | <i>Valorar la oportunidad para iniciar el tratamiento:</i><br>De inmediato, no esperar más de dos horas   | No hay percepción de que la ventana de tiempo para salvar la vida es de entre dos y tres horas  | Adverso  |
|  | <i>Valorar la gravedad:</i><br>Cuantificar el volumen del sangrado (superior a 500 cc)                    | Ausente<br>No se valora la magnitud del riesgo  | Adverso  |
| <b>Procedimientos</b>                      |   | “Revisar para ver si la placenta está completa”   |          |
| <b>Tratamiento (Recursos terapéuticos)</b> | Eficacia del tratamiento (qué tan rápido hace efecto el tratamiento)                                      | “Colocar el chumpi”<br>“Masajes en el vientre”<br>“Provocar las nauseas”<br>“Uso de hierbas”<br>[Algunas hierbas tienen efecto oxitóxico] | Adverso  |
|  | Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento)                                     | No hay percepción de que la ventana de tiempo para salvar la vida es de entre dos y tres horas  | Adverso  |
|  | Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)   | Sistema tradicional (partera)<br>Sistema desarrollado por el Estado   | Adverso  |

**Tratamiento tradicional del parto obstruido.** El cuadro 2.2 presenta una matriz que compara las percepciones clave y la atención del parto obstruido en los dos sistemas de salud.

Respecto del parto obstruido, complicación que la mayor parte de las veces requiere intervención quirúrgica, se observa lo siguiente:

- ▶ En todas las culturas existe una interpretación propia y un tratamiento establecido para esta complicación.
- ▶ Considerando por separado los tres momentos de atención (identificación, procedimientos, tratamiento), todas las culturas identifican acertadamente las señales de la complicación; más aún, las parteras son hábiles para reconocer las posiciones transversas. Sin embargo, fallan al valorar la gravedad de la complicación. Los recursos terapéuticos que utilizan no son eficaces para el manejo del problema de la presentación. No reconocen ni tienen parámetros para valorar cuán prolongada es la duración del trabajo de parto ni el grado de sufrimiento que experimenta el feto. A diferencia de lo observado en la complicación por hemorragia puerperal, en el caso del parto obstruido solo después de reiterados intentos fallidos de acomodo, las parteras y la comunidad en general consideran conveniente trasladar a la mujer gestante a un hospital del Estado.
- ▶ De acuerdo con nuestra revisión, los recursos terapéuticos para el manejo del parto obstruido que aplican los sistemas tradicionales de salud no resultan eficaces. Esta complicación, en el caso de la práctica occidental, se resuelve mediante el procedimiento quirúrgico de la cesárea. Este tipo de procedimiento médico colisiona drásticamente con la cultura indígena y genera situaciones de conflicto entre ambos sistemas.
- ▶ En la mayoría de las comunidades indígenas, se reconoce a la partera como la persona con la capacidad para resolver esta complicación. Eso se traduce en que la partera durante horas o días ensaye una serie de procedimientos terapéuticos y, solo cuando ha agotado ese recurso, se acude a los servicios del Estado. Como ya se ha mencionado, los establecimientos con capacidad para realizar una cesárea no están situados cerca de las comunidades indígenas. Así, el tiempo de traslado que se requiere más el tiempo perdido por la partera producen un parto muy prolongado, que una mujer apenas puede soportar sin que en ocasiones se produzca su muerte o la del feto.

**Tratamiento tradicional de la sepsis puerperal.** Al igual que en los dos cuadros anteriores, en el cuadro 2.3 se confronta la atención de la medicina oficial con la que ofrece la comunidad indígena frente a esta grave complicación.

CUADRO 2.2

### El parto obstruido: confrontación de su percepción clínica y la de la comunidad indígena

| Momento                                    | Elementos clínicos clave   | Interpretación cultural construida por la comunidad indígena   | Efecto   |
|--|--|--|----------|
| <b>Identificación</b>                      | <i>Señales a observar:</i><br>Duración del trabajo de parto<br>Presentación del feto | Reconocen que el feto se encuentra en posición transversa  | Positivo |
|  |  | Actividades en el campo. Caídas, golpes, levantar pesos. Sentarse en posición inadecuada provocando que el niño se salga de su eje y se ubique en la pierna, costilla o cadera de la madre |          |
|  | <i>Valorar la oportunidad para iniciar el tratamiento</i>                            |  | Adverso  |
|  | <i>Valorar la gravedad:</i><br>Labor prolongada de trabajo de parto                  | No se reconoce como un problema la duración del trabajo de parto   | Adverso  |
| <b>Procedimientos</b>                      |  | La partera mediante palpación reconoce la mala posición  | Positivo |
| <b>Tratamiento (Recursos terapéuticos)</b> | Eficacia del tratamiento (que tan rápido hace efecto el tratamiento)                 | El “manteo” o el “acomodo externo” no son eficaces   | Adverso  |
|  | Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento)                | Se hace el acomodo rápidamente. De muy baja eficacia   | Adverso  |
|  | Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)                        | En varias comunidades indígenas, si la partera actúa pero no funciona, se debe acudir al sistema del Estado  | Positivo |

## CUADRO 2.3

## La sepsis puerperal: confrontación de su percepción clínica con la de la comunidad indígena

| Momento                                    | Elementos clínicos clave   | Interpretación cultural construida por la comunidad indígena  | Efecto   |
|--|--|---|----------|
| <b>Identificación</b>                      | <i>Señales a observar:</i><br>Duración del trabajo de parto<br>Presentación del feto | Entuertos, fuertes dolores en el vientre, fiebre, dolor de cabeza   | Positivo |
|  |  | Frío que ingresa al cuerpo y que impide la expulsión de sangre del útero  |          |
|  | <i>Valorar la oportunidad para iniciar el tratamiento</i>                            |   |          |
|  | <i>Valorar la gravedad:</i><br>Labor prolongada de trabajo de parto                  | Puede llevar a la muerte  | Positivo |
| <b>Procedimientos</b>                      |  |   |          |
| <b>Tratamiento (Recursos terapéuticos)</b> | Eficacia del tratamiento (qué tan rápido hace efecto el tratamiento)                 | Entierro de la placenta. Cuidados durante el puerperio: se amarra la cabeza con un trapo para evitar que entre el viento, evitar el contacto con el agua fría, no salir de la casa por un mes | Adverso  |
|  | Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento)                |   | Adverso  |
|  | Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)                        | Derivación al servicio de salud   | Positivo |

La sepsis puerperal es una complicación que requiere iniciar lo más pronto posible el tratamiento con antibióticos. En este caso, se observa lo siguiente:

- En todas las culturas existe una interpretación propia y un tratamiento establecido para esta complicación.
- Analizando por separado los tres momentos de atención (identificación, procedimientos y tratamiento), todas las culturas reconocen las señales y aciertan en la identificación. No obstante, desconocen que la causa de sepsis es la falta de higiene durante la atención del parto. Los recursos terapéuticos que utilizan no son eficaces para su tratamiento. Tampoco cuentan con los parámetros para valorar la gravedad de la complicación ni la necesidad inminente de tratamiento, lo cual conduce a un inicio muy tardío del tratamiento antibiótico.
- La respuesta del sistema tradicional frente a esta complicación es lenta y con frecuencia tardía, posiblemente debido a la falta de parámetros para reconocer y valorar la gravedad de esta complicación.
- La mayoría de las comunidades reconoce y valora la atención de los servicios de salud occidentales para salvar la vida de la mujer al presentarse este tipo de complicación, pero acuden solamente cuando la paciente se encuentra en estado de gravedad.

**Tratamiento tradicional de la hipertensión inducida por el embarazo.** En el cuadro 2.4 se comparan dos perspectivas de la preeclampsia: su diagnóstico y tratamiento por parte de las comunidades indígenas y los elementos clave según la medicina clínica.

Respecto de la hipertensión inducida por el embarazo, se observa que:

- Al igual que se ha observado en las otras complicaciones, todas las comunidades tienen una interpretación propia y un tratamiento establecido para la hipertensión inducida por el embarazo.
- La hinchazón y “las chispas” o mareos, que son los signos más característicos de esta complicación, son plenamente reconocidas por todas las culturas, pero se falla en la percepción del riesgo. Las comunidades indígenas minimizan sus consecuencias.
- La respuesta del sistema tradicional frente a esta complicación no es eficaz, pues se persiste hasta el final con la partera, aun cuando la gestante presente convulsiones.

En conclusión, puede afirmarse que un mejor conocimiento de las distintas prácticas determinadas por el sistema tradicional de salud indígena durante el embarazo y el parto, así como de los procedimientos para diagnosticar las enfermedades y los recursos terapéuticos utilizados, permitirá

## CUADRO 2.4

## La hipertensión inducida por el embarazo: confrontación de su percepción clínica con la de la comunidad indígena

| Momento                                    | Elementos clínicos clave   | Interpretación cultural construida por la comunidad indígena              | Efecto   |
|--|--|---|----------|
| <b>Identificación</b>                      | <i>Señales a observar:</i><br>Duración del trabajo de parto<br>Presentación del feto | Edema en miembros inferiores<br>Mareos, chispas en los ojos o “ver luces” | Positivo |
|  |  | Presión que ejerce el bebé sobre los riñones<br>Gestantes débiles         |          |
|  | <i>Valorar la oportunidad para iniciar el tratamiento</i>                            |   | Adverso  |
|  | <i>Valorar la gravedad:</i><br>Labor prolongada de trabajo de parto                  | Al parecer no hay percepción de riesgo                                    | Adverso  |
| <b>Procedimientos</b>                      |  |   |          |
| <b>Tratamiento (Recursos terapéuticos)</b> | Eficacia del tratamiento (qué tan rápido hace efecto el tratamiento)                 | Buena alimentación  | Adverso  |
|  | Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento)                |   | Adverso  |
|  | Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)                        | Sistema tradicional (partera)   | Adverso  |

diseñar estrategias de promoción, prevención y atención en salud con un enfoque intercultural que incorpore las fortalezas de ambos sistemas en un todo coherente con el sistema cultural indígena.

### *La jerarquía de género y la autonomía de la mujer indígena*

Una mujer autónoma dentro de su hogar tiene el poder para tomar decisiones, usar los recursos disponibles dentro y fuera de su casa y actuar en su propio beneficio de acuerdo con sus intereses y necesidades. La autonomía, por ejemplo, permite a una mujer mejorar y mantener su salud, y acceder a servicios de salud preventivos o recuperativos. Sin embargo, en la vida real y dentro del contexto de las comunidades indígenas, la autonomía se encuentra limitada por elementos contextuales e institucionales. Uno de ellos es la jerarquía de las funciones que cada género debe cumplir y tiene consecuencias en cuanto a la libertad de elección y de acción para determinar el lugar y la forma de llevar a cabo el parto. Esa jerarquía se estableció a partir de la ruptura del equilibrio intrínseco de los conceptos de dualidad y complementariedad derivados de su cosmovisión.

Son numerosos los artículos que examinan el rol de la autonomía de la mujer y su efecto en aspectos del comportamiento y de la salud. Específicamente se ha documentado su efecto en la fecundidad (Dyson y Moore, 1983; Jejeebhoy, 1991; Abadain, 1996), el empleo de los métodos de planificación familiar (Dharmalingnam y Morgan, 1996; Govindasamy y Malhotra, 1996; Hogan y Berhanu, 1999) y el uso de los servicios de salud en la atención prenatal (Basu, 1992; Bhatia y Cleland, 1995; Bloom y Wypij, 2001; Matsumura y Gubhaju, 2001). (Consúltese la herramienta 3.)

## Factores que influyen en el uso de los servicios de salud

### *Acceso físico a los servicios de salud de atención al embarazo y al parto*

Como ya se ha indicado, la complicación obstétrica es una situación de urgencia, que requiere rápido acceso a establecimientos con la capacidad resolutoria para manejarla. Por ejemplo, en el caso de la hemorragia puerperal, el tiempo que transcurre entre el inicio de la complicación y la muerte de la mujer es de alrededor de dos horas. Por lo tanto, es necesario que la mayor proporción posible de hogares se encuentre a menos de dos horas de camino de un establecimiento con esa capacidad. No obstante, dependiendo del curso que siga la complicación, también puede requerir alguna intervención quirúrgica en un hospital.

Formulado de otra manera, el aspecto más importante es que, durante el parto, las mujeres tengan acceso físico a una red de establecimientos con capacidad para resolver complicaciones obstétricas quirúrgicas y de otra índole. Para usar como ejemplo estadísticas de Perú, el uso del servicio prenatal es frecuente en varios grupos de poblaciones indígenas. Sin embargo, la proporción de gestantes aymaras, quechuas o amazónicas que acuden a ellos para la atención del parto o la cesárea es muy baja. Cuando en el análisis se considera el factor de acceso físico, este resulta ser el principal factor limitante, independientemente del origen étnico o de tener seguro médico. La frecuencia de uso de los exámenes de laboratorio es más alta cuando el establecimiento queda a menos de 30 minutos del lugar de residencia de la gestante. En las poblaciones indígenas es muy poco probable conseguir esa constancia de uso, ya que habitualmente dichas poblaciones residen en zonas geográficas dispersas y remotas.

Los datos de Perú muestran, por ejemplo, el poco uso de exámenes de laboratorio entre las gestantes de poblaciones amazónicas, pero solo el 9% de esos grupos tiene acceso a un establecimiento con laboratorio a menos de 30 minutos de su lugar de residencia. En cambio, en los grupos aymaras y quechuas, cuyo acceso a este tipo de establecimientos es superior al 70%, el uso de exámenes de laboratorio es mucho más frecuente.

Si bien es complejo planificar y optimizar la distribución geográfica de la capacidad resolutive en zonas rurales, desarrollar alternativas de servicio efectivas en función del costo y diferentes del modelo tradicional de oferta fija constituye una tarea aun más compleja.

A diferencia del acceso físico a laboratorios para las pruebas de carácter preventivo, en la atención del parto —sobre todo si hay complicaciones— la posibilidad de acceder en menos de dos horas a un establecimiento con capacidad resolutive resulta clave para salvar la vida de la gestante, específicamente si la complicación es una hemorragia puerperal. Debido a que estas complicaciones son difíciles de predecir y se presentan de manera súbita, conforme se acerca la fecha del parto es necesario estar cerca de un servicio de salud disponible las 24 horas.

Los dos principales atributos de la oferta tienen que ser: que haya un número mínimo de establecimientos con capacidad para resolver las emergencias obstétricas neonatales básicas, y que esos establecimientos se encuentren geográficamente distribuidos de forma que se maximice el acceso en menos de dos horas a establecimientos que cumplen las funciones obstétricas.<sup>1</sup> Estos dos elementos configuran lo que se conoce como una *red de emergencia obstétrica y neonatal*.

---

<sup>1</sup> El criterio de dos horas se deriva del tiempo límite entre el inicio de la hemorragia posparto y la muerte de la paciente de no recibir atención en la emergencia.

En los países con una importante presencia de poblaciones indígenas, es común que esas comunidades estén dispersas en zonas de muy difícil acceso geográfico. En esa situación, aunque se duplique o triplique el número de establecimientos de salud, no se logra incrementar el acceso físico de una mayor población indígena a los servicios de salud. En Perú, esta situación es evidente en las comunidades amazónicas y, en menor medida, en las quechuas y aymaras.

Si bien la atención prenatal puede brindarse como un servicio de oferta móvil, esta opción no es aplicable a las emergencias obstétricas. Para superar este factor, se ha experimentado con otras alternativas como las casas de espera, pero la sostenibilidad financiera de estos servicios complementarios es un tema no bien resuelto. (Véase la herramienta 2, “Hacia la integración de una red de atención sanitaria”).

### *Financiamiento de los servicios de atención de la salud*

En general, financiar la atención de servicios de salud de poblaciones ubicadas en zonas dispersas tiene un alto costo unitario debido al bajo volumen de las atenciones. Esta situación implica que: 1) la responsabilidad financiera por parte del Estado es casi siempre incierta; 2) el servicio tiende a ser errático en su operación; 3) hay una elevada rotación de los recursos humanos y 4) casi siempre, la falta de medicamentos disponibles en el servicio induce al gasto de bolsillo en medicamentos, aun entre las gestantes aseguradas.

Si a los costos de la atención se agregan los costos indirectos por transporte y otros, el aspecto financiero no resuelto se convierte en la barrera principal para impedir el uso de los servicios de salud. En Perú prácticamente toda la población rural de gestantes está cubierta por el Seguro Integral de Salud incluidas las gestantes indígenas. Sin embargo, las comunidades amazónicas deben pagar un alto costo de transporte que no está cubierto por el seguro, lo que impide el uso de este servicio.

Independientemente de la condición de pobreza, origen étnico o residencia geográfica de la usuaria, en diferentes encuestas poblacionales se documenta que los familiares, durante el parto normal o complicado, realizan gastos de bolsillo, sobre todo en la compra de medicamentos, incluso cuando las usuarias están afiliadas a un seguro público. Ya se trate de un parto normal o complicado, la mayor parte de las veces las gestantes indígenas tienen que alejarse grandes distancias de su vivienda. Un elemento principal para que se incremente el uso de los servicios, en el caso del parto y sus complicaciones, es establecer mecanismos financieros que garanticen la operación del sistema de referencia y contrarreferencia.

Además de los factores mencionados, hay otros dos reconocidos como prioritarios que influyen en el uso de los servicios por parte de la población

indígena. Por una parte están las normas que regulan la prestación, específicamente las que se refieren a la infraestructura de los centros obstétricos, el equipamiento a ser utilizado y el protocolo mismo de atención. Por otra parte, se han logrado muy pocos avances en la regulación de los aspectos financieros que más afectan el acceso a los servicios, como es el caso del sistema de referencia y contrarreferencia, sobre todo en países donde la geografía es compleja y la población está muy dispersa. (Véase la herramienta 4, “Accesibilidad económica a la atención sanitaria”).

### *Capacidad de respuesta del sistema de salud*

A pesar de la eficacia de los servicios de salud para resolver emergencias, la población indígena contrasta la atención del sistema formal de salud con la eficacia y las bondades del sistema tradicional. Cualquier experiencia negativa de un poblador indígena (por ejemplo que un familiar haya fallecido en el servicio de salud), se convierte en un potente elemento inhibitor del uso del servicio.

En los diferentes estudios cualitativos de poblaciones indígenas, se concluye de manera reiterada que los establecimientos que el Estado ha puesto a su disposición se perciben como mal contruidos, que el personal “no sabe” y no siempre atienden, y los medicamentos “no curan”, entre otras percepciones negativas. En este sentido, es contraproducente acercarse a las comunidades indígenas servicios de salud cuya calidad no es posible garantizar. La mala experiencia con un servicio no solamente tiene efectos negativos sobre su uso, sino que en general desacredita a todos los demás servicios. Es decir, en el caso de una emergencia obstétrica, la experiencia negativa de un control prenatal puede ser la razón para no acudir a los centros de salud u hospitales.

La resolución de las complicaciones obstétricas depende del uso de ciertos medicamentos, pero también es indispensable contar con personal médico que sepa manejar las cuatro complicaciones antes señaladas. La calidad técnica no se mantiene cuando los establecimientos de salud ubicados en zonas dispersas no atienden un volumen suficiente de usuarias para que el personal mantenga su competencia. Esta situación en muchos casos obliga a tener que implementar procesos de entrenamiento continuo de los recursos humanos.

Las coberturas de uso de la atención prenatal son altas, aun en zonas indígenas, pero en contraste con esos valores, es común encontrar que la cobertura del parto institucional es baja. En estudios cualitativos se ha documentado que en las poblaciones indígenas hay una mayor resistencia a atender el parto en servicios de salud. Este resultado proviene no solo del desencuentro entre la oferta de los servicios y las expectativas culturales

de los pobladores respecto de la atención del parto, sino también de la desconfianza en la eficacia de la atención, quizá debido a experiencias previas adversas. En situaciones extremas, la comunidad percibe como arriesgado acercarse a un establecimiento de salud.

Ante la imposibilidad de predecir o prevenir la complicación obstétrica, el primer elemento decisivo es el diagnóstico oportuno, pero el segundo—sobre todo en las pacientes que viven en zonas dispersas— es disponer de un sistema que garantice la continuidad de atención apropiada desde la comunidad hasta un primer establecimiento de salud y desde allí hasta otro de mayor complejidad técnica, según corresponda para atender la emergencia.

En la referencia de gestantes indígenas con complicaciones obstétricas a centros de nivel más complejo, el financiamiento es el aspecto crítico que determina su acceso al servicio, sobre todo cuando hace falta una intervención quirúrgica. Normalmente, los subsidios del Estado entregados mediante seguros públicos solamente cubren los costos de la atención. Sin embargo, hay otros costos relacionados con el transporte, la estancia en la ciudad, la alimentación y, en algunas situaciones, los gastos de bolsillo que debe realizar la usuaria para pagar sus medicamentos. Aparte de los aspectos culturales, quizá este sea uno de los factores que explican la muy baja cobertura de cesáreas en comunidades indígenas. Estadísticamente, sin tener en cuenta las condiciones étnicas y de pobreza, al menos el 5% de los partos presentará complicaciones que requieren cirugía. En Perú, este indicador no excede del 3% entre los aymaras y quechuas, y en las comunidades amazónicas es inferior al 1%. (Consúltese la herramienta 2.)

## Caminos causales críticos

Diseñar un programa para la reducción de la mortalidad materna es una tarea compleja. Dependiendo del contexto político, la situación económica del país, la diversidad étnica y la geografía, la iniciativa pronto puede convertirse en difícil de implementar y caer en la desarticulación. Esta situación se agudiza aun más cuando muchos participantes, en el afán de contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compiten entre sí para poner en marcha sus proyectos de reducción de la mortalidad materna. En ese sentido, no es suficiente contar con un diagnóstico que comprenda la magnitud de los determinantes y sus relaciones de causalidad, sino que, con la perspectiva de dotar de carácter estratégico al diseño del programa, surge la tarea adicional de identificar los caminos causales críticos y asignarles un orden de prioridad. Desde el punto de vista técnico, el orden de prioridad se establece en función de los siguientes elementos: 1) la magnitud

del factor; 2) la fuerza de la relación de causalidad, y 3) la disponibilidad de intervenciones para superar la influencia del factor.

### *Jerarquización de los caminos causales*

Después de procesar la información recopilada mediante la aplicación de las herramientas propuestas en este manual, se analiza la magnitud de cada factor y la fuerza de su relación de causalidad. Este último dato proviene de la revisión sistemática de datos publicados. Sobre la base de estos dos elementos, se elabora una primera jerarquización de los factores causales. Seguidamente se agrega el tercer criterio, que es la vulnerabilidad del factor, después del cual se logra una jerarquización final de los factores causales. Por cada uno de ellos se construye un camino causal que vincule el factor con la mortalidad materna.

En el esquema 2.1, se muestra un ejemplo del posible ordenamiento de caminos causales críticos. Este ordenamiento es diferente de país a país e incluso entre regiones y comunidades indígenas de un mismo país.

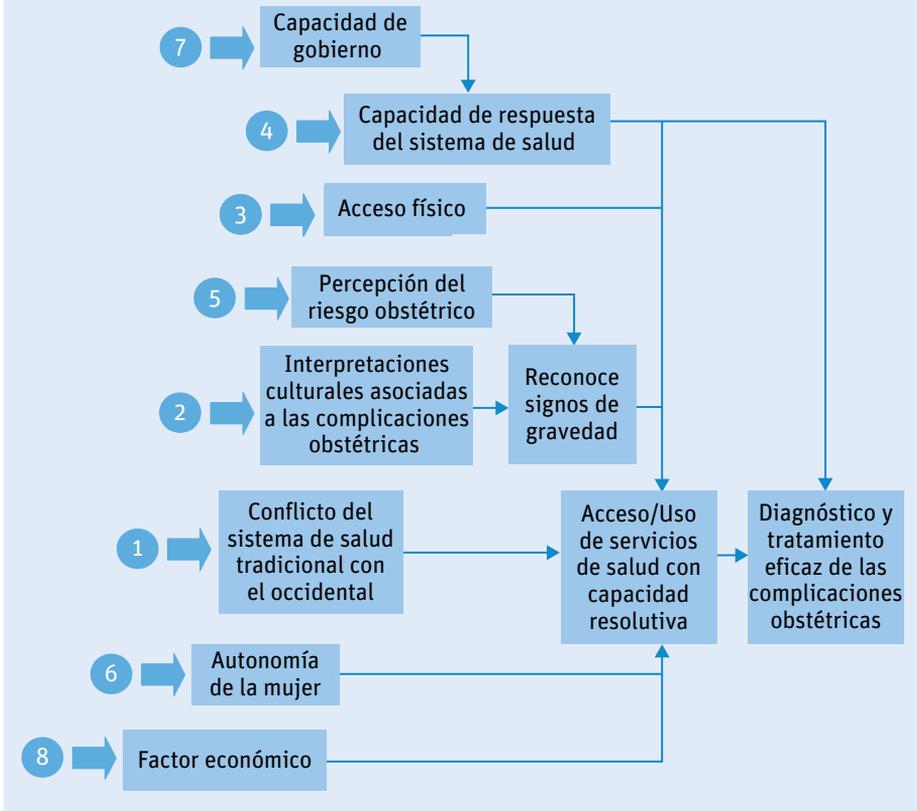
En el ejemplo se observa que la prioridad número 1 se ha adjudicado al camino causal que se inicia en el factor *conflicto del sistema de salud tradicional con el occidental*. Sigue a la derecha con *uso del servicio de salud* y continúa con *diagnóstico y tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas*. Nótese que el camino causal en este caso es más relevante que los otros que tienen como punto de inicio *acceso físico o capacidad de respuesta del sistema de salud*. La situación ilustrada bien podría representar a las comunidades aymaras del departamento de Puno, Perú. Se trata de una comunidad indígena sin problemas de acceso físico a dos hospitales regionales, con capacidad para atender complicaciones quirúrgicas y no quirúrgicas las 24 horas, y con servicios de cuidados intensivos. Sin embargo, según estudios cualitativos, las mujeres aymaras tienen la percepción de que el hospital es muy riesgoso y se resisten a la cesárea y a la transfusión de sangre, dado que estos procedimientos contradicen sus creencias.

En segunda prioridad se ubica el camino causal que se inicia con el factor *interpretaciones culturales*. Tal como indica el esquema, en esta comunidad el acceso físico y la capacidad de respuesta tienen menos prioridad que los factores culturales.

La jerarquización de los caminos causales permite priorizar intervenciones y delinear un orden y un momento para ejecutarlas. Mediante la jerarquización, el diseño del programa adquiere el carácter de estrategia. Por eso es muy recomendable dedicar el tiempo necesario a profundizar el análisis e identificar caminos causales.

Cuando los factores causales son analizados de manera agregada, se puede caer en el error de pasar por alto caminos causales que luego resultan

Esquema 2.1 Ejemplo de una jerarquización de caminos causales críticos



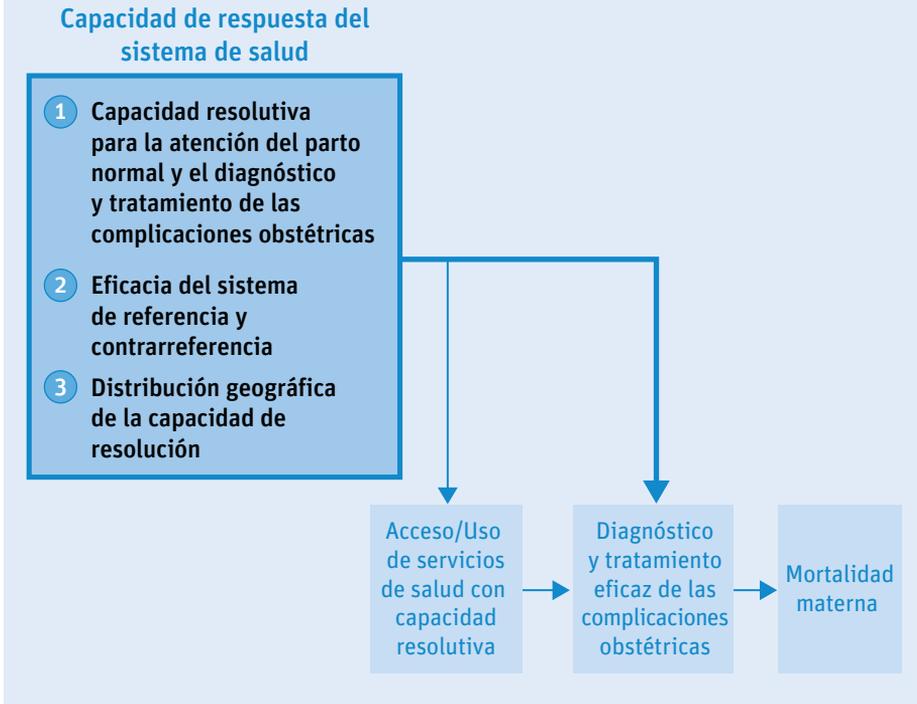
ser críticos. En ese sentido, es preciso desagregar los factores tanto como sea necesario, reconsiderar su prioridad y reordenar los caminos causales.

### *Desagregación, reconsideración de prioridad y reordenación de los caminos causales*

Los factores presentados en el esquema 2.1 están agregados. Como ejercicio, vamos a desagregar los factores marcados con las prioridades 1, 2, 3 y 4, y vamos a volver a priorizar los subfactores siguiendo los mismos criterios de magnitud y fuerza.

**El factor capacidad de respuesta del sistema de salud.** En el esquema 2.2, este factor se desagrega en tres subfactores: 1) capacidad resolutive para la

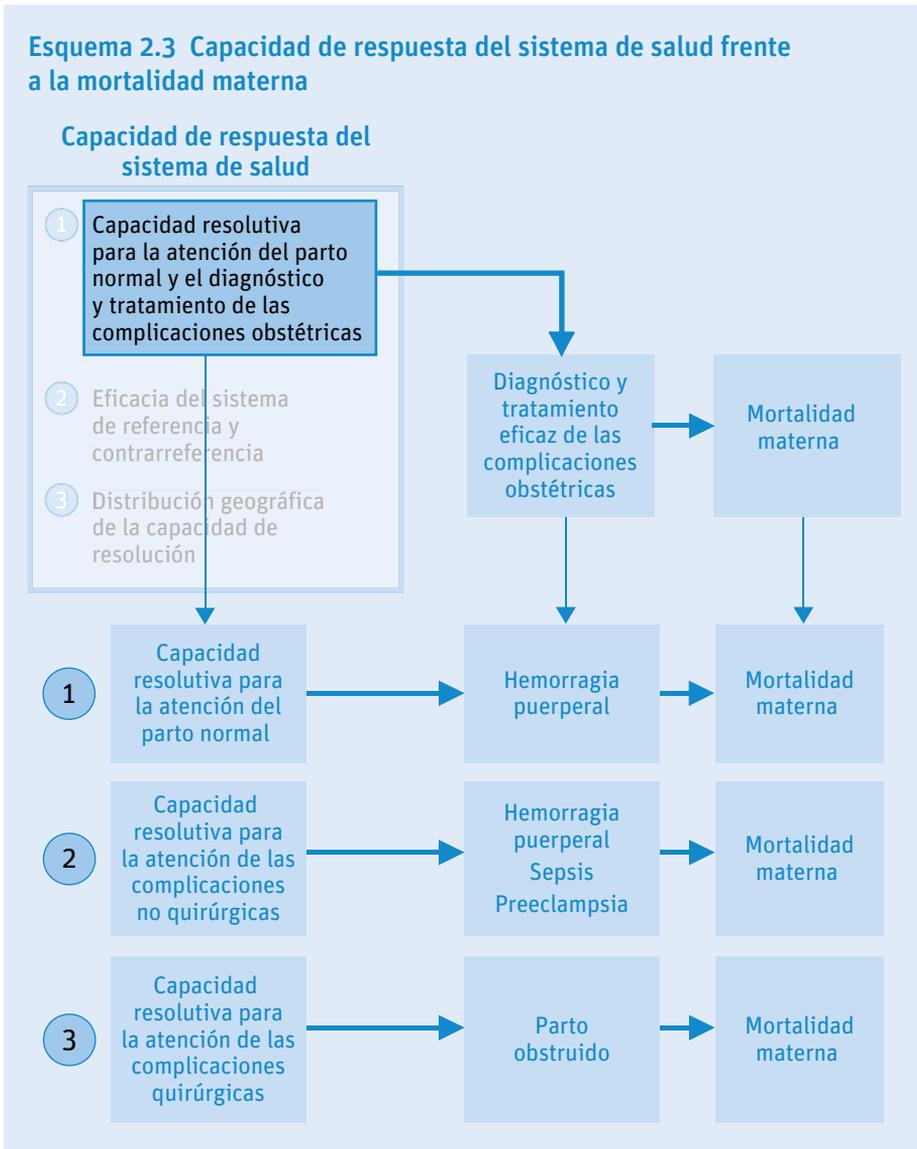
## Esquema 2.2 Capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la mortalidad materna



atención del parto normal y el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones obstétricas; 2) eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia, y 3) distribución geográfica de la capacidad de resolución. Si se analiza lo anterior con mayor detenimiento, se reconoce que hay amplias diferencias entre la capacidad resolutive que se necesita para atender un parto normal, uno complicado que no requiere intervención quirúrgica y otro que sí la requiere.

Esta situación nos lleva a un tercer nivel de desagregación del factor. En el esquema 2.3, se presenta la desagregación de estos tres subfactores. Este mayor nivel de desagregación también plantea la necesidad de esclarecer y reordenar los caminos causales. Como se observa en el esquema 2.3, por cada uno de los factores recién identificados se configuran diferentes caminos causales.

El camino que se inicia en el subfactor capacidad resolutive para la atención del parto normal continúa en hemorragia puerperal para terminar en

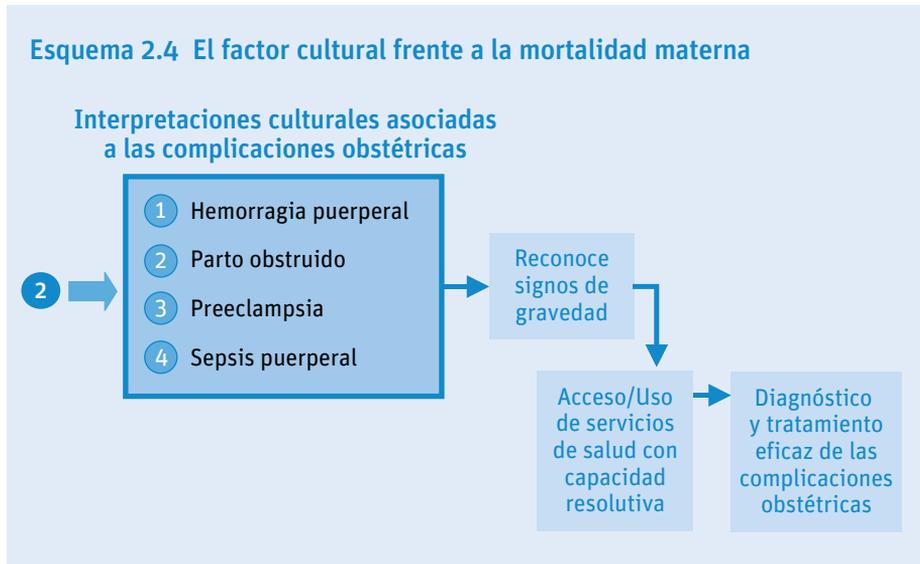


mortalidad materna (1). En cambio, el que se inicia en capacidad resolutiva para la atención de las complicaciones quirúrgicas (3) sigue hacia parto obstruido y luego hacia mortalidad materna. Como veremos más adelante, estos tres caminos causales desagregados, en términos de diseño de un programa, significan implementar intervenciones en un orden diferente, en momentos diferentes y con modalidades diferentes de expansión de la intervención.

Del mismo modo, en los esquemas 2.4, 2.5, 2.6 y 2.7, se presenta la desagregación de los factores *cultural*, *conflicto del sistema de salud tradicional con el occidental*, y *acceso físico y económico*, respectivamente. Por ejemplo, para los dos primeros factores, luego de aplicar la herramienta 3 y analizar sus resultados, se concluye que es conveniente desagregar el factor *interpretación cultural* por cada una de las cuatro principales complicaciones, y el factor *conflicto de sistemas de salud tradicional con el occidental* en los cinco elementos que se indican en el esquema 2.5.

Desagregar y priorizar una y otra vez los factores causales contribuye a lo siguiente:

- ▶ Focalizar con mayor precisión las intervenciones.
- ▶ Tener establecido un orden de asignación de recursos, lo que facilita la reasignación de recursos en caso de restricciones presupuestarias.
- ▶ Encontrar especificidades que implican modificar las intervenciones en curso o buscar otras opciones.
- ▶ Programar una secuencia de intervenciones, comenzando por las que se sabe con seguridad que son prioritarias.



### Esquema 2.5 Conflicto del sistema de salud tradicional con el occidental frente a la mortalidad materna

#### Conflicto del sistema de salud tradicional con el occidental

- 1 El idioma del profesional
- 3 El trato del profesional de salud
- 6 Ambientación de la sala de atención de partos
- 2 Colisión del protocolo de atención con las costumbres
- 4 Conflicto con la presencia de la partera
- 5 Intolerancia del personal de salud frente a las creencias y prácticas indígenas

Acceso/Uso de servicios de salud con capacidad resolutive

Diagnóstico y tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas

### Esquema 2.6 Acceso físico frente al uso de los servicios de salud

#### Acceso físico

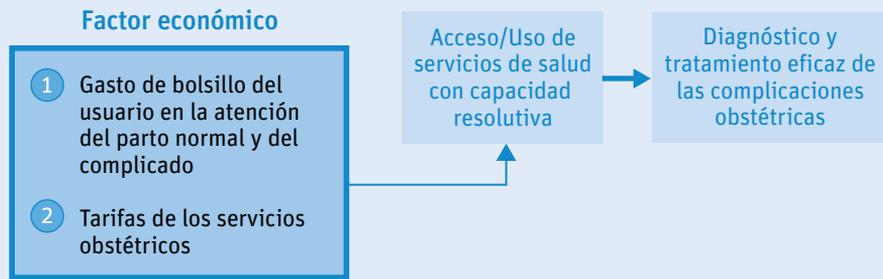
- 1 Distribución espacial de los establecimiento con capacidad resolutive
- 2 Distancia mayor a dos horas, falta de comunicación y transporte

3

Acceso/Uso de servicios de salud con capacidad resolutive

Diagnóstico y tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas

### Esquema 2.7 Acceso económico frente al uso de los servicios de salud



## Intervenciones para reducir la mortalidad materna

En esta sección se explica la relación entre los caminos causales y las intervenciones que, según la revisión de los estudios sobre el tema, resultan recomendables para reducir la mortalidad materna. Al igual que en la definición de los caminos causales, los dos elementos más importantes son: 1) basar la selección de intervenciones en datos fidedignos obtenidos de la revisión bibliográfica sistemática y la evaluación crítica de los resultados de estudios científicos clínicos, y 2) asignar a las intervenciones un orden de prioridad en función de la relación entre su costo y eficacia.

En la práctica, no siempre es posible disponer de datos que correspondan exactamente a todas las intervenciones. Además, la idea no es solo poner en marcha intervenciones de eficacia comprobada, sino también establecer claramente el estado del conocimiento que respalda las intervenciones elegidas para el programa. Las intervenciones no apoyadas por experiencias científicas deberán formar parte de una agenda prioritaria de estudios que deben realizarse a medida que se ejecuta el programa.

A diferencia de los datos factuales que se requieren para apoyar las relaciones de causalidad, los cuales pueden basarse en estudios observacionales, las intervenciones tienen que justificarse sobre la base de estudios experimentales o cuasiexperimentales, comparativos y aleatorizados, que son los más apropiados para documentar su eficacia.

### Enfoques generales de las intervenciones

En teoría, las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas debidas a complicaciones de la gestación pueden enfocarse en tres momentos: 1) al evitar los embarazos; 2) al prevenir las complicaciones en las mujeres ya embarazadas, y 3) al tratar apropiadamente las complicaciones que surjan.

El *primer enfoque* está orientado a evitar los embarazos no deseados, o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos, habrá menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y, por lo tanto, menos muertes maternas. Tanto la lógica de este enfoque como su funcionamiento parecen claros. Sin embargo, su aplicación alcanzaría solo una parte del problema, puesto que seguiría habiendo embarazos y mujeres en riesgo de muerte materna, ya que el objetivo de la intervención no es evitar todos los embarazos.

En el *segundo enfoque*, la idea es emplear alguna tecnología para identificar a las gestantes en mayor riesgo de sufrir complicaciones y realizar intervenciones dirigidas a prevenir esos problemas. Hay determinados grupos de gestantes que están en mayor riesgo que otros de sufrir complicaciones debido a antecedentes médicos u obstétricos como la edad avanzada, ciertas afecciones o la cantidad de hijos por mujer. Las multíparas corren un mayor riesgo de atonía uterina y las nulíparas, de preeclampsia. Sin embargo, con excepción de algunos pocos casos, estos factores de riesgo tienen muy poco valor previsible para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. Es el caso, por ejemplo, al tratar de identificar qué mujeres sufrirán hemorragia puerperal por retención placentaria o complicaciones debidas a distocia por mala presentación fetal.

En una revisión sistemática llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de las pruebas de tamizaje para identificar tempranamente a las gestantes propensas a sufrir de preeclampsia (Conde-Agudelo, Villar y Lindheimer, 2004) se concluyó que estas pruebas tienen muy bajo valor pronóstico y están lejos de ser útiles en el medio clínico. En el mejor de los casos, los factores de riesgo identificarían al 30% de las gestantes que sufrirán alguna complicación. La gran mayoría —más del 70%— de las complicaciones y las muertes ocurre de manera inesperada y en gestantes sin factores de riesgo. En varias publicaciones se reconoce ampliamente la baja sensibilidad de los factores de riesgo para predecir quiénes sufrirán complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

Excepciones notables a lo recién comentado ocurren con la mortalidad debida a abortos inducidos en los cuales el factor de riesgo —es decir, las maniobras abortivas— resulta evidente. En cuanto a otras acciones para prevenir complicaciones, es preciso tener en cuenta el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia puerperal (McCormick, Sanghvi et al., 2002; Gulmezoglu, Villar et al., 2001) y la reducción de la sepsis puerperal mediante el uso de medidas higiénicas preventivas. Es especialmente importante evitar el tacto vaginal frecuente para evaluación obstétrica durante la labor de parto (Goodburn, Chowdhury et al., 2000).

Con respecto a las estrategias o intervenciones para prevenir las complicaciones, exceptuando los casos mencionados arriba, no hay pruebas deci-

sivas de que ello pueda lograrse. Se han realizado diversos estudios, incluso ensayos clínicos grandes, con el objeto de examinar el efecto de ciertas intervenciones para prevenir la preeclampsia. A priori se esperaba que los resultados más prometedores se relacionaran con el suministro oral de calcio (a mujeres con insuficiente ingesta de calcio) o de dosis bajas de aspirina. Sin embargo, los estudios sobre estas intervenciones mostraron solo reducciones marginales de la preeclampsia, por lo que todavía no hay ninguna recomendación para su uso como medida de salud pública (OPS, 2000).

Como consecuencia del insuficiente valor predictivo de los factores de riesgo y de su poca influencia en la prevención de complicaciones, lo más conveniente para el bienestar de la población es entender que *toda gestante está en riesgo de sufrir alguna complicación del embarazo y de fallecer como consecuencia* (Maine y Rosenfield, 1999).

Con respecto al *tercer enfoque* —dada la dificultad de predecir y prevenir las complicaciones— la única posibilidad que resta es resolver las emergencias obstétricas cada vez que se presentan. Las intervenciones necesarias para tratar las complicaciones obstétricas se conocen desde hace más de 60 años. Una prueba fehaciente de que cierto grupo de medidas terapéuticas disminuye la mortalidad materna es la gran reducción observada en los países desarrollados en el corto período transcurrido entre los años 1930 y 1940. Esa reducción coincidió con la disponibilidad de los antibióticos, las transfusiones sanguíneas y los bancos de sangre, y el empleo de técnicas quirúrgicas y anestésicas de muy bajo riesgo. Anteriormente, las cifras de mortalidad materna se habían estabilizado por más de 100 años en valores cercanos a las 500 muertes por cada 100.000 nacimientos (Maine y Rosenfield, 1999).

## Capacidad de respuesta necesaria del sistema de salud

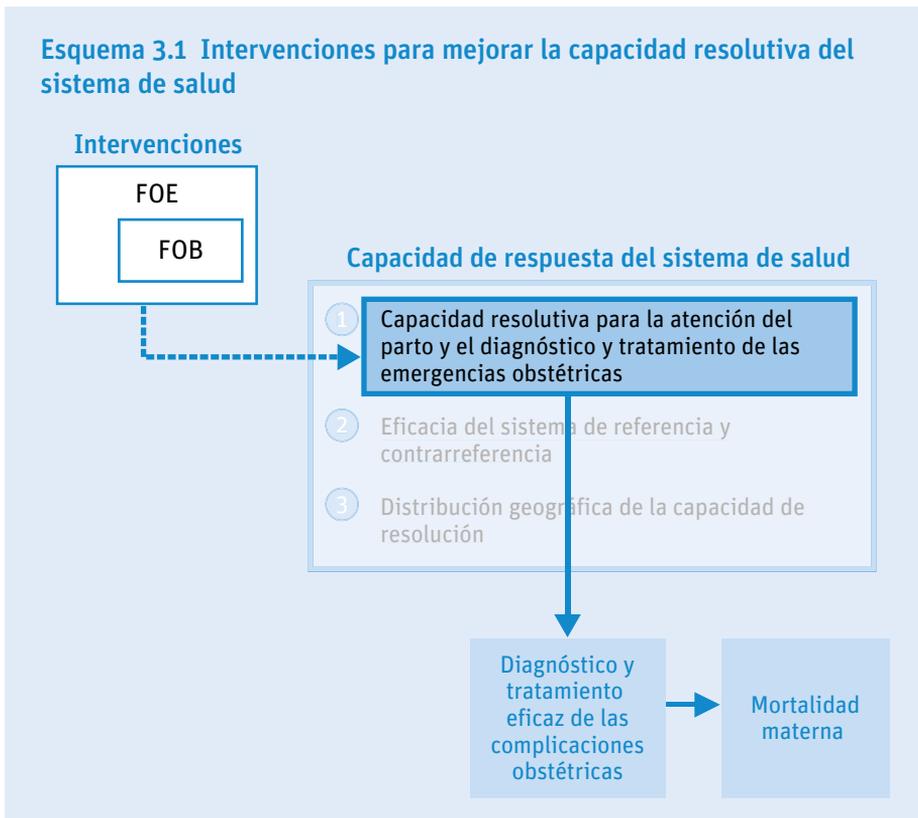
El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han identificado un grupo de intervenciones clave para tratar las complicaciones obstétricas más importantes, ya aquí listadas. Ese conjunto de intervenciones se conoce como *funciones obstétricas para el cuidado de emergencia*. (Unicef, OMS, UNFPA, 1997).

En establecimientos con la capacidad de resolver emergencias obstétricas, esas funciones se clasifican en dos niveles:

- a) Funciones obstétricas básicas (FOB):
  - administración parenteral de oxitócicos;
  - administración parenteral de antibióticos;

- administración parenteral de anticonvulsivos;
  - extracción manual de la placenta;
  - remoción de productos retenidos (por ejemplo, aspiración manual endouterina), y
  - parto vaginal asistido (por ejemplo, ventosa obstétrica).
- b) Funciones obstétricas esenciales (FOE):
- las seis FOB arriba listadas;
  - intervenciones quirúrgicas (por ejemplo, las cesáreas), y
  - transfusiones de sangre.

En el esquema 3.1, se presenta el camino causal crítico identificado en la sección anterior, al cual se han agregado las intervenciones que se acaban de señalar en los párrafos previos. Las flechas con línea continua corresponden al camino causal, mientras que las de línea partida vinculan la intervención con el camino causal. Así, en este esquema y en los siguientes,



la flecha con línea continua denota causalidad y la de línea partida indica intervención.

La importancia de diferenciar estas flechas se basa en que las de línea continua están respaldadas por estudios observacionales y las de línea partida, por estudios experimentales o cuasiexperimentales.

Tal como se indicó en la sección anterior, cuando se presentó el ejercicio de desagregar, volver a priorizar y reordenar los caminos causales, el factor *capacidad resolutive para la atención del parto y el diagnóstico y tratamiento de las emergencias obstétricas* fue desagregado.

En el esquema 3.2, en la medida en que se tienen identificados con mayor claridad los caminos causales, se muestra cuán fácil es la tarea de vincular y alinear la intervención con el resultado final.

Disponer de estos esquemas, donde se observa el proceso desde la intervención hasta el resultado final, contribuye a lo siguiente:

- 1) Permite al equipo técnico del programa, según el contexto donde se encuentra y el estado de implementación de las intervenciones, determinar un orden de ejecución de esas intervenciones y el momento de iniciarlas.

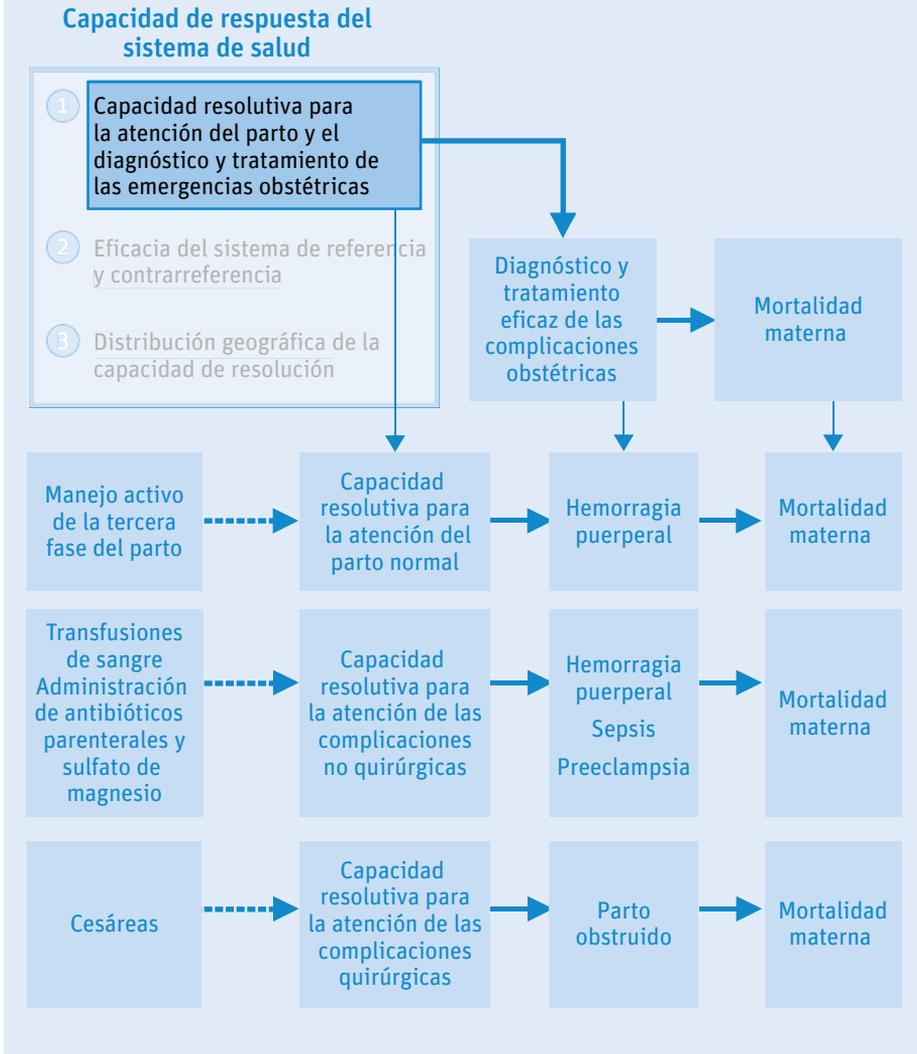
Por ejemplo, poner en marcha el *manejo activo de la tercera fase del parto* es una intervención muy sencilla. El medicamento que se usa (oxitocina) es muy seguro. Puede ser administrado por enfermeras, obstetras<sup>1</sup>, médicos generales e incluso por técnicos o auxiliares de salud. Además, es de muy bajo costo y generalmente no presenta problemas de almacenamiento en los establecimientos de salud. Como es un medicamento de uso habitual en los servicios de obstetricia, el personal requiere muy poca capacitación para emplearlo, o es suficiente un corto período de adiestramiento de 10 a 15 días. Además, esta intervención contribuye a prevenir la hemorragia puerperal, primera causa de muerte materna en las comunidades indígenas y rurales. Según los estudios, la mitad de los casos de hemorragia puerperal se hubiesen evitado mediante el manejo activo de la tercera fase (McCormick, s/f).

El manejo activo de la tercera fase del parto —tanto por su viabilidad, como por su eficacia y porque, específicamente en nuestra zona, forma parte de un camino causal prioritario que es la hemorragia puerperal—, puede ser la primera intervención en ejecutarse. En un escenario de severas restricciones presupuestarias, podría ser la única

---

<sup>1</sup> A los efectos de esta publicación se utilizará el término “obstetrix”, de uso corriente en Perú, para referirse a la persona que “provee, oferta, y administra atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia, a la mujer, familia y la comunidad, en forma científica, tecnológica, sistematizada y coordinada con los demás profesionales de la salud” (Art. 2 de la Ley de Trabajo de la Obstetrix del Perú, Ley Nro. 27.853 del año 2002).

### Esquema 3.2 Intervenciones para mejorar la capacidad resolutive del sistema de salud (desagregado)



intervención posible hasta lograr mayores recursos. Su implementación, aun en sistemas de salud con muy alta rotación de personal, no presenta contratiempos.

En contraste con el uso de la oxitocina, *la administración de sulfato de magnesio para el tratamiento de la preeclampsia* requiere mayores

conocimientos. Por ejemplo, es muy difícil que un técnico o auxiliar —aun después de mucho adiestramiento— tenga la capacidad de administrar sulfato de magnesio. Incluso enfermeras, obstetrices y médicos generales requieren cierto tiempo de capacitación antes de saber manejar ese medicamento.

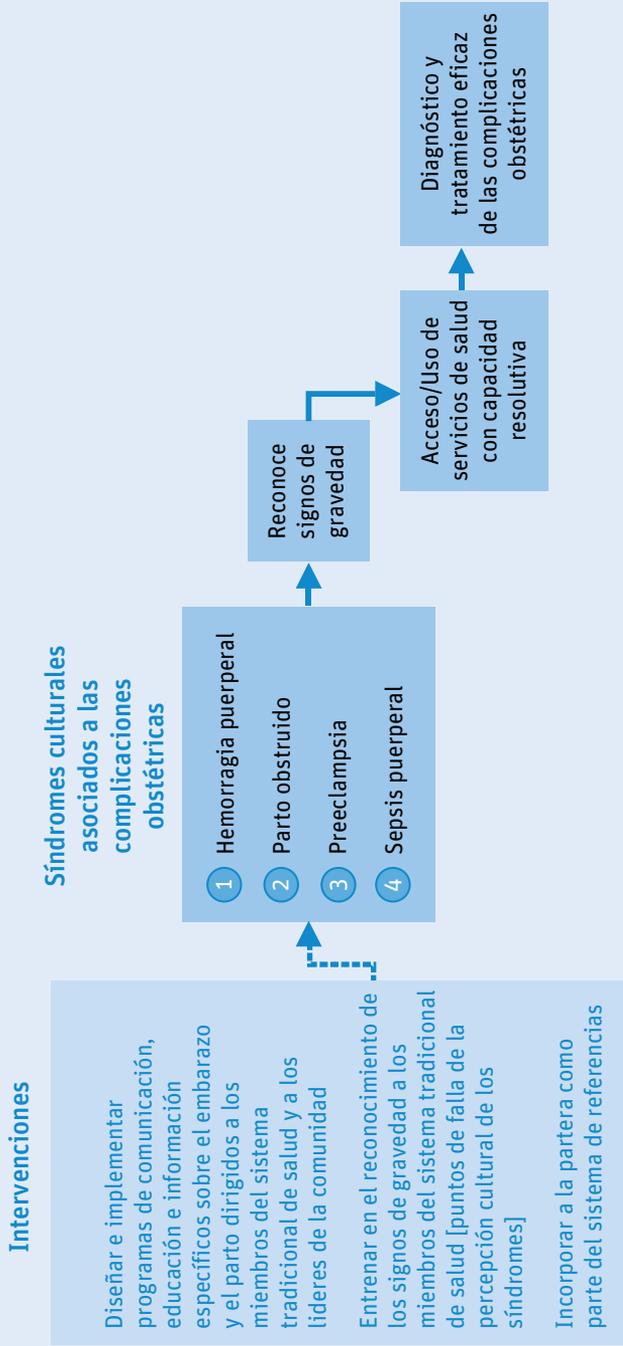
Como la preeclampsia es un evento de baja frecuencia, no resulta fácil atender continuamente a un número suficiente de casos para mantener preparado al personal. Por lo tanto, se hace más complejo y costoso su adiestramiento. Por otra parte, el personal ya capacitado pierde rápidamente la competencia cuando trabaja en establecimientos donde es bajo el volumen de casos, como ocurre en los puestos rurales. Esta intervención, en sistemas de salud con muy alta rotación de personal en centros de salud donde se atiende a una población dispersa, es muy sensible a los avances y retrocesos. Lograr su sostenibilidad implica introducir cambios significativos en el sistema de salud, los cuales requieren mayor planeamiento. Podrían, por ejemplo, ofrecerse incentivos para lograr retener por mayor tiempo al personal en zonas rurales o poner en marcha un sistema de adiestramiento continuo para evitar que, por razones de baja demanda, el personal pierda la competencia.

- 2) Facilita priorizar las intervenciones en escenarios de restricciones presupuestarias y establece cómo asignar los recursos cuando hay una mayor disponibilidad de ellos. Este aspecto es muy relevante, pues en los países donde la mortalidad materna es un problema de salud pública, el entorno económico también suele ser muy adverso debido a problemas como la inflación, el déficit presupuestario, la reducción del producto interno bruto, la pobreza y la desigualdad. A veces surge una crisis económica que obliga al ministerio de Economía a adoptar drásticas, y a veces súbitas, políticas de ajuste del gasto público con el consiguiente recorte del presupuesto. Ante este escenario, si un programa no está basado en un sólido análisis anterior que determina el orden de prioridad de caminos causales e intervenciones, es común que el administrador del programa recorte el presupuesto destinado a todas las intervenciones sin observar un orden de prioridad. Es decir, resulta más apropiado concentrarse en unas cuantas intervenciones críticas, que intentar continuar implementándolas todas de manera incompleta.
- 3) Imparte un carácter estratégico no solo al diseño del programa, sino también a su ejecución, con lo cual se incrementa la posibilidad de éxito. El éxito de un programa es la suma de éxitos que va alcanzando durante su ejecución. Mostrar resultados lo más temprano posible es esencial para su continuidad y, dependiendo del contexto político del país, es imprescindible comenzar por poner en práctica aquellas intervenciones de eficacia demostrada y fácil inclusión en el sistema de salud.

- 4) Ayuda a seleccionar los indicadores para el monitoreo y a identificar cuáles son los puntos de evaluación. En otras palabras, ayuda a determinar selectivamente cuál es el cuerpo de conocimiento que debe producirse para la gestión de las intervenciones, a la par que se va ejecutando el programa.

En los esquemas 3.3, 3.4, 3.5 y 3.6 se muestran las intervenciones más comúnmente aplicadas y alineadas a los caminos causales presentadas en el capítulo anterior: interpretaciones culturales asociadas a las complicaciones obstétricas, acceso físico a establecimientos con capacidad resolutive, conflicto entre los sistemas de salud tradicional y occidental, y autonomía de la mujer dentro del hogar.

Esquema 3.3 Intervenciones para modificar la percepción cultural de las complicaciones obstétricas



### Esquema 3.4 Intervenciones para mejorar el acceso físico a establecimientos con capacidad resolutive

#### Intervenciones

Mejorar la capacidad resolutive de establecimientos que en razón de su ubicación geográfica requieren un tiempo de acceso físico superior a dos horas

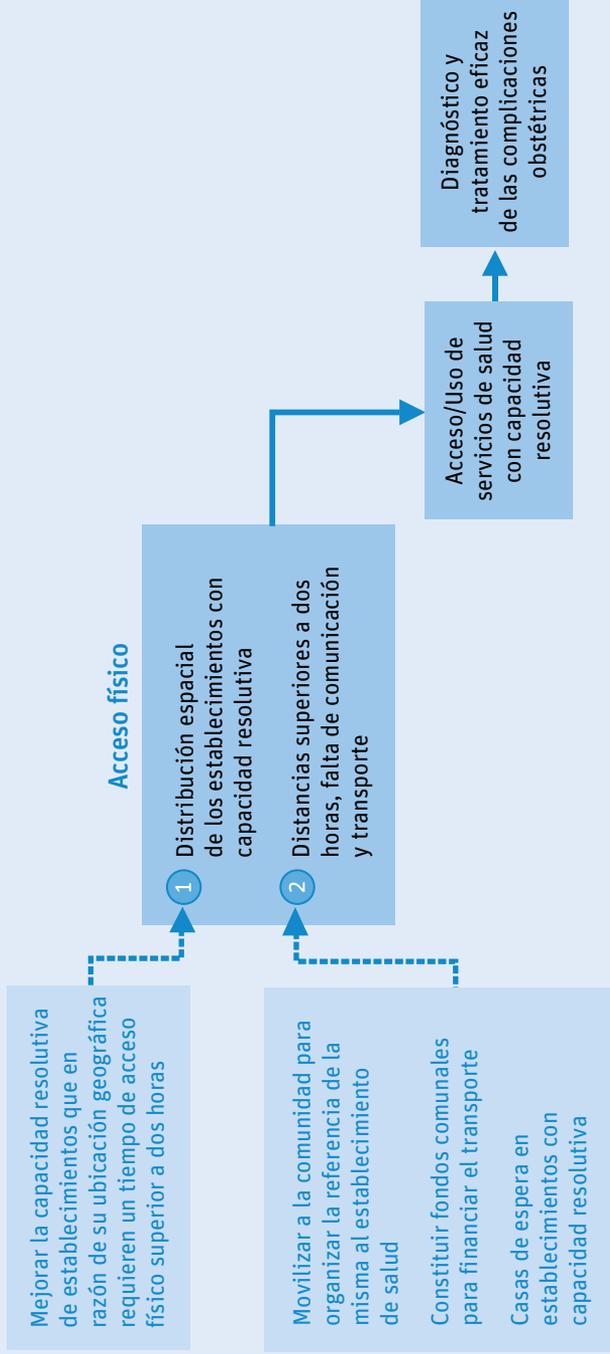
Movilizar a la comunidad para organizar la referencia de la misma al establecimiento de salud  
 Constituir fondos comunales para financiar el transporte  
 Casas de espera en establecimientos con capacidad resolutive

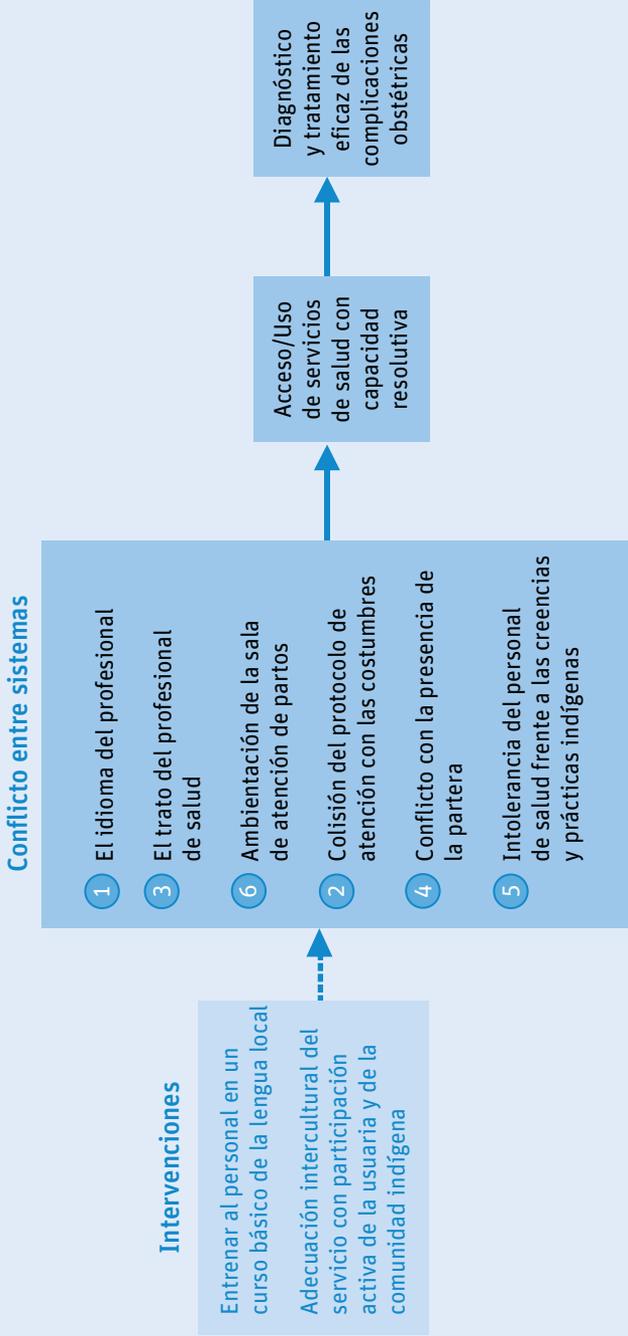
#### Acceso físico

- 1 Distribución espacial de los establecimientos con capacidad resolutive
- 2 Distancias superiores a dos horas, falta de comunicación y transporte

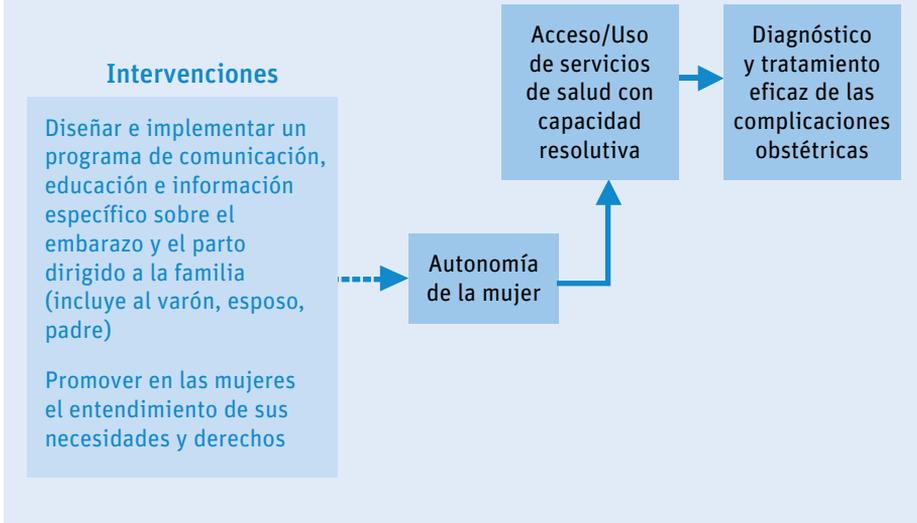
Acceso/uso de servicios de salud con capacidad resolutive

Diagnóstico y tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas



**Esquema 3.5 Intervenciones para reducir el conflicto entre los sistemas de salud tradicional y occidental**

### Esquema 3.6 Intervenciones para incrementar la autonomía de la mujer dentro del hogar



## Apéndice 3.1

### Resumen de las investigaciones que sustentan la eficacia de las intervenciones incluidas en el paquete FOB y FOE para reducir la mortalidad materna

Un conjunto de estudios documenta la efectividad de las intervenciones orientadas a proveer cuidado obstétrico de emergencia (establecimientos que cumplen funciones FOB/FOE).

Se realizó un estudio cuasiexperimental en Matlab, Bangladesh, entre 1987 y 1990. Matlab es una zona rural de Bangladesh con una población (en esa época) de 100.000 habitantes, con una mortalidad infantil de 110 por cada 1.000 nacidos vivos y un analfabetismo del 40%. Este estudio comparó dos áreas geográficas; en una de ellas se intervino ubicando parteras profesionales entrenadas en el manejo del parto normal y de emergencias obstétricas en dos establecimientos de salud periféricos. Adicionalmente se ubicó una clínica materna con funciones obstétricas básicas (FOB) en Matlab. Las emergencias que superaban la capacidad de las parteras profesionales eran referidas activamente a la clínica materna o al hospital del distrito que proveía funciones obstétricas esenciales (FOE). En caso de emergencia, las parteras tenían el deber de acompañar a las gestantes a los establecimientos de mayor nivel. Además el transporte estuvo facilitado por la disponibilidad de un bote y un motorista las 24 horas del día, así como de una ambulancia para la referencia desde Matlab al hospital de distrito. Al comparar la mortalidad materna en la época anterior a la intervención, entre 1976 y 1986, y la mortalidad en los tres años de la intervención (1987–1989), se observó que esta se había reducido en casi un 50%. Tal reducción no se observó en el área control.

Un estudio de cohortes en una zona rural de la India<sup>2</sup> documentó los resultados obstétricos y los costos del cuidado de mujeres residentes en 25 aldeas cercanas al pueblo de Jamkhed, el lugar de un proyecto de salud rural. Entre otras intervenciones, este proyecto se condujo en un hospital que admitía 4.000–5.000 pacientes al año y que entrenaba trabajadores de salud para la zona rural. Estos trabajadores proveían educación básica en salud, servicios clínicos, incluida la asistencia de partos domiciliarios, y reconocimiento y referencia de complicaciones. Estos trabajadores identificaban y hacían un seguimiento a las mujeres gestantes en sus aldeas y

---

<sup>2</sup> McCord C, Premkumar R, Arole S, Arole R. Efficient and effective emergency obstetric care in rural Indian community where most deliveries are at home. *Int J Gynecol Obstet* 2001;75:297–307.

registraban detalles relevantes del embarazo y el parto, entre ellos: el lugar del parto y las complicaciones que se presentasen, incluso en el caso de las mujeres que dejaban la aldea para tener el parto en otros lugares. Además del hospital que cumplía funciones obstétricas esenciales, existían varios centros de salud privados y dos hospitales gubernamentales que también cumplían funciones obstétricas. Estaban ubicados más lejos, pero dentro del alcance de algunas de las aldeas en el área de estudio. Se recogió información de 2.905 gestaciones en el período de enero de 1996 a julio de 1999, procedente de los registros de los trabajadores de salud rural. En total hubo 2.861 partos de gestaciones  $\geq 24$  semanas. La mayoría de estos (85%) ocurrió en el domicilio de la gestante, y fue generalmente atendido por un miembro de la familia. El 23% de los partos domiciliarios fue atendido por los trabajadores de salud rurales y un 4% por otras personas (médicos privados, trabajadores de salud gubernamentales o parteras tradicionales). Del 15 % de partos que ocurrieron en hospitales o centros de salud, la mayoría comenzó siendo atendido en los domicilios, y posteriormente se transfirió a las parturientas a un establecimiento de salud durante la labor de parto. En total, aproximadamente un 15% de las gestantes tuvo complicaciones durante el embarazo. Las mujeres con complicaciones tuvieron mayor probabilidad de tener el parto en un hospital o un centro de salud privado (79%), una situación que los autores atribuyen al conocimiento de la población de los signos de alarma de complicaciones obstétricas y la disposición de buscar atención especializada (autorreferencia). La tasa de partos por cesárea ascendió al 2% de todos los partos en la población. Sólo dos muertes maternas fueron registradas en la cohorte (una en el domicilio y otra en el hospital, ambas debidas a hemorragia), representando una razón de mortalidad materna (RMM) de 70 por 100.000 nacidos vivos (con intervalos de confianza bastante amplios, dados los pequeños números). Los autores estimaron con un 95% de confianza que la RMM estuvo por debajo de 250 por 100.000 nacidos vivos, la mitad de la registrada para toda India. Este estudio provee un ejemplo más del modelo 1 de atención obstétrica descrito por Koblinsky (1999).

En Guinea Bissau, África, de 10.931 gestaciones registradas prospectivamente en una cohorte de seis años, 85 resultaron en muerte materna.<sup>3</sup> Además de las variables sociodemográficas y otras recogidas a nivel individual, el estudio consignó información de otros factores relacionados con la disponibilidad y el uso de los sistemas de salud: presencia de un puesto de salud en la comunidad, distancia al centro de salud más cercano y distancia

---

<sup>3</sup> Hoj L, da Silva D, Hedegaard K, Sandstrom A, Aaby P. Factors associated with maternal mortality in rural Guinea-Bissau. A longitudinal population-based study. *Br J Obstet Gynecol* 2002;109:792-9.

al hospital más cercano. La mortalidad materna estuvo fuertemente asociada con una mayor distancia (6–25 km frente a 0–5 km) del hospital. Una distancia mayor a 25 km incrementó aún más el riesgo de muerte materna. Ni la presencia de una posta médica en la comunidad ni la proximidad a un centro de salud resultaron ser factores predictivos. En este estudio representativo del nivel nacional (20 conglomerados de 100 mujeres fueron seleccionados de forma aleatoria en cinco de las ocho regiones del país), más del 92% de la población de estudio vivía a cinco o más kilómetros del hospital más cercano, resultando que la mayoría de las mujeres estudiadas corrió un riesgo incrementado de muerte materna debido a la falta de acceso a los hospitales. De los factores estudiados, identificados durante el control prenatal, solamente el embarazo gemelar fue predictivo de muerte materna. Adicionalmente la muerte fue más frecuente en los embarazos que terminaron en muerte fetal.

Un estudio prospectivo en Bamako, Mali,<sup>4</sup> muestra que el acceso a los cuidados obstétricos no es suficiente si este no es de buena calidad. En este estudio se hizo un seguimiento de todos los embarazos en un período de tres años, desde la captación de la gestante hasta un año posparto. La RMM obtenida de  $327 \times 100.000$  era consistente con los datos de otras zonas urbanas del oeste de África. Casi el 90% de las mujeres de la cohorte tuvo sus partos en hospitales, y todas ellas tuvieron fácil acceso a cuidados obstétricos de emergencia. Algunas de las causas de las 15 muertes registradas sugieren atención obstétrica de mala calidad. Por ejemplo, una mujer falleció de hemorragia luego de ruptura uterina a pesar de haber tenido un parto hospitalario; otras dos murieron de sepsis luego de partos por cesárea. Los autores concluyeron que la escasa calidad de la atención obstétrica puede resultar en una RMM más alta de lo esperada en situaciones donde los servicios de atención obstétrica (“funciones obstétricas”) están disponibles.

En el siglo XIX, las condiciones de vida (nutricionales, sanitarias, etc.) mejoraron en Europa y América del Norte, lo cual resultó en importantes reducciones de la mortalidad infantil y mortalidad debido a enfermedades infecciosas (por ejemplo tuberculosis), antes de que la tecnología para combatir directamente estas enfermedades hubiera sido desarrollada. En ese período, sin embargo, la mortalidad materna no se redujo. Desde 1840 (cuando recién hubo disponibilidad de información sobre muertes maternas), en el Reino Unido la mortalidad materna permaneció alta por más de un siglo, mientras las otras causas de muerte acusaron una reducción drástica. A mediados de la década de 1930, en Europa y América del Norte

<sup>4</sup> Etard JF, Kodio B, Traore S. Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:60-5.

la mortalidad materna disminuyó de manera importante y en un período de tiempo bastante corto; tanto, que ya no fue más un problema de salud pública. En 1934 hubo en el Reino Unido (exceptuando Escocia) 441 muertes por 100.000 nacidos vivos, mientras que en 1950 dichas muertes se redujeron a 87 y en 1960 a 39. Situaciones similares también se dieron en el resto de Europa y América del Norte. Esta reducción en la mortalidad se debió fundamentalmente a la disponibilidad de la tecnología para el manejo de las emergencias obstétricas: antibióticos (las primeras sulfas y la penicilina) para el manejo de infecciones, bancos de sangre para transfusión y técnicas quirúrgicas seguras y apropiadas (la cesárea).<sup>5</sup>

Estudios de caso recientemente publicados de las experiencias en Sri Lanka y Malasia en la segunda mitad del siglo XX<sup>6</sup> proporcionan lecciones de particular relevancia a países con ingresos bajos o intermedios. En Sri Lanka la RMM se redujo a la mitad (de 1.056 a 486) entre 1947 y 1950 (tres años). En Malasia, la RMM también se redujo a la mitad (de 534 a 282) en un período de siete años (1950–1957). Ambos países lograron disminuir nuevamente sus RMM a la mitad en los 13 años subsiguientes y en la actualidad tienen muy bajos niveles de mortalidad materna. Estas reducciones drásticas fueron atribuidas a la implementación de intervenciones paso a paso, de acuerdo con las capacidades de sus sistemas de salud. Los esfuerzos iniciales, cuando la mortalidad era alta, se focalizaron en mejorar la disponibilidad de los servicios, lo cual se logró por medio de una red creciente de establecimientos rurales que fueron capaces de tratar y referir emergencias. Una vez que la disponibilidad básica estuvo asegurada, los esfuerzos se dirigieron primero hacia el incremento del uso y luego hacia la mejora de la calidad. Los factores clave fueron la profesionalización del cuidado obstétrico (profesionalización de las parteras), pero no de manera aislada, sino como parte integral de una red creciente de establecimientos provistos de drogas y equipamiento y con el respaldo de un sistema de referencia (a establecimientos con FOB/FOE) para el manejo de complicaciones que no pudieran ser manejadas en establecimientos rurales. En ambos países la motivación para efectuar esta serie de cambios no fue reducir la mortalidad materna, sino asegurar el acceso de los pobres al sistema de salud. Por último, el uso de información generada por medio de registros vitales, auditorías médicas, etc. permitió retroalimentar las experiencias obtenidas facilitando la sostenibilidad del compromiso político inicial. La experiencia

---

<sup>5</sup> Loudon I., *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800–1950*. Oxford Clarendon Press, 1992.

<sup>6</sup> Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins J, Rajapaksa L, Lissner C, de Silva A, et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Health, nutrition and population series. Washington DC, Banco Mundial, 2003.

de estos países resulta instructiva y además paradigmática, puesto que las reducciones en la mortalidad materna ocurrieron cuando ambos países tenían productos internos brutos (PIB) per cápita bastante bajos y con gastos en salud bastante modestos (comparables a los gastos en salud y los PIB per cápita que se observan actualmente en muchos países muy pobres con alta RMM). Los estudios concluyen que los resultados extraordinarios obtenidos por Malasia y Sri Lanka no provinieron de su nivel de gasto sino de haber definido las políticas correctas. Estas políticas se caracterizaron por la implementación en etapas de: 1) una red de establecimientos amplia y accesible con capacidad de resolver emergencias obstétricas, y 2) la capacitación y distribución óptimas de parteras “profesionalizadas”. Ambas estrategias fueron vistas como complementarias (no en competencia), e importantes para asegurar una reducción de la mortalidad materna, mientras el sistema de salud aún se desarrolla.

Un estudio ecológico reciente relacionó estimados de mortalidad materna de 16 lugares en ocho países en el oeste de África con cinco indicadores de cuidado materno:<sup>7</sup> proporción de partos atendidos por personal capacitado, proporción de partos en cualquier establecimiento de salud, proporción de partos en centros de salud que no sean hospitales, proporción de partos en hospitales (establecimientos que pueden realizar cirugías) y proporción de partos por cesárea. Es posible que muchos de los hospitales en este estudio hayan calificado como FOB (es decir, no realizaban transfusiones) aunque esto no se evaluó de manera empírica. De los cinco indicadores tres correlacionaron relativamente bien con las RMM estimadas: proporción de partos atendidos por personal capacitado ( $R^2 = 0,43$ ,  $p = 0,006$ ), proporción de partos por cesárea ( $R^2 = 0,34$ ,  $p = 0,027\%$ ) y proporción de partos hospitalarios ( $R^2 = 0,29$ ,  $p = 0,045$ ). No hubo asociación entre la RMM y el porcentaje de partos en establecimientos de salud que no fueran hospitales, aunque en las áreas estudiadas la mayoría de los partos atendidos por personal entrenado ocurrieron en estos establecimientos.

Sumado al enfoque de la atención obstétrica de emergencia, otra estrategia que aparece con bastante frecuencia en la bibliografía es el parto atendido por personal competente. Ambas estrategias se superponen de manera considerable. En primer lugar, todas las atenciones obstétricas de emergencia son realizadas por personal que cae en la definición de “personal competente” (es decir, un médico, una enfermera o una obstetrix entrenadas con las habilidades para manejar embarazos normales no complicados, el parto y el puerperio inmediato, y la identificación, manejo y referencia de

<sup>7</sup> Ronsmans C, Etard J-F, Walraven G, Hoj L, Dumont A, de Bernis L. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Trop Med Int Health* 2003;8:940-8.

complicaciones en mujeres y neonatos). En segundo lugar, los establecimientos que cumplen funciones obstétricas para el manejo de emergencias (FOB/FOE) proveen el apoyo y el nivel de referencia necesario para el personal competente que trabaja en establecimientos de menor nivel, sin los recursos para resolver las emergencias obstétricas pero más cerca de las comunidades. En este caso resulta clave la capacidad de reconocer y referir oportunamente los casos con complicaciones a establecimientos FOB/FOE. Finalmente todos los países con bajos registros de muertes maternas tienen ambos: alta proporción de partos atendidos por personal competente y acceso universal a establecimientos que cumplen funciones FOB/FOE. Un concepto importante dentro de la consideración del personal competente es la disponibilidad de un “ambiente facilitador”, es decir infraestructura, equipamiento, medicinas, etc. que permiten al personal de salud ejercer sus competencias.<sup>8</sup>

Los modelos presentados previamente nos ofrecen la oportunidad de hacer una valoración cualitativa de la contribución de la atención del parto por personal de salud a la reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, el modelo 2 involucra personal de salud en la atención del parto. Sin embargo aun en estas condiciones se requerirá un nivel de referencia con capacidad de resolver emergencias obstétricas, si es que se espera que este modelo sea efectivo. La principal diferencia entre el modelo 2 y el modelo 1 (parto atendido por el personal de salud), ambos con el mismo nivel de referencia, estriba en la capacidad del personal de salud para tener un reconocimiento y una decisión de referencia tempranos ante la presencia de una complicación obstétrica. Se esperaría también que el personal de salud estuviese en mejores condiciones y/o tuviese mejor capacidad de coordinar y hacer efectiva una referencia hacia los establecimientos FOB/FOE.

---

<sup>8</sup> Graham WJ, Bell JS & Bullough CH. 2001. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17:97–130.

## Implementación

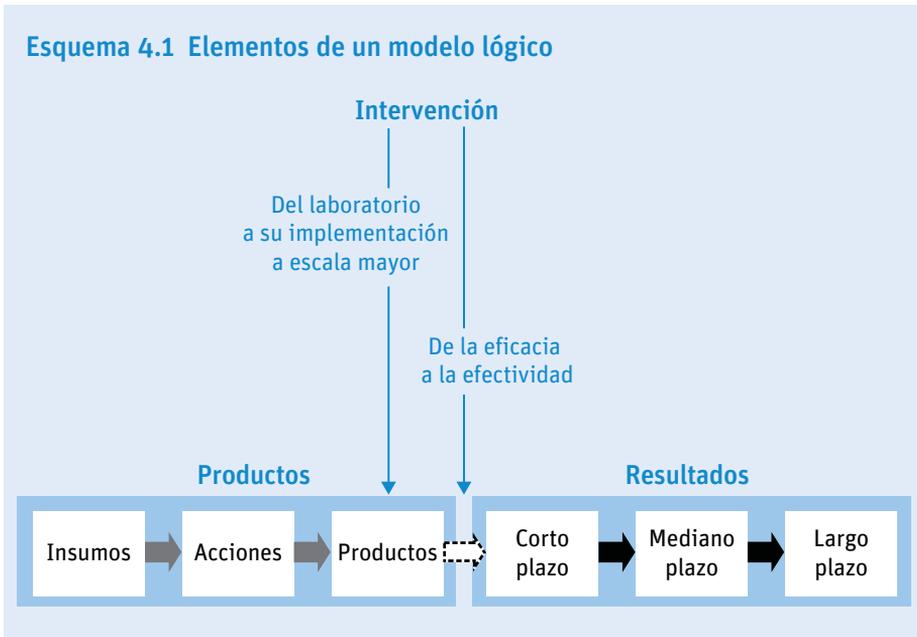
Este capítulo desarrolla los aspectos a considerar durante la implementación de las intervenciones, para lo cual es conveniente elaborar previamente el modelo lógico de las intervenciones a fin verificar la consistencia del diseño del programa.

### Elaboración del modelo lógico del programa

Una vez identificados los caminos causales críticos, y efectuadas su jerarquización y su vinculación con las intervenciones, es de utilidad elaborar su respectivo modelo lógico, camino causal por camino causal. El esquema 4.1 representa las conexiones entre insumos, acciones, productos y resultados e ilustra cómo el presupuesto asignado al programa se vincula con los resultados.

Este esquema del modelo lógico está constituido por rectángulos y flechas. Los rectángulos se dividen en dos grupos: los rectángulos de resultados y los de productos. Entre los de resultados se diferencian tres tipos: largo plazo, mediano plazo y corto plazo, mientras que los de producto son: insumos, acciones y productos.

Las conexiones que se establecen entre productos hasta alcanzar el resultado de largo plazo, también denominado resultado final, se sustentan en las evidencias disponibles. Estas flechas que conectan son diferentes entre sí, pues como ya se explicó antes la flecha continua se origina en estudios observacionales que exploran relaciones de causalidad, mientras que la flecha de línea discontinua se sustenta en estudios experimentales o cuasiexperimentales que evalúan eficacia. Las pruebas para ambas flechas son de carácter universal. Por ejemplo, el estudio que demostró la eficacia de la oxitocina para prevenir la hemorragia puerperal (flecha de línea discontinua) no solo es válido para el lugar donde se realizó sino que su aplicación tiene un carácter más amplio. Algo similar podemos decir del sulfato de



magnesio aplicado contra la preeclampsia (flecha de línea discontinua), o de la hemorragia puerperal en relación con la mortalidad materna (flecha de línea continua).

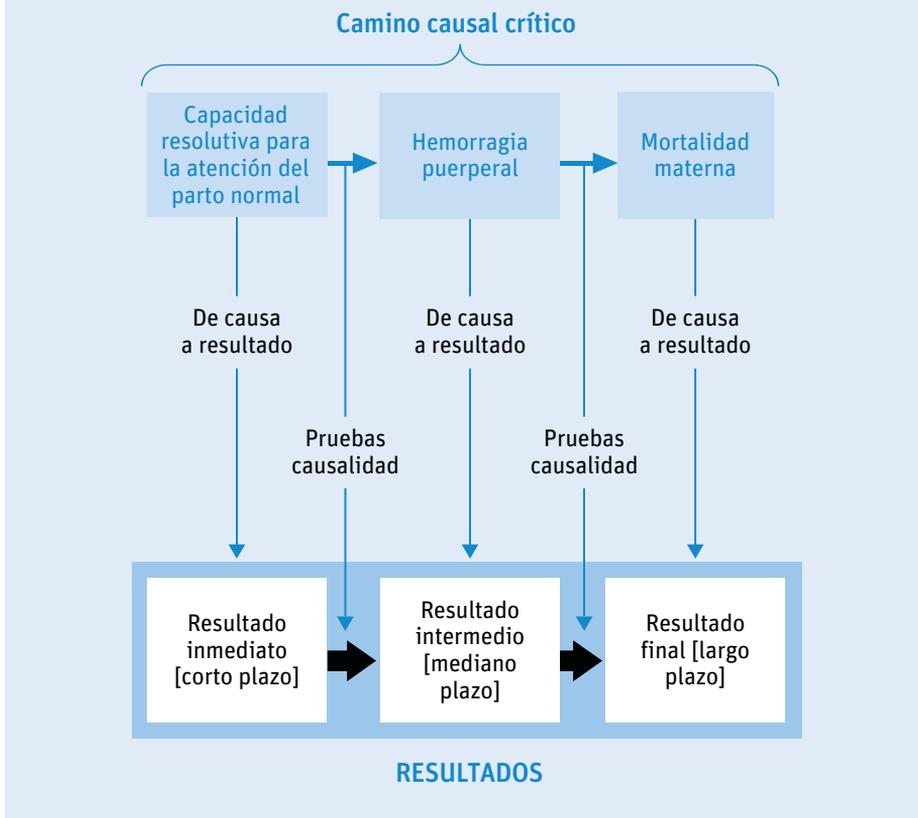
En cambio, la flecha gris refiere a relaciones específicas del contexto donde se implementa el programa, y aunque para documentarlas se aplican técnicas experimentales o cuasiexperimentales de investigación, su validez es más restringida.

Un modelo lógico ayuda a comunicar y compartir con el equipo de trabajo de manera sencilla y precisa la racionalidad del programa. Así, cuando a los rectángulos unidos por las flechas de línea continua, que representan el diseño de la estrategia, se les agrega la flecha de línea discontinua, se completa el diseño del programa, y cuando se agregan las flechas grises se obtienen el plan de implementación del programa, los costos y el presupuesto. En términos de evaluación, la eficiencia del programa se asocia con las flechas grises; en cambio, la efectividad del programa se vincula con las flechas de línea continua y discontinua.

El primer paso en la construcción del modelo lógico es transformar cada una de las causas de un camino causal priorizado en resultados, tal como se muestra en el esquema 4.2.

El segundo paso es transformar en producto la intervención o las intervenciones vinculadas con el camino causal crítico. (Véase el esquema 4.3.)

Esquema 4.2 Camino causal crítico y cadena de resultados



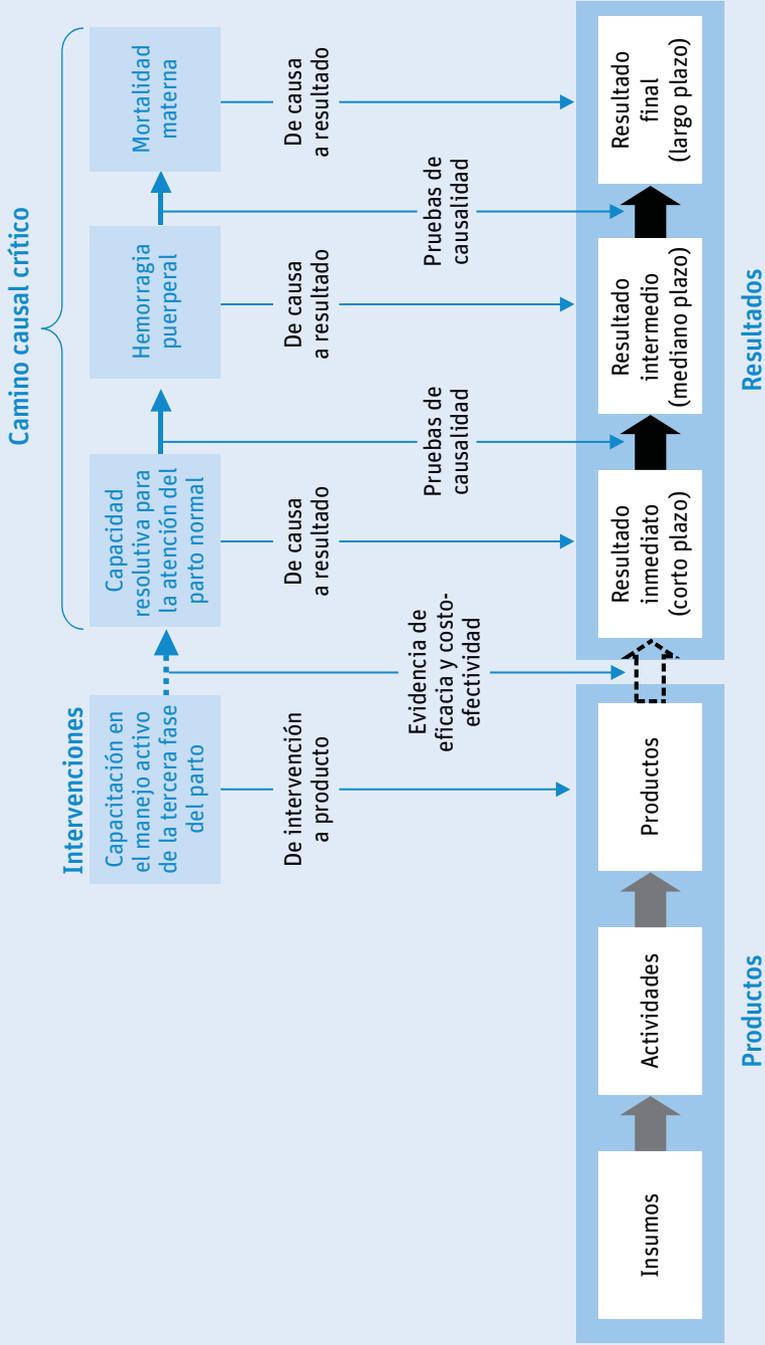
Respecto del primer paso, al momento de convertir la causa en resultado se deben precisar cuatro elementos por cada uno de ellos:

- ▶ En quiénes se espera observar los cambios.
- ▶ Qué condición o característica va a cambiar.
- ▶ Cuál será la magnitud del cambio de la condición de interés.
- ▶ En cuánto tiempo se observará el cambio.

Respecto del segundo paso, al convertir la intervención en un producto también son cuatro los elementos a precisar:

- ▶ Quiénes son los beneficiarios directos.
- ▶ Qué van a recibir los beneficiarios directos.

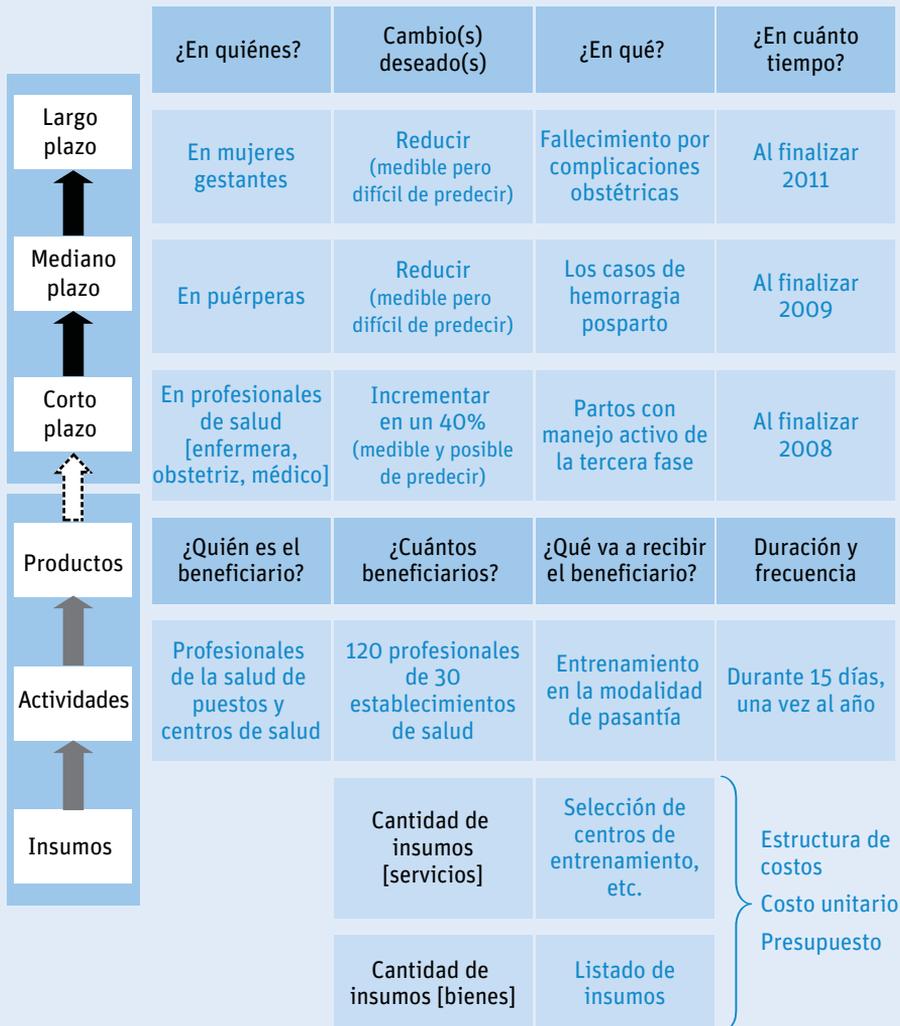
Esquema 4.3. Intervenciones y producto



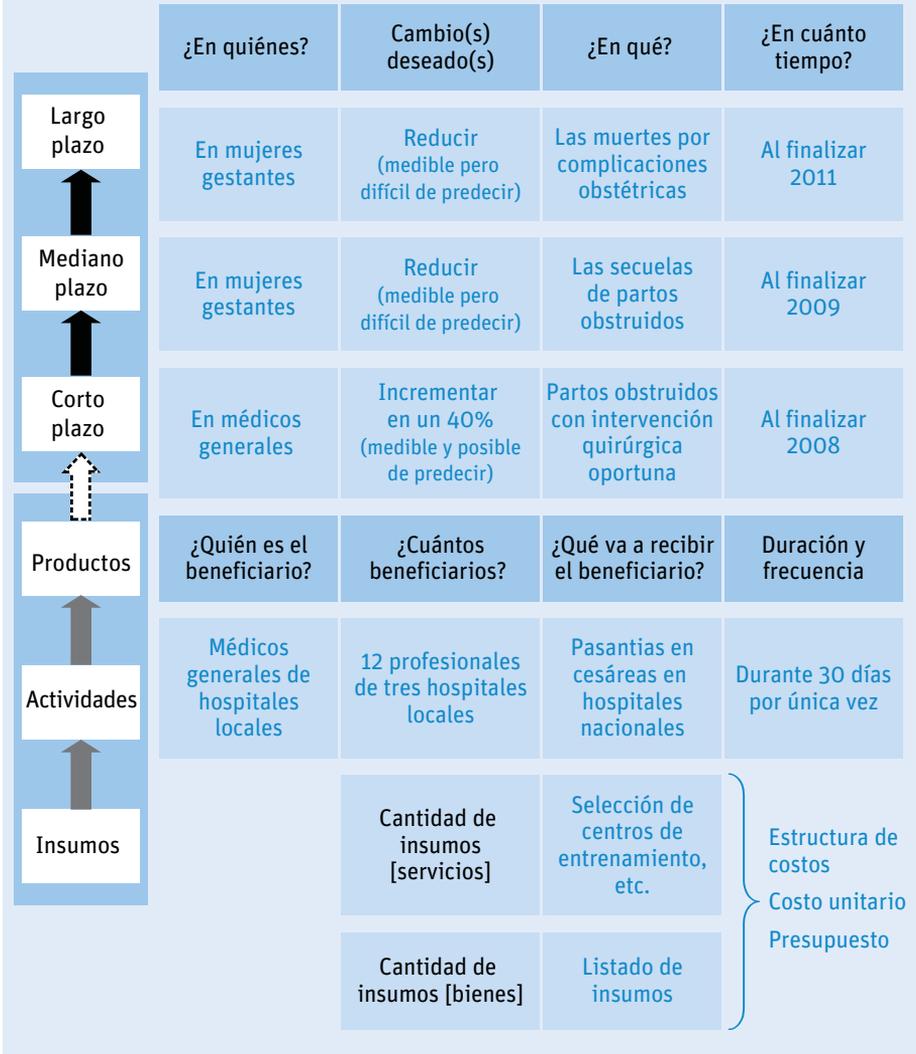
- Cuántos van a ser los beneficiarios directos.
- Cuál será la duración y frecuencia de la entrega del beneficio.

Tomando como ejemplo dos caminos causales críticos explicados en el capítulo anterior, en los siguientes esquemas (4.4 y 4.5) se desarrollan sus modelos lógicos.

#### Esquema 4.4 Modelo lógico. Capacitación en el manejo activo de la tercera fase



**Esquema 4.5 Modelo lógico. Capacitación en el manejo del parto obstruido**



## Implementación de las intervenciones del programa

### Aspectos generales de la implementación del proyecto

La implementación de los proyectos que se ejecutan con fondos de endeudamiento siempre requiere especial cuidado en la toma de decisiones. Re-

gularmente los proyectos son ejecutados por equipos técnicos contratados por unidades administrativamente autónomas de los ministerios de salud de los países. Esta situación les da agilidad en la ejecución pero al mismo tiempo muchas veces produce relaciones conflictivas con los funcionarios de los niveles nacional y regional de los ministerios. Es indispensable encontrar mecanismos que atenúen esta situación y permitan una ejecución institucional del proyecto. Para ello se sugiere:

- ▶ Conformar grupos de tarea mixtos para los diferentes temas que desarrolla el proyecto. Estos grupos tomarán las decisiones para los términos de referencia, aprobarán los productos, etc. Es decir, tomarán las decisiones requeridas para la buena marcha del proyecto.
- ▶ El proyecto debe estar ligado a la alta dirección del ministerio. Generalmente este tipo de proyectos es integral; su ejecución requiere la interacción con las diferentes direcciones del ministerio. Por lo tanto debe ubicarse en un alto nivel de la jerarquía, lo cual ayudará a la toma de decisiones.
- ▶ Entablar una relación con los funcionarios de salud de los niveles subnacionales donde se ejecuta el proyecto. Es recomendable contar con alguna instancia bilateral que permita tomar las mejores decisiones operativas y preservar asimismo el contenido técnico del proyecto.

La reducción de la mortalidad materna y neonatal requiere una serie de intervenciones combinadas. A continuación se enuncian sugerencias para su ejecución.

### *Capacidad de respuesta del sistema de salud*

La experiencia demuestra que el acceso de las mujeres a establecimientos con funciones obstétricas básicas y esenciales es fundamental para mejorar la salud materna. Dos acciones clave en este rubro son: mejorar la capacidad resolutive de establecimientos con funciones obstétricas y neonatales esenciales, y fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de las redes de servicios de salud, incluida la comunidad.

En relación con la primera, es indispensable garantizar la atención las 24 horas del día, por lo menos en establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas y esenciales. La atención calificada del parto es una de las intervenciones más exitosas para la disminución de la muerte materna y perinatal. En caso de que el parto sea atendido en el domicilio será importante asegurar una adecuada referencia a establecimientos de salud con capacidad resolutive en caso de que se presente una emergencia.

### *Incrementar el control prenatal de calidad*

La atención prenatal es un procedimiento importante durante el embarazo, sirve para monitorear el buen desarrollo del mismo y para planificar el parto en un establecimiento de salud.

En la última década los expertos se han dado cuenta de que el acceso al control prenatal y su uso no ayuda realmente a prever qué mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.

Si bien es posible detectar y tratar afecciones crónicas durante el embarazo (como la anemia, la diabetes y la presión arterial alta), incluso para un profesional capacitado es imposible predecir la mayoría de las emergencias obstétricas. Por otra parte, las evaluaciones de riesgo crean una falsa sensación de seguridad entre las mujeres en la categoría de bajo riesgo, porque los trabajadores de salud suponen que tendrán partos normales.

Sin embargo, el control prenatal sirve para establecer el necesario contacto entre las mujeres y el sistema de salud y facilitar otros servicios sanitarios esenciales.

Los investigadores recomiendan en la actualidad cuatro visitas durante el embarazo, concentradas en las siguientes intervenciones que se consideran efectivas:

- ▶ Asesoría sobre los signos de peligro que alertan de las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como sobre dónde buscar ayuda en caso de emergencia.
- ▶ Suministro de suplementos de folato y hierro cuando exista deficiencia de este mineral o altos índices de anemia.
- ▶ Suministro de bajas dosis de vitamina A en países donde exista deficiencia.
- ▶ Asesoría sobre la nutrición apropiada durante el embarazo.
- ▶ En algunos lugares, tratamiento de ciertas afecciones que afectan al embarazo, como la malaria, la tuberculosis, uncinariasis (parasitosis), la deficiencia de yodo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- ▶ Administración de la vacuna contra el tétano para proteger al recién nacido.
- ▶ Detección de los casos de mujeres que sufren violencia en el hogar, para asesorarlas y referirlas a los lugares donde pueden proporcionarles la ayuda apropiada.
- ▶ Información sobre la lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos.

El nuevo modelo de atención prenatal de la OMS está basado en los siguientes principios:<sup>1</sup>

- Un modelo de control prenatal debe identificar a las mujeres con patologías especiales y/o aquellas con riesgo de desarrollar complicaciones; dichas mujeres deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad.
- Solo se deben realizar los exámenes y las pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. Si, por ejemplo, hay justificación para realizar una prueba específica solo una vez durante el embarazo, debería realizarse en el momento más apropiado, es decir, cuando sea posible una intervención efectiva en caso de que el resultado de la prueba sea anormal.
- Cuando sea posible, se deben usar pruebas rápidas y fáciles de realizar en la clínica prenatal o en un servicio tan cercano a la clínica como sea posible. Cuando los resultados de las pruebas sean positivos (por ejemplo, positivo para sífilis), se debe iniciar el tratamiento en la clínica el mismo día.

En relación al control prenatal, el objetivo es incrementar:

- La cantidad de gestantes que inician el control prenatal en el primer trimestre.
- La cantidad de gestantes que realizan cuatro controles (incluye exámenes de laboratorio).
- La cantidad de gestantes que planifican un parto institucional.
- La cantidad de gestantes con situaciones patológicas que reciben un control prenatal adecuado.

Las gestantes y sus familias deben aumentar su percepción en relación con la utilidad del control prenatal, del control prenatal precoz y de la planificación del parto. Para lograr esto se requiere dar varios pasos.

- 1) El primero es contar con información sobre los beneficios de la atención prenatal. Se debe diseñar un programa de comunicación para difundir los beneficios del control prenatal en la población. El programa debe ser adecuado culturalmente, en el idioma local y validado. Será recomendable incluir investigaciones cualitativas previas al diseño del programa de comunicación.

---

<sup>1</sup> Tomado del *Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*, OMS/RHR/01.30 (2003).

El trabajo con agentes comunitarios de salud o promotores de salud comunales para lograr que las gestantes acudan a sus controles es estratégico. Los promotores de salud deben ser capacitados para monitorear a las gestantes de su comunidad y motivarlas para que acudan al establecimiento. Asimismo las parteras tradicionales pueden ayudar a referir a las gestantes al control prenatal.

- 2) El segundo paso es el acceso a dicha atención. Aquí intervienen varios factores: económico, relativo al acceso físico, y cultural. La afiliación de las gestantes a los seguros públicos garantiza la gratuidad del procedimiento. Dichos seguros deben incorporar en sus planes de beneficios para gestantes rurales el financiamiento para realizar los exámenes auxiliares. Los establecimientos de zonas alejadas generalmente no cuentan con laboratorio, de modo que corresponde asegurar que las gestantes cuenten con controles prenatales con exámenes de laboratorio y ecografía. Esta situación obligará a los seguros a incluir no solo el costo del examen auxiliar sino el costo del traslado de la gestante a un establecimiento de mayor complejidad. Para gestantes que residen en zonas muy dispersas, será necesario brindar el control prenatal a través de brigadas itinerantes de salud. En algunos países existen programas de transferencias condicionadas; el control prenatal precoz y completo deberá ser parte de dichas condicionalidades.
- 3) El tercer paso es que el establecimiento cuente con la capacidad de brindar un control prenatal de calidad. Un primer requisito es que el establecimiento cuente con equipamiento e infraestructura básica. Según la categoría del establecimiento, para el caso de los exámenes auxiliares puede contar con laboratorio y ecógrafo.

La mayor parte de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no cuentan con estos servicios, pero es importante diseñar estrategias que logren que las gestantes de zonas rurales accedan a un control prenatal de calidad. Para esto existen varias alternativas: una es la referencia de la gestante a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. En este caso hay que asegurar el financiamiento del traslado y la estadía en la ciudad de referencia. Estos costos deben estar incluidos en el plan de beneficios de los seguros públicos para la población rural y dispersa. Una segunda posibilidad es diseñar alternativas de oferta móvil; es decir, ecógrafos portátiles y tecnología ad hoc para los exámenes auxiliares. Otra opción es el diseño de un sistema de referencia de muestras de laboratorio, es decir usar tecnología que permita el traslado de las muestras cuando sea posible para analizarlas en un establecimiento de mayor complejidad que la microrred, ya que no es posible movilizar a todas las gestantes ha-

cia el laboratorio de la microrred. En las zonas dispersas habrá que incluir esta acción en la labor de las brigadas itinerantes. Entonces es necesario identificar nuevas tecnologías que permitan simplificar los exámenes de laboratorio.

Otro aspecto importante es la administración de sulfato ferroso y ácido fólico. El establecimiento de salud debe contar con el stock adecuado de dichos insumos.

Uno de los aspectos clave es la capacidad del personal de salud para brindar un buen control prenatal. El primer paso es contar con un protocolo con enfoque intercultural para efectuar dicho control, el cual debe tomar en cuenta la percepción de la población sobre toma de medidas, palpación del abdomen, exámenes de laboratorio, etc. En el control prenatal la consejería es un aspecto muy importante para lograr prácticas saludables en las gestantes. Se debe diseñar un protocolo de consejería con enfoque intercultural. Dicha consejería debe ser realizada de forma sencilla, de preferencia en el idioma de la gestante. El prestador de salud debe contar con información sobre las costumbres de las gestantes en relación con su embarazo, alimentación, actividad física, etc.

La planificación del parto es otro aspecto importante durante el embarazo; para cumplir dicho fin resulta muy útil que las familias cuenten con un plan de parto. Este instrumento le ayuda a la familia a organizarse para el parto institucional. El plan debe considerar cuestiones tales como el cuidado de los niños y la casa durante la ausencia, el financiamiento para movilizarse al servicio de salud, la donación de sangre en caso de complicación, entre otros temas.

## Atención del parto normal y complicado

Para lograr que los establecimientos de salud cuenten con las funciones obstétricas y neonatales básicas y esenciales descritas en el capítulo anterior, se requiere mejorar las competencias del personal, que esté disponible los 365 días del año las 24 horas, mejorar la infraestructura y el equipamiento, extender la entrega de medicamentos y contar con un sistema de referencia y contrarreferencia.

### *Incrementar las competencias de los profesionales de salud para el adecuado manejo de las emergencias obstétricas básicas*

Para la mejora de las competencias clínicas en los profesionales de la salud debemos diseñar un programa de entrenamiento. Dicho programa debe

comprender una serie de aspectos tales como habilidades clínicas, estudio de la lengua local, capacidades para la consejería, interculturalidad y derechos, entre otros.

Los programas de capacitación dirigidos a los prestadores de salud son componentes obligados en los proyectos que tienen como objetivo la disminución de la muerte materna y neonatal. Además en las zonas rurales e indígenas el personal de salud presenta una alta rotación, lo que obliga a los programas de capacitación a ensayar metodologías creativas y diversas y a mantenerse en el tiempo. Para el desarrollo de las habilidades clínicas se sabe que la mejor modalidad es la pasantía y luego la capacitación en servicio.

### *Entrenamiento del profesional de salud*

Para el diseño e implementación de programa de entrenamiento se deben tomar en cuenta la discusión participativa y el cartel de competencia. La construcción del listado de competencias a lograr en el personal de salud debe ser lo más participativa posible, en especial para personal de salud de servicios especializados, por ejemplo, servicios de neonatología.

La definición de los perfiles de competencias es el primer paso para iniciar el proceso de desarrollo de capacidades en los servicios. Utilizando las seis funciones obstétricas y neonatales es necesario diseñar un perfil de competencias por nivel de atención.

Para el primer nivel de atención se sugiere diseñar el perfil de un equipo de salud completo y no por grupos ocupacionales (es decir perfil de competencias para la obstetrix, la enfermera, el médico, etc.) debido a que en el primer nivel de atención muchas veces el personal tiene que atender a las usuarias en ausencia del médico o de la obstetrix.

En el caso de establecimientos con personal no profesional, es decir técnicos de salud, se debe plantear un programa especial, tomando en consideración que muchas veces dicho personal tiene que atender o derivar emergencias. Estos establecimientos necesitan un apoyo especial y un sistema de referencia muy sólido. En algunos países todavía hay entre un 30% y un 50% de este tipo de establecimientos, ubicados en zonas dispersas y con alta concentración de población indígena. Para ellos se deben diseñar alternativas tales como la recategorización del establecimiento de salud y la creación de condiciones de excepción para dotarlos de personal profesional.

En el caso de los hospitales o establecimientos con funciones obstétricas neonatales, el diseño de competencias debe realizarse por grupos ocupacionales, en especial con el personal de ginecología, pediatría y enfermería. Dichas competencias deben ser discutidas con el personal de salud antes mencionado para legitimar la propuesta.

## *Identificar y fortalecer o formar centros nacionales, regionales y locales de capacitación de diferentes niveles*

Para el desarrollo de habilidades clínicas se ha demostrado que la mejor modalidad es la pasantía en centros de capacitación. Por esto el proyecto debe apoyar el fortalecimiento de centros de capacitación por niveles de complejidad. La elección de dichos centros es clave para el éxito de la capacitación.

Los centros de capacitación deben cumplir ciertas condiciones:

- ▶ Tener acreditación de ser establecimientos con FOB y FOE, según sea el caso.
- ▶ Contar con docentes y tutores con capacidad técnica demostrada.
- ▶ Contar con docentes y tutores que apliquen protocolos de atención nacionales.
- ▶ Tener una organización interna adecuada.
- ▶ Contar con capacidad logística para alojamiento de los pasantes.

Para los centros nacionales además hay que verificar la aceptación por parte de los docentes de todos los grupos profesionales. Se puede dar el caso de que no se quiera capacitar a una obstetriz en procedimientos que son asignados solo a médicos. En este caso es bueno explicar que en el primer nivel de atención la obstetriz puede estar sola y tiene que responder a la emergencia.

Será necesario brindar asistencia técnica a los centros de capacitación para desarrollar programas curriculares de las diferentes pasantías y la organización de sus procesos para la capacitación.

Se deben desarrollar pasantías especializadas en competencias tales como manejo de ecografías (básica, intermedia y avanzada), unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal, y otras que se requiera. Asimismo hay que poner en marcha pasantías para todo el personal en aspectos de manejo del embarazo, parto y puerperio.

Se debe contar con diferentes centros de capacitación: especializado y básico. Para la capacitación básica es mejor la elección de los centros de capacitación en zonas cercanas y similares a los centros de trabajo.

Se deben combinar modalidades de entrenamiento, ya que es necesario que el personal que se está capacitando aprenda y vea las complicaciones (en un centro especializado) pero al mismo tiempo es importante que se entrene en su servicio con las condiciones con las que cuenta.

Sería muy interesante desarrollar centros de capacitación en microrredes (nivel local), los cuales atienden predominantemente a población indígena. Dichos centros servirían para el entrenamiento del personal de salud técnico y agentes comunitarios de salud.

### *Desarrollo de programas para mantener habilidades clínicas en los prestadores*

Para mantener las habilidades logradas durante la pasantía, es necesario desarrollar una serie de acciones complementarias:

- ▶ Diseñar un programa de rotación del personal para mantener su habilidad para el manejo de las complicaciones. El personal de salud que trabaja en establecimientos de salud con poca demanda tendrá poco acceso a la atención de gestantes con complicaciones obstétricas. Por esta razón es necesario por lo menos una vez al año organizar una rotación a un centro de mayor complejidad con el objetivo de reforzar las capacidades aprendidas durante la capacitación.
- ▶ Desarrollar un programa de actualización permanente, si es posible de manera virtual, con el objetivo de brindar al personal artículos, discusión de casos, etc.
- ▶ Instalar un programa por teléfono, Internet o radio para ayudar a los participantes en el manejo de las complicaciones si así lo requieren. El centro de capacitación puede brindar este servicio.

### *Colegios profesionales y contenido del entrenamiento*

Existen tensiones entre las reivindicaciones de los colegios profesionales y la necesidad de capacitación del equipo de salud. En el primer nivel de atención se tiene que considerar al equipo de salud, por lo tanto los programas de capacitación no deben considerar competencias por perfil profesional, debido al reducido número de personal que existe en los servicios de salud. Esto produce tensiones y colisiona con las reivindicaciones de los gremios profesionales.

### *Monitoreo y supervisión del programa de capacitación*

Hay que diseñar un sistema de monitoreo para medir habilidades en base a las capacidades predeterminadas. Se puede tomar una muestra al azar para realizar el seguimiento.

Asimismo es ideal contar con un sistema oficial de seguimiento de ciertos indicadores trazadores de los protocolos: por ejemplo parto con oxitocina, uso de sulfato de magnesio.

Sería ideal socializar los resultados del monitoreo con el personal de salud involucrado y sostener discusiones periódicas para analizar los resultados y tomar medidas correctivas. A estas reuniones deben asistir los pasantes, los docentes y el personal del proyecto.

### *Entrenamiento en la lengua local*

Es preciso identificar la necesidad de enseñanza de la lengua local y seleccionar una modalidad práctica y adecuada a las necesidades de su servicio.

Hay que desarrollar un curso de la lengua local de acuerdo con las necesidades de salud y con enfoque intercultural.

El curso debe ser dictado por un grupo interdisciplinario de docentes. Hay que asegurarse de que los docentes no solo hablen la lengua en cuestión sino que también manejen aspectos culturales. Los tutores deben ser de preferencia integrantes del personal de salud de los establecimientos que habla el idioma. El curso debe ser diseñado con base en situaciones comunicativas del trabajo en los servicios de salud: consulta con la gestante, consulta con el niño, parto, visita domiciliaria, etc. Se debe adecuar esto a las necesidades de cada país. Se debe incluir un trabajo o proyecto al final del curso. También conviene incluir acciones comunitarias como parte del curso.

El curso debe tener en su mayoría material audiovisual. Es posible utilizar la modalidad a distancia con tutores en los servicios de salud. Asimismo es importante considerar los aspectos lingüísticos: por ejemplo en Perú existen cinco tipos de quechua según la zona; se debe diseñar el curso con las características adecuadas a la zona donde debe aplicarse. Diseñar un glosario de términos en la lengua local. Una buena alternativa es seleccionar una universidad local para el dictado del curso.

### *Entrenamiento en consejería intercultural*

La consejería es el procedimiento por excelencia para promover prácticas saludables en relación con los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio. La consejería está presente en todos los controles prenatales, en el posparto y en el puerperio.

Por lo tanto se debe incluir en el entrenamiento un curso para desarrollar habilidades para la consejería. Se deben desarrollar protocolos de consejería con enfoque intercultural. La consejería debe ser brindada en lo posible en la lengua local y tomando en cuenta la cosmovisión de la población a la cual se atiende.

El prestador de salud debe ser capacitado en la cosmovisión local con el objetivo de ofrecer a sus usuarias una consejería respetuosa y adecuada a las necesidades de sus usuarias. Asimismo se debe diseñar material educativo adecuado a las necesidades de las usuarias.

El entrenamiento en consejería intercultural debe ser impartido a todo el equipo de salud tanto del primer nivel de atención como de servicios hospitalarios. Todo el equipo de salud debe ser entrenado: médicos, enfermeras y obstetrices.

### *Baja demanda de complicaciones y competencias del personal*

Debido a la falta de práctica, en centros de salud (FOB) con muy baja demanda de complicaciones (eclampsia, parto obstruido) los profesionales entrenados pierden rápidamente la destreza, lo cual obliga a que de manera

continúa se realice el entrenamiento. Esto conlleva un incremento de los costos y puede no ser sostenible.

### *Profesionales de la salud disponibles las 24 horas en establecimientos de salud que cumplen FOB y FOE*

Para lograr la disponibilidad de los recursos humanos las 24 horas en los establecimientos de salud que tienen funciones obstétricas y neonatales básicas es necesario dotar a los servicios de salud de un equipo completo de profesionales. Para aumentar la disponibilidad de personal se pueden ensayar diversas acciones:

- ▶ Identificar la brecha de personal en establecimientos de salud FOB y FOE. La identificación de la brecha de personal en este tipo de establecimientos es el primer paso para incrementar la disponibilidad de los recursos humanos. En las zonas muy dispersas esta información permitirá definir una serie de estrategias para mejorar la disponibilidad.
- ▶ En la mayoría de los países existen programas de servicio rural de profesionales de la salud. Antes de incorporarse a sus labores, dicho personal debe pasar por un curso de formación integral para desenvolverse en los servicios de salud. Es necesario capacitarlo en funciones obstétricas y neonatales antes del inicio de sus funciones, bajo la modalidad de pasantía. Asimismo recibirá capacitación en derechos e interculturalidad sobre todo si trabaja en una zona indígena.
- ▶ Instaurar la residencia rural para los establecimientos de salud FOE. Una alternativa para contar con especialistas es recibir residentes de ginecología, pediatría y anestesiología.
- ▶ Diseñar un sistema de incentivos para retener al personal profesional del área de salud en servicios muy alejados. El incentivo financiero resulta fundamental, pero no es el más importante. Funcionan mejor los incentivos académicos (maestrías, diplomados), el puntaje para residencia, etc.
- ▶ Diseñar regímenes laborales especiales para zonas alejadas, por ejemplo el régimen 15 días por 15 días.
- ▶ Capacitar al personal no especializado para realizar cesáreas. Asimismo es importante sensibilizar a dicho personal en aspectos culturales, dada la resistencia a los procedimientos quirúrgicos de la población indígena.
- ▶ En el caso de establecimientos FOE, asegurar durante el turno nocturno, los fines de semana y feriados la disponibilidad plena de especialistas. Esto se logra con una buena programación de personal y un buen control.

- ▶ A nivel regional, realizar un monitoreo permanente de la capacidad resolutive en dichos establecimientos: dado que mantener esta capacidad es un punto crítico en los programas de reducción de la mortalidad materna, se recomienda el diseño de un sistema de monitoreo de la capacidad resolutive en establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas. La dirección regional de salud debe contar con un sistema que le permita saber si existen en forma continua recursos humanos en dichos establecimientos.
- ▶ Realizar acuerdos de gestión: el gobierno nacional firmará acuerdos de gestión con los gobiernos subnacionales. El acuerdo de gestión deberá estar orientado a un resultado sanitario, en este caso la disminución de la muerte materna y neonatal. Un punto que debe ser explícito en el acuerdo es la responsabilidad por la dotación de personal profesional en los establecimientos seleccionados.

### *Establecimientos de salud con infraestructura e instalaciones y equipamiento para la atención del parto normal y complicado*

La infraestructura y el equipamiento en general son los rubros más grandes en los presupuestos de los proyectos. Por esta razón, a veces se genera conflicto en la definición de la ubicación de la inversión. Dicha ubicación se debe realizar con criterios técnicos.

Como ya hemos visto, la definición de la red obstétrica se debe realizar como lo muestra la herramienta 2 (véase el anexo 3). Dicha definición debe ser respaldada por todos los jefes de establecimientos de salud y los funcionarios del nivel regional de salud. Asimismo es importante socializar dicha información con las autoridades locales, ya que son aliados clave durante y después de la ejecución de la obra.

Una vez definidos el mapa y los puntos de intervención, se debe firmar un acta de compromiso entre el proyecto y las más altas autoridades nacionales y/o regionales para respetar esta decisión técnica. Dicho compromiso protege la decisión técnica de otro tipo de decisiones.

Para la elaboración de los perfiles de inversión o expedientes técnicos es importante realizar un taller de inducción con los consultores responsables de la elaboración del perfil para presentar el enfoque de cuidado obstétrico y los aspectos interculturales. Se sugiere realizar una reunión entre los ingenieros y el personal social (antropólogo, sociólogo) para discutir la norma y la adecuación intercultural.

Luego viene la elaboración del perfil de inversión (en el caso de los países que lo requieran). Se sugiere que durante la etapa de elaboración se establezcan espacios de consulta con el personal de salud del establecimiento, y con el responsable de infraestructura y equipamiento de la dirección regional

de salud o su similar. De esta forma disminuyen las insatisfacciones en los usuarios al momento de la entrega y se facilita la cooperación durante la construcción.

En el caso de hospitales o construcción y equipamiento de unidades especializadas, habrá que tener mayor cuidado; el consenso debe alcanzarse con los jefes de departamento y de preferencia con el personal de enfermería y obstetricia. Se sugiere la discusión de los planos, definición de ambientes, materiales, equipamiento, etc. con los equipos de los establecimientos de salud intervenidos. Hay que tener especial cuidado en el caso de unidades especializadas como unidades de neonatología o UCI. En este caso, se recomienda incluir a consultores expertos en neonatología para lograr un diseño que asegure condiciones, sobre todo de bioseguridad. Buscar en la bibliografía planteamientos de diseño de estas unidades para la disminución de infecciones.

Es recomendable en todos los casos firmar la conformidad de los usuarios frente al planteamiento técnico. Una vez aprobado el expediente, se debe proceder a diseñar un plan de operación del establecimiento de salud durante la construcción, esto en el caso de remodelación o ampliación. Conviene preparar planes de mudanza durante la construcción.

En el caso de obras en el ámbito rural, es indispensable discutir y presentar el diseño de la obra a las autoridades locales. De esta manera se podrá conseguir más fácilmente el apoyo para necesidades complementarias: cerco, conexión a agua y desagüe, ampliación de la disponibilidad de luz en el poblado, etc. La alianza entre el alcalde y el jefe del establecimiento es clave para el buen proceso de construcción de las obras.

En el caso de poblaciones indígenas, habrá que realizar consultas al inicio para el planteamiento del perfil de inversión o el expediente técnico, discutir sobre el material de construcción, la definición de ambientes, los colores para pintar el edificio, etc. También habrá que tratar las normas para incorporar el enfoque intercultural, y plantear la revisión y modificación de las mismas.

En el caso de unidades para neonatos, será preciso verificar la construcción para zonas de mucho calor, ubicación frente al sol, etc. Asimismo habrá que climatizar las salas de recién nacidos, pediatría y obstetricia para alojamiento conjunto en zonas muy frías, ya que el neonato consume su grasa para enfrentar el frío. Discutir equipos de climatización tanto para el frío como para el calor con el personal de salud, debido a que existen prácticas arraigadas de uso de calefactores, por ejemplo. En el caso del aire acondicionado, la norma dice que las UCI neonatales deben estar a 28 grados centígrados; si la UCI está en una zona de selva, para el personal puede parecer muy frío y puede incumplirse la norma.

En relación al equipamiento, es necesario diseñar un programa de capacitación para su uso. La capacitación debe ser realizada en servicio y es muy importante porque la falta de operatividad de los equipos muchas veces se debe a su mal uso.

### *Supervisión de la infraestructura y el equipamiento*

En cada región es recomendable contar con un supervisor de obra que nos ayude en el monitoreo de las obras (empresas constructoras), que sea el nexo del equipo central del proyecto con la dirección regional y con los usuarios. Asimismo, es necesario contar con un responsable del equipamiento con el objetivo de monitorear la entrega de los equipos y capacitar y motivar a los encargados de su mantenimiento.

### *Mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento*

El mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento es una acción estratégica muy importante para proteger la inversión a mediano y largo plazo. En nuestros ministerios de salud esta acción no es una prioridad. Por esto es importante brindar asistencia técnica a las direcciones regionales de salud y establecimientos de salud para su ejecución.

Aspectos a tomar en cuenta para la ejecución del programa de mantenimiento:

- ▶ Confirmar si existe una unidad de mantenimiento a nivel regional.
- ▶ Verificar si existe normatividad sobre mantenimiento.
- ▶ Identificar si existe personal capacitado en estos aspectos.
- ▶ Verificar el financiamiento para mantenimiento.
- ▶ Verificar si existen procedimientos para la gestión del mantenimiento: planificación, programación, capacitación en el buen uso de los equipos.
- ▶ Desarrollar un programa de implementación de mantenimiento: capacitación, caja de herramientas, formatos para usuarios de los equipos y para el personal que los arregla.
- ▶ Tener una lista de proveedores para mantenimiento especializado.
- ▶ Tener una lista de proveedores de insumos para equipos especializados.
- ▶ Verificar la idoneidad del control patrimonial para reducir las pérdidas.

### *Normativa de la infraestructura y adecuación cultural*

Es necesario realizar reuniones para discutir la norma técnica y su adecuación cultural. Se deben discutir todas las dimensiones: tamaño, material de construcción, color de los ambientes, climatización, equipamiento adicional (por ejemplo cocina para calentar los líquidos que se utilizan para limpiar), etc.

Lo ideal sería realizar un estudio cualitativo para investigar estas dimensiones. Si el estudio se hace, hay que asegurarse de que la norma nacional pueda modificarse, por ejemplo en relación al color (algunos países determinan que todos sus establecimientos sean de un color). El otro aspecto importante es la señalización: resulta clave validar la señalización con las usuarias.

#### *Adecuación cultural y construcción de establecimientos en zonas dispersas*

En el caso de la construcción de establecimientos en zonas muy alejadas, habrá que evaluar la pertinencia de encargar la construcción a empresas nacionales. La construcción en zonas muy alejadas presenta muchas dificultades por las siguientes razones:

- No existen proveedores de materiales de construcción en la zona, por lo tanto el material debe ser trasladado, muchas veces en trayectos a pie o en bote. Esta situación aumenta los costos en forma importante. Como no conocen la zona, normalmente las empresas constructoras nacionales presupuestan bajo y esto complica su operatividad.
- No existe mano de obra calificada en la zona, hay que trasladarla, lo que aumenta los costos. O depender de la mano de obra local. Si existen conflictos con la población —retraso en los pagos a proveedores locales, recursos humanos locales— se pueden producir paralizaciones que alargan el tiempo de construcción de la obra.
- Las obras en selva hay que hacerlas en el menor tiempo posible, ya que la maleza y las condiciones climáticas pueden dañar lo que se ha construido.
- Lo más probable si se decide usar material de la zona es que la población no esté de acuerdo, pues la población quiere un establecimiento como han visto en la ciudad. Por lo tanto la decisión del material debe ser tomada en un proceso participativo y que involucre a las autoridades locales y al personal de salud. Este compromiso debe quedar plasmado por escrito.
- Se sugiere utilizar tecnología de construcción apropiada para la zona, consultar con las autoridades y discutir los elementos interculturales para la construcción de los establecimientos: color, señalización, sala de partos, sala de espera, etc.

#### *Establecimientos de salud con capacidad para atender referencias y referir emergencias obstétricas*

La organización del sistema de referencia es la actividad clave de esta intervención. Los factores determinantes para el sistema de referencia son

la comunicación, los medios de transporte y, el más importante, la organización para el buen funcionamiento del sistema. Los factores señalados anteriormente no son suficientes. Se deben diseñar procedimientos para asegurar el traslado de las usuarias en el menor tiempo posible. El sistema de referencia es un sistema que debe ser planificado a nivel regional e interregional, con el objetivo de asegurar la continuidad de la atención en todos los niveles de complejidad, si así lo requiere el caso. Se deben diseñar los procedimientos y las normas con el concurso de todos los involucrados, así se definirán puntos de referencia, formas de comunicación, etc. Se debe brindar asistencia técnica para el diseño del sistema y la instalación de una unidad de referencia a nivel regional. Dicha unidad debe liderar todo el proceso regional. Una buena experiencia es ubicarla en el hospital de referencia regional.

- **Comunicación efectiva y permanente:** es necesario que el 100% de los establecimientos de salud esté interconectado. Para lograr este objetivo se requiere el financiamiento de la línea telefónica y, en establecimientos que no cuentan con línea telefónica, la comunicación por radio. Hay que anotar que el equipamiento no es suficiente: se deben diseñar programas para mantener los equipos operativos y se debe designar personal para que los opere.
- **Medio de transporte:** ambulancias. Dependiendo del lugar donde esté localizado el establecimiento, se requerirán ambulancias terrestres, pluviales o aéreas para el traslado de la paciente. Es necesario contar con protocolos para el transporte de las pacientes y personal capacitado para aplicarlos en forma adecuada. Asimismo se debe contar como medio de transporte con una ambulancia con equipo operativo y con un stock adecuado de medicamentos. Se requiere contar con personal apropiado para el manejo de la ambulancia, ya que es un vehículo que requiere condiciones especiales de manejo. Asimismo es importante contar con mecanismos de financiamiento para el funcionamiento de la ambulancia. Un programa de mantenimiento regular de estas unidades ayudará a que permanezcan en funcionamiento durante un plazo más largo.
- **Unidad de referencia en hospital de referencia:** en los hospitales y centros de capacitación debe existir una unidad permanente las 24 horas del día los 365 días del año para orientar las referencias a nivel regional, con procedimientos claros para disminuir los tiempos de espera y el riesgo de muerte.
- **Procedimientos para el funcionamiento del sistema:** deben existir procedimientos que aseguren la referencia adecuada: manual de procedimientos, roles, formatos, financiamiento, etc.

- ▶ **Sistema de referencia comunal:** deben existir comités comunales para la referencia; estos deben comunicar la referencia al establecimiento más cercano para disminuir el tiempo de encuentro. Habrá que crear un fondo comunal para estas referencias, y dotar de camillas y canastillas para la referencia de las gestantes y neonatos respectivamente. El personal de salud capacita a los comités comunales para el traslado adecuado de gestantes y neonatos en caso de emergencia.

### *Intervenciones para mejorar el acceso físico*

#### *Casas de espera en establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB)*

Las casas de espera son espacios especialmente adecuados para alojar a las gestantes de zonas rurales, con el objetivo de acercarlas a un establecimiento de salud que cumpla FONB. De esta manera se asegura que el parto sea institucional.

En zonas rurales y dispersas donde habita la población indígena, la distancia al servicio de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas es usualmente grande. Dado que las complicaciones no se pueden predecir y ocurren inesperadamente, es necesario acercar a las mujeres gestantes a los centros de salud con capacidad resolutoria. La casa de espera sirve para disminuir la barrera de acceso físico.

Para implementar una casa de espera se deben tener en cuenta las siguientes condiciones:

- ▶ **Infraestructura y equipamiento.** Los aspectos de infraestructura y equipamiento son muy importantes en las casas de espera y deben ser ejecutados con enfoque intercultural, respetando las costumbres locales. Se sugiere la consulta participativa con las mujeres y gestantes de la jurisdicción. De esta manera se logrará un diseño aceptado culturalmente y adecuado a las necesidades de las mujeres. Pueden existir diferentes modelos tanto para la infraestructura como para el equipamiento. En algunos lugares prefieren habitaciones individuales, en otros las habitaciones son compartidas. En relación con el equipamiento, se debe realizar un sondeo participativo en lo que tiene que ver con el tipo de camas, color de las sábanas, menaje de cocina, tipo de cocina, etc. Se debe tener en cuenta no solo el alojamiento de la gestante sino de sus familiares (esposo, hijos/as). Asimismo se debe incluir un ambiente de cocina y baño.
- ▶ **Funcionamiento.** Para el funcionamiento de la casa de espera hay que considerar los aspectos relacionados con el pago de los servicios básicos como agua y luz (regularmente los municipios o gobiernos locales

lo asumen). La limpieza diaria del local la realizan generalmente las mismas usuarias. Las familias usuarias normalmente traen su comida. Siempre es importante gestionar la donación de alimentos de programas sociales del Estado.

- ▶ **Traslado de las gestantes a la casa de espera.** En la medida de lo posible este traslado debe ser cubierto por los seguros públicos. Si no existe esa posibilidad se deben generar fondos comunales y/o municipales para este fin. Los seguros públicos deberían financiar el traslado y la estadía de la gestante y sus acompañantes en la casa de espera.

### *Casas de espera y alojamiento en establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales e intensivas (FONE Y FONI)*

Para las usuarias de zonas rurales e indígenas el traslado de las gestantes o del recién nacido representa una crisis familiar, dado que se tienen que movilizar hacia las ciudades. Un problema importante es el alojamiento.

En ciertas complicaciones, por ejemplo enfermedad hipertensiva del embarazo, es necesario trasladar a la gestante cerca de un establecimiento FONE para llevar a cabo un monitoreo adecuado y decidir la interrupción del embarazo cuando sea necesario para garantizar la vida de la madre y del niño.

En estos casos habrá que contemplar el alojamiento y la alimentación para los familiares que acompañan a las gestantes con complicaciones.

En el caso de neonatos prematuros, las madres deben acompañarlos por períodos largos. Los hospitales deben contar con sistemas de alojamiento para estos casos y el costo deberá ser incluido en los seguros públicos.

### *Traslado de las gestantes a los servicios de salud*

**Organización de comités comunales:** el traslado exitoso de una gestante o un neonato requiere que las comunidades se organicen. En muchas experiencias las comunidades forman comités que tienen como objetivo la generación de las condiciones para que la gestante logre un buen embarazo y un parto institucional. Este comité puede asumir las labores agrícolas, cuidar la casa y los animales durante la ausencia de la familia o ayudar en caso de que exista resistencia para el traslado. Otro tema es el financiamiento del traslado: se puede reunir un fondo comunal en caso de una emergencia. Este comité debe estar comunicado con el personal del establecimiento de salud para la coordinación en caso de emergencia. Si la comunidad está muy alejada el comité debe recibir capacitación para el traslado y debe contar con una camilla para la gestante y una canastilla para el neonato. El fondo comunal es muy útil; cuando los seguros públicos no cubren el traslado de la casa al establecimiento es la comunidad organizada la que debe cubrir estos costos.

### *Implementación del sistema de vigilancia comunitaria*

Dadas las condiciones de ruralidad y pobreza es importante la identificación precoz de gestantes en la comunidad para brindar acompañamiento durante su embarazo, parto y puerperio, ofrecer consejería, promover y planificar el parto institucional y contar con preparación comunal para el traslado frente a una posible complicación tanto obstétrica como neonatal.

Para esto resulta indispensable la organización y/o el fortalecimiento de sistemas de vigilancia comunal, en los que opera el agente comunitario de salud (ACS) como actor clave, y participan complementariamente los líderes de las organizaciones de base. Se debe capacitar al personal de salud para el desarrollo del sistema en su zona, y preparar un programa de capacitación para agentes comunitarios de salud y líderes comunales. Se deben promover las visitas a sitios con experiencias exitosas y la discusión entre pares (jefes de establecimientos) para el desarrollo de las actividades.

### *Promover la participación de la comunidad y su articulación con los servicios de salud*

El poder de decisión y la movilización de las comunidades crean un entorno propicio para aumentar la inversión intersectorial y multi-institucional en el mejoramiento de la salud. Diversas experiencias muestran que fortalecer la organización y capacidad de las comunidades de identificar signos de peligro durante el embarazo y el parto, así como asumir la responsabilidad del transporte de urgencia en caso de emergencias obstétricas o neonatales, ha mejorado el acceso a los servicios de salud. Asimismo la capacidad comunal fortalecida potenciará acciones a favor de la salud infantil.

**Financiamiento por parte de los seguros públicos para el traslado de la casa a los establecimientos de salud:** es importante promover activamente el tema para que los responsables de los seguros públicos incorporen el financiamiento de los traslados, los gastos de los acompañantes, etc. Se piensa que el parto es gratuito si se cubren los costos en los establecimientos de salud, pero esto no es así. Para una familia pobre indígena los gastos de traslado y acompañante pueden ser decisivos en la elección del parto institucional o domiciliario. Sería importante realizar un estudio sobre los costos en los que incurre una familia indígena para el traslado y el acompañamiento durante la complicación.

### *Intervenciones para incrementar la percepción del riesgo obstétrico*

La experiencia demuestra que la mortalidad materna, perinatal e infantil puede reducirse cuando las mujeres y sus familias tienen información sobre

el embarazo, parto y puerperio, los signos de peligros obstétricos e infantiles, y la necesidad del traslado a un establecimiento de mayor complejidad. Dicha información mejorará la capacidad de las mujeres y sus familias para la toma de decisiones acertadas en caso de una emergencia obstétrica, neonatal o infantil y por ende aumentará su percepción del riesgo obstétrico. Es importante por ello trabajar en un conjunto de prácticas saludables para lograr un embarazo saludable: nutrición, control prenatal, ejercicio físico, higiene, etc. Asimismo, el cuidado del recién nacido hasta los 28 días requiere el desarrollo de una serie de prácticas que favorecerán el buen crecimiento del niño o de la niña.

En poblaciones indígenas y rurales es importante aumentar la percepción del riesgo obstétrico, el cual muchas veces es muy bajo debido a que la muerte materna es un evento poco común. Esta percepción es una motivación importante para la búsqueda del parto institucional.

Asimismo el reconocimiento precoz de los signos de alarma por parte de las gestantes y sus familias contribuye a la búsqueda de ayuda en un establecimiento con capacidad resolutive. Para que esto ocurra es necesario tomar varias decisiones, tales como reconocer la complicación, identificar adónde ir para que la resuelvan, contar con la aceptación familiar, contar con el apoyo comunal para el traslado, contar con dinero o con apoyo para dejar a los niños pequeños y la casa y sus pertenencias.

Como parte del desarrollo del programa de comunicación se deben realizar estudios cualitativos que permitan acercarse a las diferentes percepciones de la población indígena. Los resultados orientarán mejor los programas.

En relación al material educativo comunicacional, este debe ser adecuado culturalmente, siendo obligatoria su validación. Se debe emplear una mezcla de medios de comunicación: radial, comunitario, teatral e interpersonal.

### *Intervenciones asociadas con la percepción cultural de los síndromes*

Las diferentes culturas han construido percepciones culturales de los síndromes asociados a las complicaciones obstétricas, como ya se ha explicado anteriormente. En muchos casos, dichos síndromes ponen en riesgo la vida de la gestante o del neonato.

En estas concepciones el rol de la partera es muy importante, ya que muchas veces es la persona más cercana y en la que más confían las gestantes.

Las parteras son agentes que tradicionalmente realizan la atención durante el embarazo, parto y puerperio en las comunidades. A la luz de las pruebas de los últimos años se ha comprobado que es necesario que el rol

de la partera cambie: que pase a acompañar a las gestantes pero que derive al servicio de salud para que las mujeres puedan acceder a servicios con capacidad resolutive para atender el parto y sus posibles complicaciones.

Por estas razones el personal de salud debe lograr una alianza con los agentes del sistema tradicional con el fin de potenciar los aspectos positivos de ambos sistemas y lograr el mejor resultado para la población gestante.

### *Diseñar e implementar programas de comunicación, educación e información sobre el embarazo y el parto dirigidos a los miembros del sistema tradicional de salud y líderes comunales*

El programa de comunicación y educación tendrá como objetivo la promoción de prácticas que ayuden a aumentar la percepción del riesgo obstétrico y la percepción de gravedad en el caso de las complicaciones. Esto permitirá una actitud más decidida por parte de los agentes tradicionales y los líderes comunales a favor del parto institucional y la derivación cuando sea necesaria.

### *Entrenamiento de los miembros del sistema tradicional de salud para el reconocimiento de signos de gravedad*

Las parteras deben ser capacitadas en el reconocimiento de signos de alarma en las gestantes con el fin de derivarlas a un establecimiento con capacidad resolutive.

### *Incorporar a la partera como parte del sistema de referencia*

La referencia adecuada y oportuna salva vidas, es por esto importante incorporar a la partera como parte del sistema de referencia. La partera debe contar con información clara en relación con el establecimiento al que debe derivar y la forma de traslado de la gestante. La interrelación entre el servicio de salud y los agentes del sistema tradicional resulta clave y debe ser fluida.

### *Intervenciones vinculadas con el conflicto de los sistemas de salud tradicional y occidental*

#### *Atención prenatal adecuada interculturalmente*

La atención o control prenatal es fundamental para realizar un monitoreo de la gestante y su evolución durante el embarazo. Es tan necesario contar con una cantidad adecuada de controles prenatales como con un control de calidad.

La inclusión del enfoque intercultural en los protocolos de atención es una tarea que se debe realizar obligatoriamente para la mejora de esta prestación en servicios que atienden a población indígena.

Un aspecto importante del control prenatal lo constituyen la consejería y la preparación para el parto. En la consejería hay que tocar los temas de alimentación y nutrición, actividad física o hábitos nocivos tales como la ingesta de alcohol. La gestante debe aprender a reconocer signos de alarma para decidir el traslado a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria.

Existen factores importantes tales como el idioma, el uso de lenguaje simple, el respeto por el pudor, y el brindar información y consentimiento para exámenes especiales.

El trabajo conjunto con la partera es recomendable, ya que las parteras se especializan en identificar aspectos tales como el sexo y la posición del bebé, y su rol es muy reconocido. El personal de salud realiza otro tipo de monitoreo.

La adecuación cultural de los protocolos y la capacitación del personal de salud para lograr su implementación son también esenciales.

El plan de parto debe ser realizado en la casa durante una visita domiciliaria y comprende la planificación del traslado al establecimiento en caso de parto normal o en caso de emergencia; asimismo en caso de hemorragia comprende posibles donantes, calcula cuánto dinero se requiere y cómo se conseguirá. Considera quién se hará cargo de la familia y del cuidado de la chacra y de los animales durante la ausencia de la mujer, que usualmente no será menor a los 15 días.

### *Atención del parto intercultural*

Se recomienda realizar investigaciones formativas con el objetivo de conocer cuáles son las preferencias (parto ideal indígena) de la población usuaria.

### *Adecuación de la infraestructura y del equipamiento de los servicios de atención del parto*

- ▶ **Conservación del equilibrio frío/calor en el cuerpo.** Mantener dicho equilibrio es importante para brindar los cuidados integrales para la gestante y el neonato. Es necesario climatizar el ambiente de trabajo de parto y atención del parto. Sobre todo en zonas frías, es preciso contar con estufas para estos ambientes. Asimismo, la preparación de mates, baños, sahumeros, masajes o frotaciones con plantas medicinales requiere equipamiento especial. Se podría disponer de un botiquín de plantas medicinales adaptado a la zona.
- ▶ **Cuidado de la privacidad del ambiente íntimo y familiar,** y presencia de personas cercanas en el parto. Se debe generar un entorno cálido y privado, por lo tanto es indispensable contar con una estufa para el calor y un espacio cerrado para la atención del parto. Se deben reducir al mínimo los ruidos, la luz y la presencia de personas extrañas a la familia.

Solo se debe permitir el ingreso de las personas que la parturienta acepte. En general el parto es un evento familiar; se deben generar las condiciones para que durante la atención del mismo la parturienta tenga el apoyo de su esposo.

- ▶ **Realización de exámenes especiales durante el trabajo de parto.** Para el monitoreo del parto y sus exámenes se puede contar con ropa especial que permita que la gestante no se destape; por ejemplo, batas con orificios solo para el abdomen, de tal manera que permitan exponer únicamente la parte del cuerpo que se examinará. Las prácticas de higiene deben ser realizadas con insumos tibios en zonas de frío.
- ▶ **Equipamiento para el parto vertical.** Se debe contar con mobiliario adecuado para la atención del parto vertical. Existen diferentes modelos de mesas y sillas para la atención del mismo. A fin de definir la adecuación del mobiliario se sugiere realizar una investigación formativa, con el objetivo de conocer las características del mobiliario local y adecuar el equipamiento a las mismas.

#### *Capacitación de prestadores para el parto vertical*

Los prestadores en general no reciben durante su formación universitaria capacitación para la atención del parto vertical. Por lo tanto será necesaria la organización de centros de pasantía para la capacitación del personal de salud que atiende partos.

#### *Directiva para normar el parto vertical*

Es necesario que los ministerios de salud emitan normativa para el desarrollo del parto vertical. Dicha directiva debe ser consensuada ampliamente con los prestadores de salud, sociedades de ginecología y obstetricia, jefes de departamento de ginecología y obstetricia, etc.

**Participación de las parteras:** hay que sensibilizar al personal de salud para que permita el ingreso de la partera a la atención del parto si así lo deseara la usuaria, o incluso para que la partera atienda el parto en presencia del prestador, quien intervendrá solo en caso de complicación. Debería existir comunicación durante el embarazo entre la partera y el prestador; esta relación aumentaría la confianza de la parturienta en el prestador de salud. La partera debe ser una aliada y no alguien externo a la atención obstétrica. La percepción del personal de salud es que no existe sistema de salud, por lo tanto la partera es un elemento extraño al sistema. Hay que sensibilizar al personal de salud con el fin de que entienda que la partera forma parte de un sistema ancestral de salud; en zonas dispersas es el sistema de salud occidental el que resulta extraño al sistema de salud indígena.

### *Puerperio*

Existen una serie de prácticas para el cuidado de la gestante y del recién nacido durante el puerperio. Hay que mantener el equilibrio frío/calor, por lo que hay que climatizar la sala de alojamiento conjunto. Asimismo hay que contemplar ciertos cuidados integrales, como una dieta especial y bebidas para favorecer la salida de los loquios. Se debe incentivar la práctica de estas costumbres.

### *Intervenciones vinculadas con la autonomía de la mujer*

La autonomía de la mujer es un factor fundamental en cualquier programa de reducción de la mortalidad materna y neonatal. Estas son algunas de las estrategias para incentivarla.

**Oportunidades de educación para las mujeres:** la educación en las mujeres tiene impacto directo en su salud, debido al incremento de conocimiento y al aprendizaje de prácticas preventivas.

**Oportunidades laborales para mujeres:** las mujeres que acceden a un trabajo y en especial las que lo hacen fuera del hogar, aumentan su capacidad para tomar decisiones en la familia y generalmente mejorar su salud general y nutricional. En nuestros países existen programas muy exitosos que ofrecen microcréditos a mujeres.

**Legislación centrada en la mujer:** las leyes y políticas públicas que apoyan la equidad de género pueden ayudar a mejorar la situación de las mujeres. Las sociedades que cuentan con legislación que protege a las mujeres es más probable que inviertan en programas que ayudan a las mujeres tales como los servicios de salud sexual y reproductiva.

**Programas de capacitación dirigidos a mujeres:** los programas que informan a las mujeres sobre sus derechos, capacitan a mujeres líderes y apoyan a grupos de mujeres tienen un impacto favorable sobre la situación femenina.

**Desarrollo de competencias en adolescentes:** formar a las adolescentes puede ayudar a fomentar cambios a largo plazo en la relación entre los géneros. Se ofrece a las adolescentes información sobre su salud y sexualidad, técnicas de negociación, etc.

**Hacer que los servicios de salud respondan mejor a las necesidades de las mujeres:** la participación de las mujeres en la planificación, implementación

y evaluación de los programas de salud es esencial para asegurar que los servicios sean adecuados a sus necesidades. De este diálogo pueden derivarse normas, mecanismos para medir la calidad de los servicios, etc. La participación de los prestadores de salud resulta clave para que sean más conscientes de la vida de las mujeres y mejoren su capacidad de escucha.

### *Intervenciones vinculadas con el factor económico*

Los aspectos económicos son sumamente importantes para mejorar el acceso de las gestantes, en especial en zonas pobres y con población indígena. Por esto es fundamental desarrollar ciertas intervenciones que ayuden a disminuir la pobreza.

#### *Mejorar los mecanismos de focalización del gasto público en salud hacia los hogares más pobres*

Los hogares más pobres requieren un esfuerzo adicional del seguro público para la afiliación y el uso del derecho al plan de beneficios. Muchos hogares pobres se encuentran en situación de exclusión social, por lo que no acceden al seguro. En vista de los recursos insuficientes es necesario que el seguro mejore su identificación de usuarios para orientar realmente los recursos a los hogares que más lo necesitan.

#### *Adecuar los planes de beneficios de los seguros públicos a las necesidades de las poblaciones indígenas y rurales dispersas*

Los planes de beneficios de los seguros públicos están diseñados para atender a la población general y no responden necesariamente a lo requerido por la población indígena. Es importante brindar asistencia técnica para identificar lo requerido por dicha población y realizar las modificaciones adecuadas en los planes de beneficios. Un ejemplo claro es la referencia de pacientes: generalmente los seguros ponen tarifas homogéneas, pero en zonas dispersas el costo de traslado es mucho mayor que este costo homogéneo. Por esta razón se deberán realizar estudios para establecer los costos reales de la referencia. Otro ejemplo es la incorporación de procedimientos de medicina indígena en los planes de beneficios de los seguros públicos. Un servicio de salud intercultural ofrece prestaciones de salud tanto de la medicina alopática como indígena y ambas deben ser reconocidas por los planes de beneficios.

## Monitoreo y evaluación

En contraste con el enfoque tradicional de ver la evaluación como la línea de base, la evaluación de medio término y la evaluación final, nuestro enfoque realiza las actividades de monitoreo y evaluación a lo largo de la vida del programa. Insistimos en que lo relevante no es evaluar al programa, sino utilizar los resultados de su evaluación para mejorar su diseño e implementación.

Medir el progreso de los programas de reducción de mortalidad en comunidades indígenas presenta sus particularidades, que a continuación enumeramos:

- ▶ El indicador razón de mortalidad materna (RMM), que es el apropiado para medir el impacto de un programa, es de muy difícil medición. Las estimaciones nacionales de este indicador presentan amplios márgenes de incertidumbre, siendo casi imposible obtener valores confiables para comunidades indígenas. Utilizarlo para establecer una línea de base, monitorear y valorar el impacto de un programa no es práctico ni recomendable.
- ▶ Los cálculos de RMM basados en registros administrativos o en encuestas poblacionales presentan serias limitaciones. Los basados en registros administrativos, debido a la excesiva falta de registro de las estadísticas vitales en los países en vías de desarrollo. Los basados en encuestas, debido al tamaño insuficiente de las muestras. Sus resultados son imprecisos y corresponden a los 10 años previos a la realización de la encuesta.
- ▶ La zona de residencia de las comunidades indígenas coincide con zonas rurales y muy dispersas. Se sabe que a mayor dispersión mayor es la escasez en el registro de fallecimientos; esta situación nos obliga a descartar las estadísticas vitales como una fuente confiable de muertes maternas de mujeres indígenas. Aun si las estadísticas vitales tuvieran una alta cobertura el problema subsistiría, pues casi nunca se desglosan los datos de mortalidad materna por grupo étnico.

- ▶ Siendo las comunidades indígenas grupos demográficos minoritarios, casi siempre están insuficientemente representadas en las encuestas nacionales, de tal manera que por razones de tamaño de muestra no es posible hacer estimaciones de indicadores con márgenes de error razonables. Por otra parte, debido a las dificultades geográficas para alcanzar a dichas comunidades, no siempre se las incluye en los censos o muestras de las encuestas. Además, las encuestas nacionales estandarizan un cuestionario y lo validan en función de la población que demográficamente predomina. De esta manera, las preguntas de las encuestas nacionales que indagan las causas y las condiciones que rodearon la muerte de las mujeres no están validadas en las diferentes lenguas de las comunidades indígenas.
- ▶ Existe consenso internacional en que, ante la complejidad y las dificultades para estimar la razón de muerte materna, es recomendable utilizar indicadores de resultado y de proceso, y en que, según los datos, dichos indicadores tienen una relación causal demostrada con la ocurrencia de la muerte materna. Para ello, en 1992, la Universidad de Columbia y Unicef elaboraron el documento técnico denominado *Guía para monitorear la disponibilidad y la utilización de los cuidados obstétricos*.<sup>1</sup>
- ▶ La experiencia acumulada de diferentes programas de reducción de mortalidad materna permite reconocer la utilidad de los indicadores sugeridos en el documento técnico antes citado. En esta guía se pusieron a consideración de los países seis indicadores: i) número de establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas (FOB); ii) distribución geográfica de los establecimientos FOB; iii) proporción de partos atendidos en establecimientos FOB; iv) proporción de la población con acceso a establecimientos FOB; v) proporción de cesáreas respecto del total de nacimientos; vi) tasa de letalidad. En la actualidad, Unicef, Naciones Unidas, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros organismos han elaborado materiales de difusión y cursos de entrenamiento para la aplicación de los seis indicadores en el monitoreo del progreso de los programas de reducción de la mortalidad materna en países en vías de desarrollo. (Véase el recuadro 5.1: “Revisión de la bibliografía sobre indicadores”).

Los elementos antes señalados ratifican una conclusión que en la actualidad cobra cada vez mayor reconocimiento en el campo de la salud internacional, y es el hecho de que no todos los proyectos pueden medir el

---

<sup>1</sup> Deborah Maine, Tessa M. Wardlaw, Victoria M. Ward, James McCarthy, Amanda Birnbaum, Murat Z. Akalin y Jennifer E. Brown. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Unicef, 1997.

## Recuadro 5.1

### Revisión de la bibliografía sobre indicadores

| Autor  | Título del documento y breve descripción del contenido   |
|--|--|
| Organización Mundial de la Salud (2006)  | <p><b>Reproductive Health Indicators. Reproductive Health and Research Guidelines for Their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring</b></p> <p>Se presentan 17 indicadores de salud sexual y reproductiva. Por cada indicador se desarrollan: i) las definiciones conceptuales y operacionales; ii) los elementos básicos a considerar en la generación del indicador, tales como la fuente de datos, los métodos de recolección, la periodicidad de la recolección de datos y el esquema de desagregación; iii) las consideraciones por tener en cuenta en el análisis y la interpretación del indicador, como el uso, los supuestos para interpretar los valores, los errores más frecuentes, las limitaciones, la vía causal; iv) referencias cuya lectura es recomendable para profundizar el entendimiento del indicador.</p>   |
| Unicef (1997)<br>Deborah Maine,<br>Tessa M. Wardlaw,<br>Victoria M. Ward,<br>James McCarthy,<br>Amanda Birnbaum,<br>Murat Z. Akalin y<br>Jennifer E. Brown | <p><b>Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services</b></p> <p>Discute los aspectos metodológicos en la medición de la razón de mortalidad materna, con énfasis en los puntos de la baja frecuencia de la muerte materna, el reporte insuficiente y la mala clasificación de la causa de muerte materna.</p> <p>El documento presenta los indicadores recomendados para medir el impacto y los indicadores de proceso. En el primer grupo, además del conocido indicador de razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, también se presentan los indicadores de riesgo de fallecimiento durante toda la vida (<i>lifetime risk</i>) y la proporción de muertes maternas respecto del total de mujeres en edad fértil.</p> <p>En cuanto a los indicadores de proceso, el documento desarrolla cada uno de los seis propuestos por Naciones Unidas y la Universidad de Columbia.</p> <p>En sus anexos presenta metodologías e instrumentos muy prácticos para la recolección de datos.</p> |

(Continúa en la página siguiente)

## Recuadro 5.1 (cont.)

|  |  |
|--|--|
| Troop P, Goldacre M, Mason A, Cleary R (eds). Oxford: National Centre for Health Outcomes Development (1999) | <p><b>Health Outcome Indicators: Normal Pregnancy and Childbirth</b></p> <p>En este documento se presentan diferenciados dos grupos de indicadores: i) indicadores sobre el bienestar de la madre y el bebé durante y después del embarazo; ii) indicadores sobre el cuidado efectivo y seguro durante el embarazo, el parto y el posparto inmediato. Todos los indicadores aquí discutidos son de resultados y se reconocen tres perspectivas: la clínica, la poblacional y la del usuario. En total se desarrollan 23 indicadores.</p> |
| Engender Health y Mailman School of Public Health, Columbia University (2005)                                | <p><b>Mejoramiento de la calidad para la atención obstétrica de emergencia. Libro de herramientas</b></p> <p>Ofrece herramientas para evaluar procesos.</p>  |
| UNFPA (2002)   | <p><b>Curso 6. Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso</b></p> <p><b>Módulo 2. Utilización de indicadores para determinar el progreso en la reducción del número de defunciones maternas</b></p> <p>Es un curso muy didáctico que explica la fórmula de cálculo y la interpretación de los seis indicadores.</p>   |
| Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara (1997)                                       | <p><b>Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna</b></p> <p>Es un libro clásico muy difundido entre los grupos dedicados a los programas de reducción de la mortalidad materna. Pone énfasis en el uso de los seis indicadores de proceso y resultado.</p>   |

impacto. Sin embargo, en la actualidad los donantes, los cooperantes, los formuladores de políticas, la sociedad civil y otros agentes se encuentran involucrados en la corriente de promover la rendición de cuentas y entonces exigen que los programas acrediten un impacto cuantificable en la salud de la población. Este contraste entre lo que es factible en la realidad y el discurso político vigente genera tensiones y puede distorsionar el enfoque y el uso del monitoreo y la evaluación. Por ejemplo, en un país se optó por

evaluar la gestión de los directores de salud según la variación semanal del número de muertes maternas.

La presente guía se propone enfatizar la utilidad y factibilidad del monitoreo y de la evaluación. Esta propuesta comienza por puntualizar los siguientes elementos:

- Los indicadores deben ser parte de la línea que conecta el insumo con el resultado final representados en el diagrama de un modelo lógico.
- La información necesaria para diseñar el programa y elaborar los modelos lógicos presentados en el capítulo anterior es la misma información que se precisa para evaluar cómo funcionan. De esta manera, un requisito esencial para elaborar un plan conveniente de monitoreo y evaluación es el correcto diseño del programa, para lo cual resulta de mucha utilidad contar los respectivos modelos lógicos.
- Las intervenciones para reducir las muertes maternas son muy sensibles al contexto de cada país, región y localidad. Programas que dieron buenos resultados en un lugar pueden fallar en otro sin las adecuadas adaptaciones. Por ejemplo, se observó que las casas de espera en una zona andina incrementaron significativamente el uso de los servicios de salud para los partos, pero en algunas zonas tropicales no tuvieron ningún efecto. Estas lecciones nos indican que antes de poner el foco en los indicadores de impacto, el monitoreo y la evaluación deberían ser más intensivos durante la implementación del programa.
- No hay una evaluación correcta, sino preguntas correctas de evaluación que se deben formular a lo largo de la vida del programa durante la planificación, implementación y mantenimiento. Es decir, en contraste con la propuesta tradicional de indicar una línea de base, una evaluación de medio término y otra al final del programa, en la presente guía sostenemos que lo relevante son los criterios para identificar qué evaluar y en qué momento aplicar la evaluación.
- Involucrar a los encargados gerenciales y funcionales de tomar decisiones en cuanto a la selección e identificación de los modelos de análisis de los indicadores y en la formulación de las preguntas de evaluación garantiza que los resultados sean tenidos en cuenta y no ignorados. No involucrarlos, en cambio, puede generar en ellos una actitud de rechazo hacia las evaluaciones y de permanente cuestionamiento de los indicadores.
- En países en vías de desarrollo los recursos para la evaluación son muy limitados. No todo el programa requiere ser evaluado al mismo tiempo. Muy por el contrario, se deben priorizar las cadenas de resultados más relevantes y, dentro de cada una de ellas, identificar la flecha que convenga evaluar de acuerdo con el desarrollo del programa.

En los dos apartados siguientes se desarrolla por separado y paso a paso el tema del monitoreo y el de la evaluación.

## El monitoreo del programa

Para elaborar el monitoreo de un programa es esencial contar con los diagramas de los modelos lógicos que fueron explicados en el capítulo anterior del presente manual.

En el esquema 5.1 se presenta el modelo lógico del monitoreo. La selección y formulación de los indicadores parten de él; es decir, primero se formula con precisión cada uno de los elementos del modelo —que va desde los insumos hasta el resultado final— para luego seleccionar y formular el indicador elemento por elemento.

Desde esta perspectiva, no es relevante la discusión de si los indicadores son de resultados, procesos o insumos sino que más bien, tal como pretende ilustrar el esquema 5.1, se deberían monitorear indicadores que pertenezcan a una cadena de causalidad que conecta insumo con resultado final. Es decir, resulta de mayor utilidad para los encargados de la toma de decisiones combinar indicadores de insumos, productos y resultados que estén vinculados causalmente entre ellos.

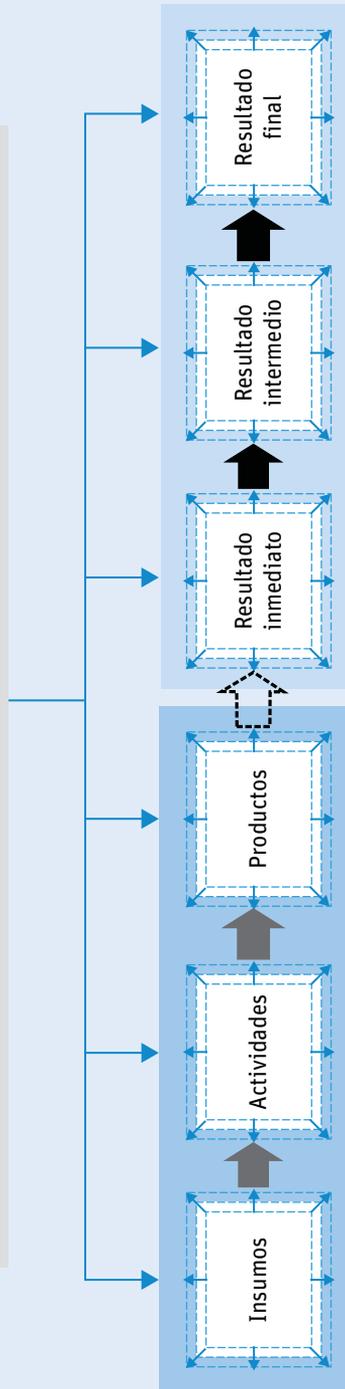
Por ejemplo, podríamos combinar el indicador *disponibilidad de oxitocina* (insumo) con *proporción de partos con manejo activo de la tercera fase* (producto) con *número de casos de hemorragia puerperal* (resultado). En este caso, sería muy difícil para un encargado de la toma de decisiones aceptar que los casos de hemorragia se han reducido en un 50% pero el consumo de oxitocina sigue igual o los partos con manejo activo se han incrementado ligeramente en un 10%.

La triangulación de indicadores causalmente vinculados es de mucha utilidad en contextos descentralizados, donde un agente es el que asume la responsabilidad del indicador de casos de hemorragia puerperal (por ejemplo, el director nacional de salud o el ministro de salud), otro en un nivel de gobierno diferente es el responsable por la cobertura de partos con oxitocina (por ejemplo, el director del hospital local o de una red de servicios de salud de primer nivel) y otro, posiblemente dependiente de áreas administrativas, es el responsable de la adquisición de medicamentos. En este contexto, es frecuente que cada responsable, desde su perspectiva y sus intereses, trate de mostrar valores positivos o muy positivos de su gestión. En ese escenario triangular, indicadores como los del ejemplo minimizan la asimetría de información entre encargados de la toma de decisiones de diferentes niveles de gobierno y facilitan relaciones de agente–principal menos conflictivas.

Esquema 5.1 Modelo lógico y monitoreo

**MONITOREO**

Medir periódicamente la magnitud de los cambios en productos y resultados que se ubican sobre la línea que conecta el **insumo** con el **resultado final** en el modelo lógico del programa



A continuación desarrollaremos paso a paso el proceso de selección de indicadores.

### *Paso 1: Revisar el modelo lógico del programa*

Hay que regresar a los diagramas del modelo lógico del capítulo anterior, revisar con el equipo del programa la jerarquización de las cadenas de resultados, volver a priorizar las de mayor relevancia y concentrar sobre ellas el esfuerzo de selección y formulación de indicadores.

Al menos dos criterios contribuyen a la priorización:

- ▶ Las cadenas de resultados con un mayor impacto en la población objetivo.
- ▶ Las cadenas de resultados en las que se dispone de intervenciones de comprobada eficacia y efectividad.

Este ejercicio de priorización debe realizarse caso por caso, y es específico de cada contexto. De manera referencial, en comunidades indígenas en un primer momento el principal resultado a lograr es incrementar el uso del sistema de salud para la atención de las complicaciones del parto. Para ello, tres intervenciones son clave: a) la adecuación intercultural de los servicios de salud; b) un programa de comunicación con mensajes precisos para reconocer señales de complicaciones dirigido a las familias, a los líderes comunales y a los miembros del sistema de medicina tradicional; c) capacidad resolutive de los establecimientos de salud cercanos a las comunidades indígenas. En el esquema 5.2 se ilustra parte del modelo lógico de dos cadenas de resultados clave.

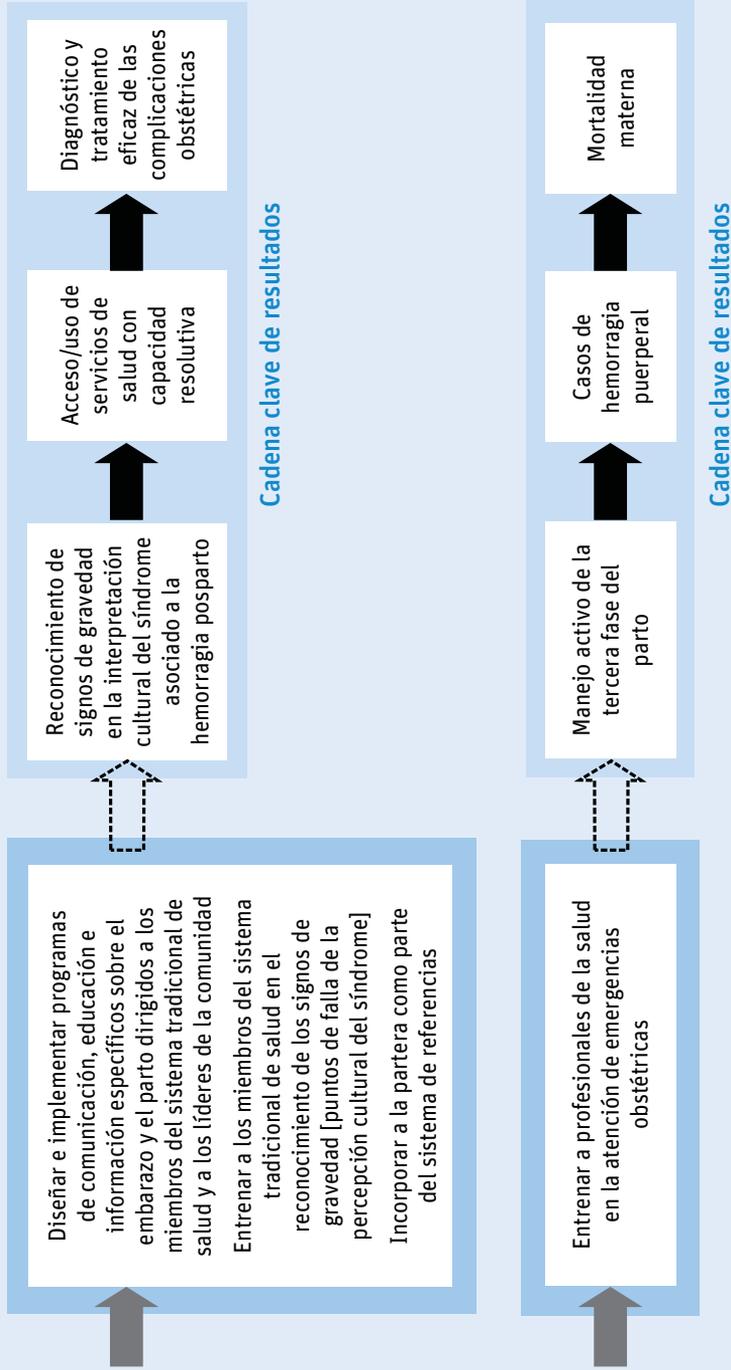
Para la priorización de estas cadenas clave de resultados se utiliza la información del capítulo 2 y los diagramas del capítulo 4; tal como señalamos antes, completar las tareas descritas en esos capítulos es requisito indispensable para diseñar el plan de monitoreo.

### *Paso 2: Formular los indicadores de resultados*

Una vez identificada la cadena clave de resultados, para cada uno sus eslabones (resultado final, intermedio e inmediato) se realizan las siguientes tareas:

- ▶ Identificar y/o completar con el equipo del programa los cuatro elementos del resultado: i) “en quiénes”; ii) magnitud del cambio deseado; iii) “en qué”; y, iv) “en cuánto tiempo”. En la parte superior del esquema 5.3

Esquema 5.2 Modelo lógico de las principales cadenas de resultados



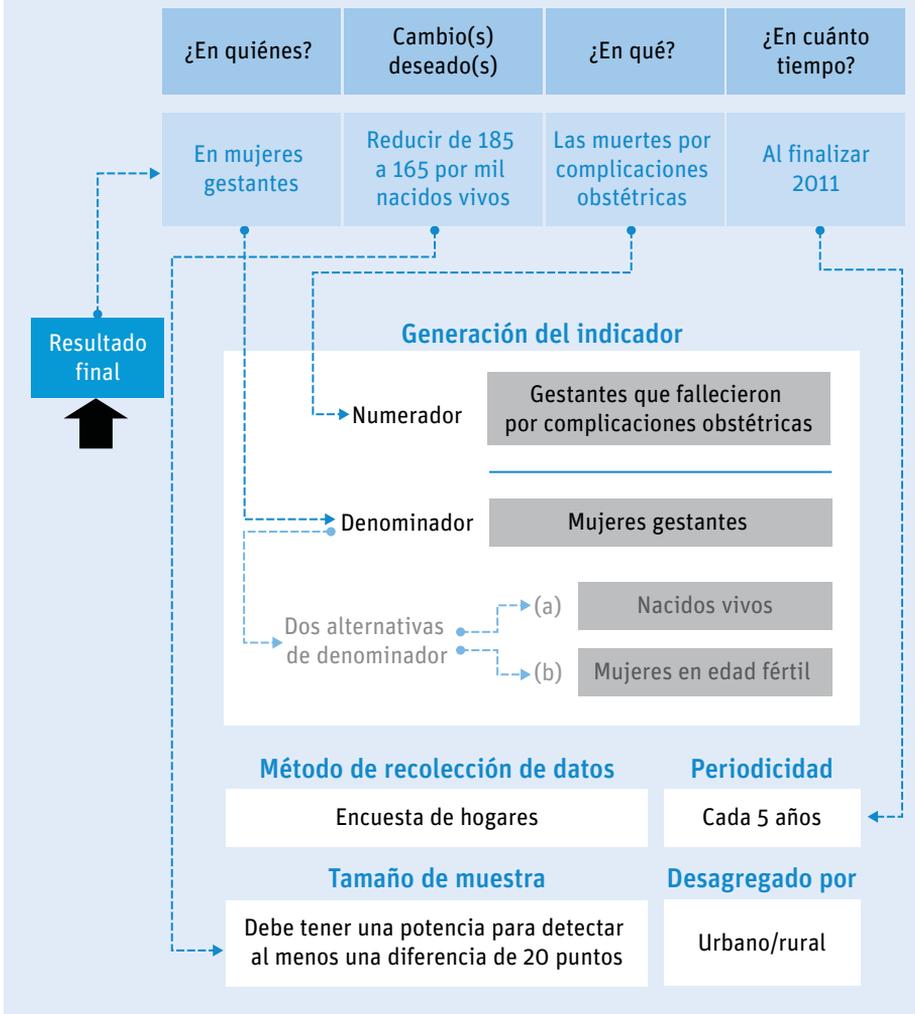
se indican estos cuatro elementos, y con una flecha de línea discontinua que sale de la caja que dice “resultado final” y va hacia la segunda fila, se muestra un ejemplo de resultado final junto con sus cuatro elementos. En este ejemplo, “en quiénes” son mujeres gestantes, el “cambio deseado” es reducir de 185 a 165 por mil nacidos vivos, “en qué” son las muertes por complicaciones obstétricas, y “en cuánto tiempo” es al finalizar 2011.

- A partir del resultado, identificar de manera completa una primera propuesta del numerador y denominador del indicador. El numerador, tal como lo señala la flecha discontinua, tiene su origen en el elemento “en qué” del resultado, mientras que el denominador se origina en el elemento “en quiénes”.
- Revisar y discutir con el equipo las definiciones conceptuales y operacionales del numerador y del denominador del indicador. En esta parte es muy útil revisar la bibliografía que más adelante se recomienda sobre indicadores, específicamente el documento *Guía para monitorear la disponibilidad y la utilización de los cuidados obstétricos* (véase el recuadro 5.1).

En el ejemplo que se ilustra en el esquema 5.3, tanto las definiciones conceptuales como operacionales del numerador y del denominador han sido ampliamente debatidas y motivo de reiterados artículos de revisión publicados en revistas de salud pública. Sobre el denominador, la primera cuestión es que “mujeres gestantes” abarca un universo muy difícil o casi imposible de identificar de manera precisa, pues muchas mujeres pueden desconocer su condición de embarazo, así como también muchos embarazos terminan en abortos y no son posibles de identificar. Alternativamente al número de embarazos, hoy se usa como una mejor aproximación del denominador el número de nacidos vivos. Así, el indicador universalmente propuesto para el resultado final es la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. Sobre este indicador se plantean una serie de dificultades para su estimación, las mismas que fueron comentadas anteriormente.

- Proponer una periodicidad con la cual se debe estimar el indicador. Como se muestra en el esquema 5.3, a partir del elemento “en cuánto tiempo” es posible proponer un frecuencia razonable de medición del indicador que vaya de acuerdo con las necesidades del programa.
- Proponer un método de recolección de datos. Como generalmente los indicadores de resultado tienen una base poblacional, casi siempre serán elegidas como método de recolección de datos las encuestas poblacionales. Para indagar la proporción de partos institucionales o de cesáreas la mejor fuente es una encuesta poblacional. En muchos países donde las estadísticas vitales son de mala calidad la fuente recomenda-

Esquema 5.3 Modelo lógico de las principales cadenas de resultados



da para estimar la razón de mortalidad materna son las encuestas poblacionales, aun con todas las limitaciones que ya mencionamos.

Especial atención requiere la aplicación de encuestas en comunidades indígenas, específicamente por las siguientes razones: i) no se logra tener suficiente tamaño de muestra y representatividad de las comunidades indígenas en encuestas nacionales, lo cual impide estimar indicadores para estos grupos poblacionales; ii) por su ubicación geográfica es frecuente que las comunidades indígenas no sean parte de las muestras, lo

cual induce a subestimar la magnitud del indicador; iii) las preguntas del cuestionario no han sido adecuadamente traducidas a la lengua de las comunidades indígenas, o el encuestador no ha sido entrenado para establecer una apropiada relación de confianza con las comunidades indígenas, con lo cual aumenta la cantidad de datos perdidos, y iv) los costos de la encuesta se pueden incrementar exponencialmente debido al tiempo que exige visitar zonas dispersas y muchas veces inaccesibles. Esto conlleva la reducción significativa del tamaño de la muestra.

Los países que han desarrollado sistemas de seguros para poblaciones pobres cuentan con registros administrativos con datos suficientes para estimar indicadores de coberturas, tal como la cobertura del parto institucional. En estos casos los registros administrativos son una valiosa fuente de datos para estimar coberturas hasta el nivel distrital y desagregar incluso por grupos étnicos y con una frecuencia mensual o trimestral. Como no siempre se registra exactamente el origen étnico de la persona afiliada al seguro, será necesario incorporar en los registros administrativos una variable que permita identificar si la procedencia del asegurado se corresponde con una comunidad étnica. Ante la ausencia de tal variable, una primera aproximación gruesa es utilizar la clasificación urbano/rural; otra es agrupar los distritos y considerarlos étnicos si en el censo más reciente más del 50% de su población se percibió como de origen indígena.

- Discutir un tamaño de muestra de la encuesta, si este fue el método elegido de recolección de datos. Por la implicancia económica que tiene este elemento, es importante que el equipo del programa preste atención al tamaño de la muestra, más aún cuando se espera aplicar en zonas de difícil acceso donde habitualmente residen las comunidades indígenas. En la medida en que el cambio esperado de nuestra intervención sea mayor, será requerido un menor tamaño de muestra. En ese sentido es recomendable dedicar un tiempo a analizar cuál será el cambio mínimo esperado en el resultado para considerar que la intervención sea efectiva. Por ejemplo, si consideramos que la cobertura de parto institucional se va incrementar en uno a dos puntos por año después de la intervención, detectar estadísticamente tal variación anual requerirá un tamaño muchas veces mayor que si el incremento esperado fuera de cuatro a cinco puntos por año. Tal como se indica en el esquema 5.3, el tamaño de la muestra depende del elemento “cambio(s) deseado(s)”.

Esta secuencia de tareas será repetida por cada resultado (final, intermedio, inmediato) y en cada una de esas repeticiones será analizada la factibilidad de obtener el resultado. Como ya se apuntó, para medir el resultado final en el caso de la mortalidad materna no es práctico ni recomendable

aplicar el indicador en grupos poblacionales pequeños como son las comunidades indígenas. Otra vez enfatizamos que más importante que discutir cuántos indicadores se deben tener o si son de resultados o de procesos es seleccionar indicadores que pertenezcan a una cadena causal que conecte los insumos del programa con el resultado final, aunque no sea posible tener un indicador para medir este último, pero sí los resultados inmediato o intermedio. En otras palabras, no es necesario tener indicadores para los tres tipos de resultado: podría ser suficiente con tener un indicador para el resultado inmediato.

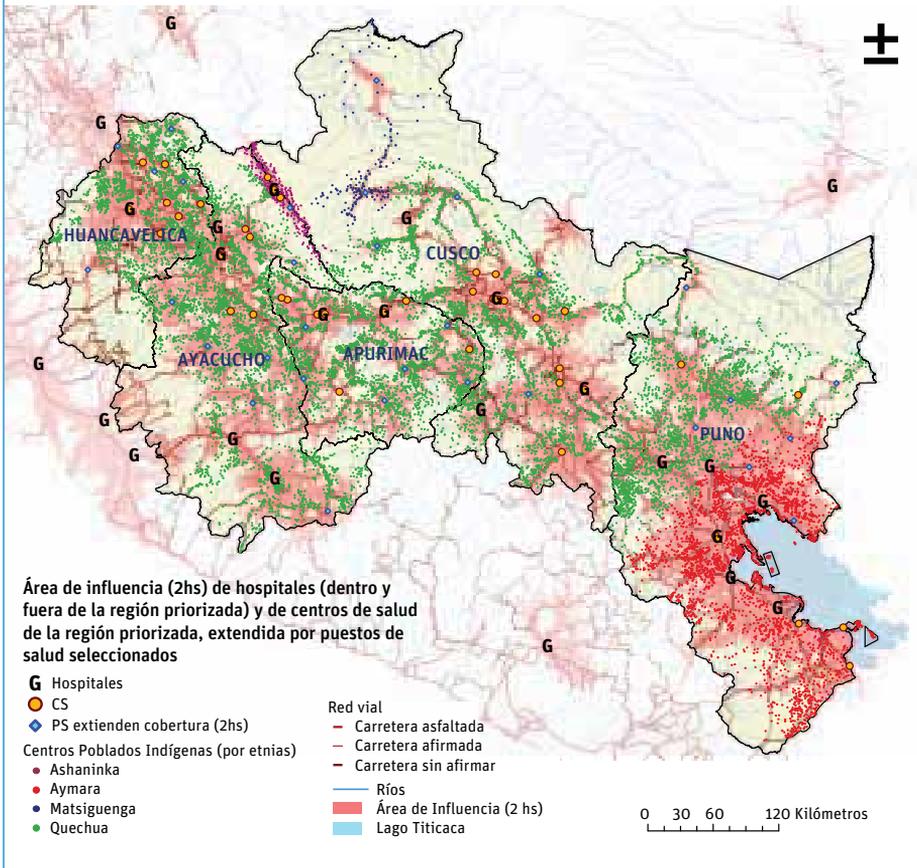
Antes de concluir la explicación de este paso, a manera de lecciones aprendidas vamos a especificar ciertas consideraciones respecto de la aplicación de algunos de los seis indicadores recomendados en la *Guía para monitorear la disponibilidad y la utilización de los cuidados obstétricos*, específicamente sobre los siguientes dos: número de establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas y esenciales, y distribución geográfica de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas y esenciales. Respecto del primero, se establece como estándar mínimo disponer de cuatro establecimientos FOB y un FOE por cada 500.000 habitantes; sobre el segundo se exige que el 100% de las áreas subnacionales tengan el número mínimo de establecimientos FOB y FOE.

Conceptualmente los dos indicadores pretenden medir el acceso físico de la población a establecimientos FOB y FOE; sin embargo, ninguno de ellos toma en consideración la densidad poblacional. En poblaciones geográficamente muy dispersas un valor de cuatro FOB por cada 500.000 habitantes podría ser insuficiente; por el contrario, en poblaciones muy concentradas cuatro FOB por cada 500.000 habitantes podría ser un exceso.

Cuando se dispone de cartografía actualizada sobre la ubicación de la población, los establecimientos de salud y las vías de acceso (carreteras, ríos), una mejor aproximación para medir el acceso físico es construir isodistancias (estimadas en horas) respecto de la red de establecimientos FOB y FOE. Mediante esta técnica es posible estimar qué proporción de la población se encuentra a menos de dos horas de los establecimientos FOB y FOE. Más aún, es posible evaluar con qué distribución geográfica de establecimientos se logra maximizar el acceso de la población rural o de la población indígena a la red de establecimiento FOB y FOE.

En el mapa 5.1 se presenta la experiencia de un programa de reducción de mortalidad materna en Perú para el cual se utilizó la cartografía disponible a fin de evaluar con precisión el acceso físico de las comunidades indígenas a los hospitales y a los centros de salud. En este mapa se visualiza la isodistancia (inferior a dos horas) a hospitales y a centros de salud mediante áreas cubiertas de color rosado alrededor de cada establecimiento de salud diferenciado por grupo indígena. Los puntos que no se superponen con las

**Mapa 5.1 Acceso físico de las comunidades indígenas a hospitales y centros de salud en un lapso inferior a dos horas**

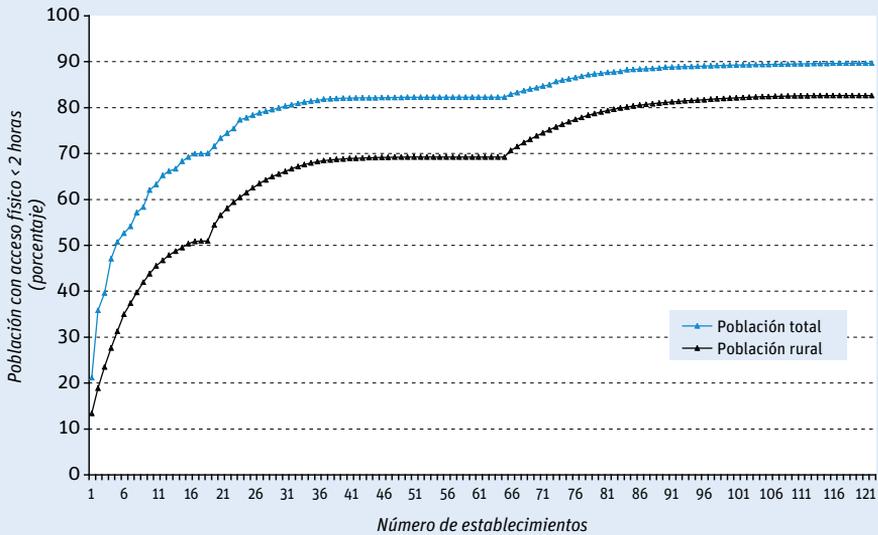


áreas rosadas corresponden a las comunidades indígenas que se encuentran a más de dos horas de distancia de los establecimientos que pueden atender las emergencias obstétricas, es decir que no tienen acceso físico a la red de establecimientos FOB y FOE.

Una primera respuesta ante esta falta de acceso físico es construir nuevos establecimientos de salud, sin embargo implementar esta decisión puede ser muy complicado. Identificar geográficamente dónde ubicar los nuevos establecimientos y cuántos nuevos establecimientos construir es una tarea muy compleja. En este punto el análisis del acceso físico utilizando la cartografía es de utilidad para planificar y optimizar las inversiones en infraestructura.

## GRÁFICO 5.1

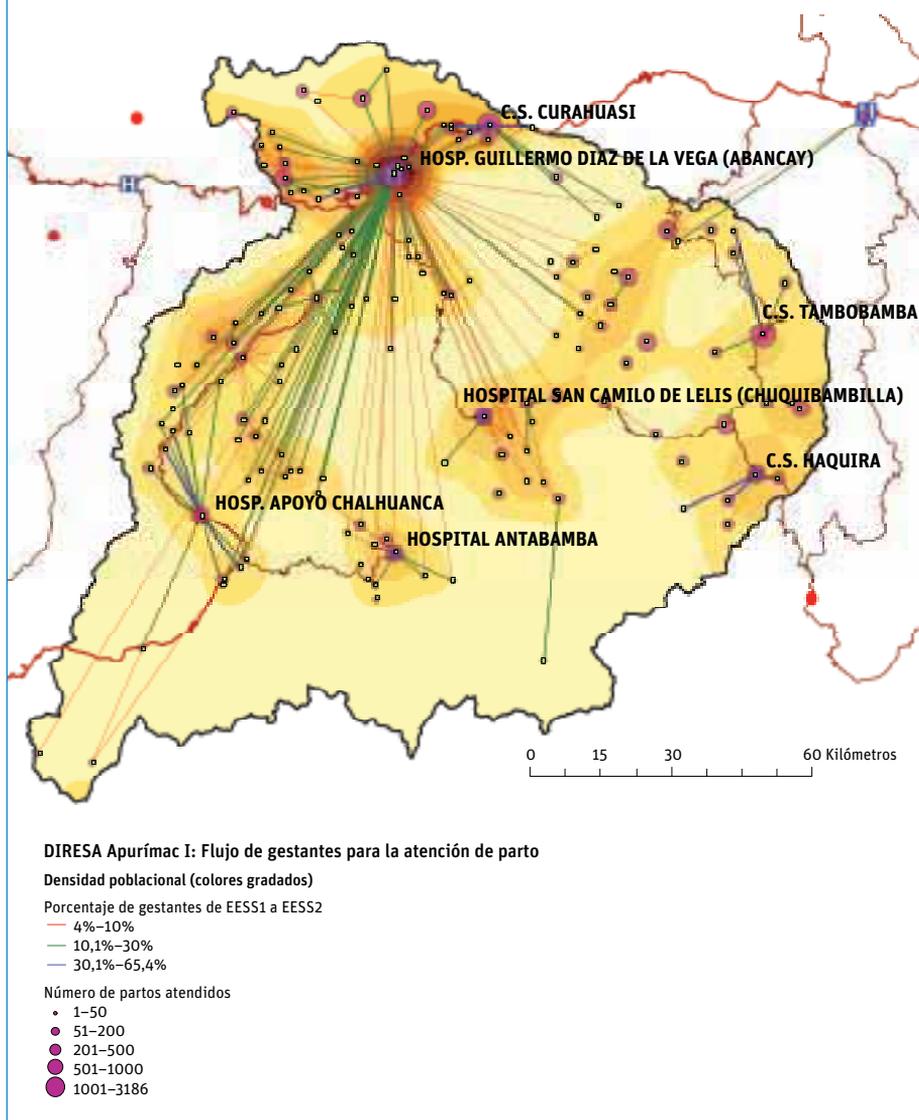
## Número de establecimientos de salud requeridos y proporción de la población con acceso físico menor a dos horas



En el gráfico 5.1 se presentan los resultados de un análisis de acceso físico utilizando la cartografía. En el eje “y” se observa la proporción de la población que se ubicará a menos de dos horas de la red de establecimientos de salud (hospitales y centros de salud) mientras que en el eje “x” se presenta el número de establecimientos requeridos para alcanzar tal proporción. La curva de línea punteada representa el acceso de la población rural. A partir de cierto número de establecimientos, el incremento en la proporción de la población que accede a la red de establecimientos es mínimo. En el ejemplo del gráfico 5.1, con los hospitales se logra que el 60% de la población rural se encuentre a menos de horas; si se agregan 26 nuevos centros de salud este porcentaje solo se incrementa en un 10%, mientras que si agregamos unos 120 nuevos establecimientos se lograría solo incrementar un 10% adicional.

El análisis del acceso físico utilizando la cartografía no solo es de ayuda para planificar espacialmente la inversión en infraestructura, sino que también nos permite estimar qué proporción de población no podrá ser atendida mediante oferta fija. Esta situación obligará a buscar otras alter-

**Mapa 5.2** Flujos de referencia de gestantes del lugar de residencia al establecimiento de atención del parto



nativas de entrega del servicio de emergencias obstétricas para poblaciones muy dispersas. En estos escenarios cobran mayor importancia el desarrollo de los sistemas de referencia comunales y la creación de fondos comunales para financiar el traslado de la gestante.

Otro uso de la cartografía en el sistema de monitoreo es el análisis de los flujos de referencia de las gestantes.

El mapa nos permite identificar cuáles son las áreas con mayor intensidad de referencias de gestantes y cuáles son las áreas deficitarias. Por ejemplo, de las comunidades que se encuentran del lado derecho del mapa no se observa salir referencias hacia los hospitales.

### *Paso 3: Formular los indicadores de producto*

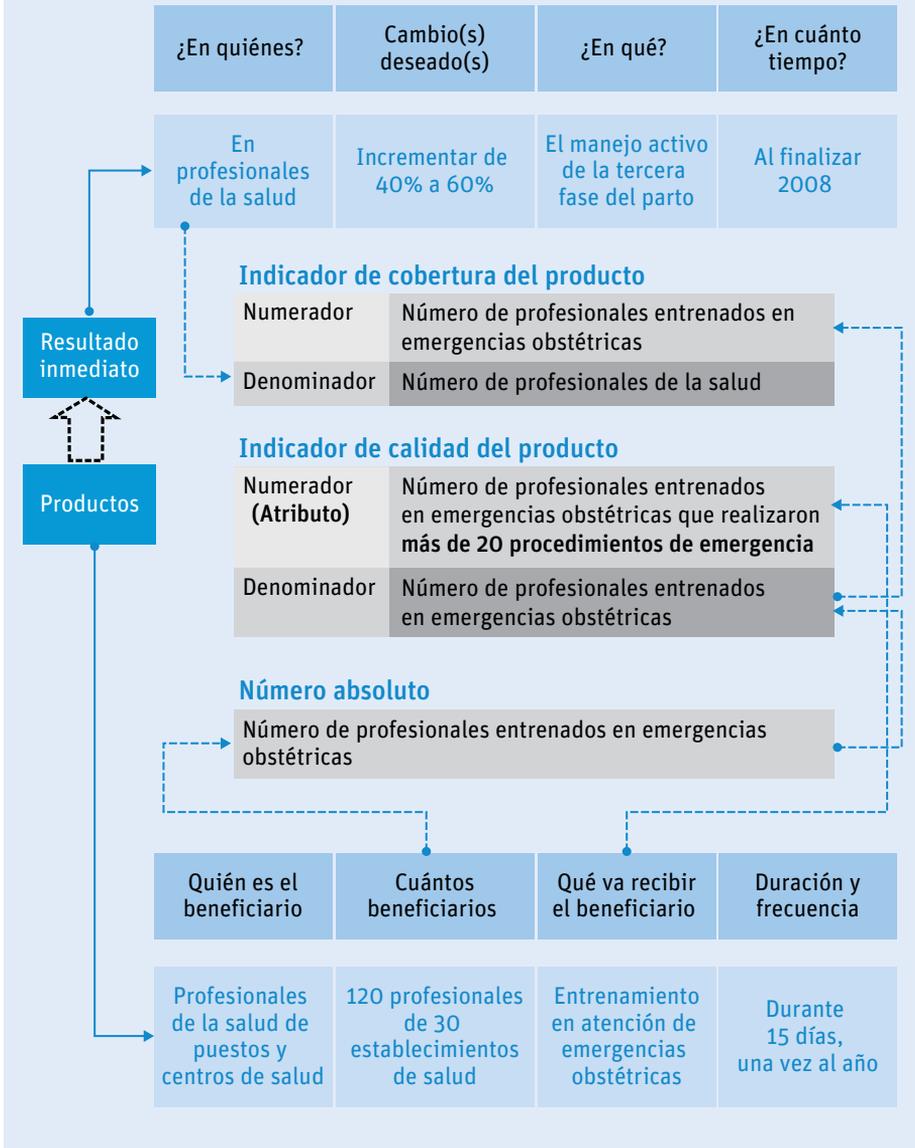
Para formular los indicadores de producto, primero regresamos a los diagramas del modelo lógico del capítulo 4. Nos ubicamos en los dos recuadros que se encuentran alrededor de la flecha de línea discontinua (productos y resultado inmediato) tal como lo muestra el esquema 5.4. Alrededor del producto se pueden proponer tres tipos de indicadores: i) un indicador expresado en números absolutos que mida el número de beneficiarios del producto (útil para medir tendencias); ii) un indicador que mida algún atributo específico del producto, frecuentemente la calidad; iii) el indicador de cobertura del producto.

Con ayuda del esquema 5.4, detallamos cómo se generan los indicadores de producto:

- ▶ Identificar en el modelo lógico el resultado inmediato y formularlo con sus cuatro elementos tal como muestra el esquema 5.4 en la parte superior. De la misma manera, ubicar el producto y formularlo con sus cuatro elementos.
- ▶ El indicador de producto en su forma de números absolutos tiene su origen en el número de beneficiarios que reciben el producto tal como lo ilustra la flecha.
- ▶ El indicador que mide un atributo del producto, por ejemplo su calidad, requiere un numerador y un denominador. El numerador tiene su origen en el elemento “qué va a recibir el beneficiario”, mientras que el denominador tiene su origen en el elemento “cuántos beneficiarios”.
- ▶ El indicador de cobertura del producto, en cambio, combina elementos del producto con elementos del resultado inmediato. Como se aprecia en el esquema 5.4, el denominador del indicador tiene su origen en un elemento del resultado inmediato “en quiénes”, mientras que el numerador tiene su origen en el elemento del producto “cuántos beneficiarios”.

La principal fuente de datos para los indicadores de productos son los registros administrativos del programa y del sistema de salud. Sin embargo, para indicadores de cobertura del producto las encuestas poblacionales son

Esquema 5.4 Generación del indicador del resultado



las indicadas. La ventaja de usar registros administrativos es poder analizar desagregadamente sin perder robustez estadística en el indicador, aunque siempre será una tarea muy dura lidiar con la calidad de los datos de los registros de atención de los sistemas de salud.

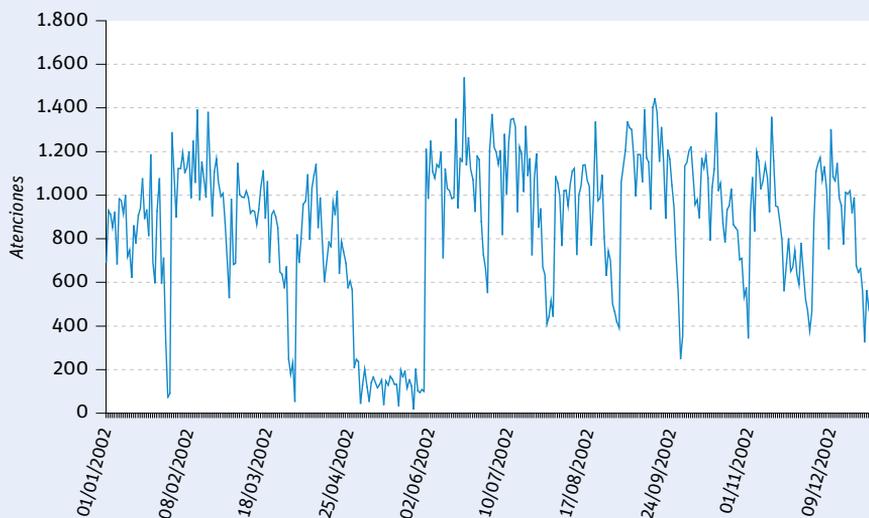
Reconociendo que los indicadores de producto son de utilidad durante la implementación del programa, es necesario que desde el momento de la planificación del mismo y previo a su inicio se preste especial atención a los sistemas de información y a los formatos de registros de datos que utilizará el programa. Se sugiere que al momento de diseñar los formatos y las bases de datos, no solo se considere su uso administrativo sino el potencial uso con fines de monitoreo y evaluación del programa. A continuación ponemos a disposición de los gerentes de programas las siguientes sugerencias:

- Utilizar un esquema de codificación estándar para los siguientes elementos: i) código único de establecimientos de salud; ii) código único por tipo de equipamiento; iii) código único del personal de salud que será entrenado; iv) código único de los servicios, ambientes y áreas tipo de la infraestructura; v) código único por cada curso de entrenamiento; vi) código único de comunidades.
- Promover en el sistema de salud el uso de un esquema de codificación estándar al menos para los siguientes elementos: i) código único de usuario (paciente); ii) código único de medicamentos (mejor si se basa en un estándar internacional); iii) código único de diagnósticos (muy difundido el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10); iv) código único de procedimientos; v) código único del profesional de salud.
- Aplicar el esquema de codificación estándar de datos en todos los formatos de registros de datos que el programa utilice independientemente de cuál sea su uso inmediato. Por ejemplo, los formatos administrativos que se utilizan para convocar las licitaciones, para registrar el ingreso a los almacenes y para la distribución del equipo biomédico son muy útiles cuando luego se quiere monitorear el producto *establecimientos con equipos completos para atender las emergencias obstétricas*.
- En lo posible almacenar la información en bases de datos relacionales apropiadamente diseñadas desde el punto de vista tecnológico. Evitar utilizar formatos electrónicos sueltos como las hojas de cálculo que son de difícil administración y control.
- Aprovechar en cuanto sea posible las bases de datos de los registros administrativos, pero de manera especial aquellas con valor transaccional, como por ejemplo la facturación de las atenciones de salud que realizan los prestadores al seguro público.
- Triangular diferentes fuentes de bases de datos para un mismo indicador.

En el gráfico 5.2 se presenta un caso de cómo es posible monitorear un indicador de insumo como la disponibilidad de profesionales de salud en establecimientos FOB utilizando bases de datos de atenciones ambulatorias.

## GRÁFICO 5.2

## Comportamiento del número de atenciones por día en centros de salud del departamento de Amazonas, Perú



En el eje “y” se presenta el número de atenciones y en el eje “x” los días de un año (desde el 1 al 365). Como se observa, el número de atenciones se reduce drásticamente de manera cíclica. Estas caídas cíclicas no se deben a que la disponibilidad de personal de salud se reduzca significativamente. Una mayor indagación en el terreno reveló que el personal tenía un acuerdo laboral no formal de trabajar los primeros 25 días del mes y tener cinco días continuos de vacaciones todos los meses.

#### *Paso 4: Responsabilizar a los encargados de la toma de decisiones de los indicadores de producto*

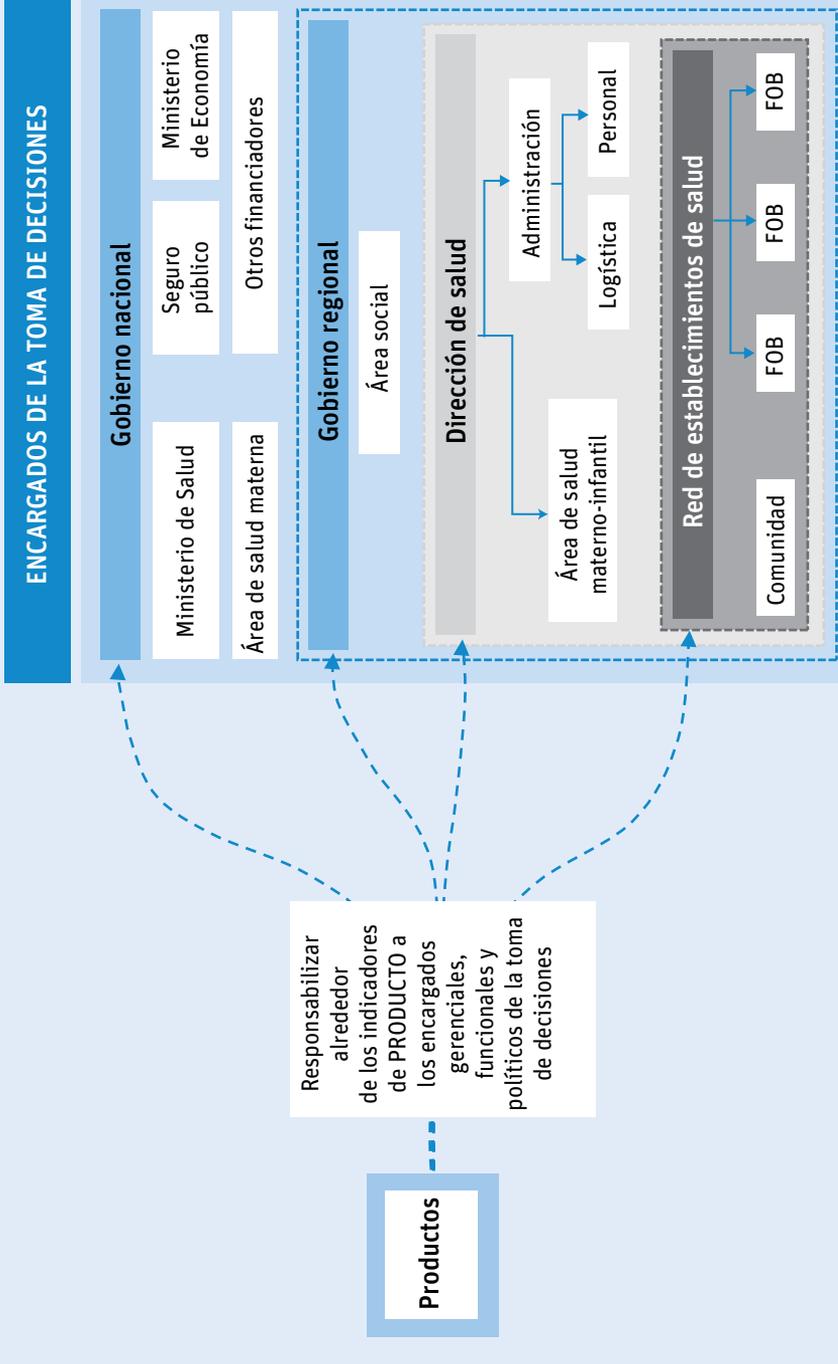
A diferencia del resultado, el producto tiene otras características que es importante tener presente durante la gestión de un programa. Entre ellas podemos enumerar las siguientes:

- ▶ El producto es el punto de encuentro entre el programa y los beneficiarios directos.

- ▶ Alrededor del contenido del producto se estructura un presupuesto, y por tanto el producto adquiere un valor transaccional en la asignación presupuestaria entre las diferentes instancias de gobierno.
- ▶ El personal que realiza el trabajo operativo ve mejor reflejada su labor en los productos antes que en los resultados.
- ▶ Los resultados esperados no varían de acuerdo con el contexto mientras que el producto requiere ser modificado y adaptado a cada realidad.
- ▶ En el discurso político, resulta más cómodo anunciar lo que se va entregar a la población y es más difícil señalar cuáles serán los logros en el corto, mediano y largo plazo.
- ▶ Es más claro individualizar las responsabilidades institucionales y personales por el producto mientras que en relación con los resultados siempre estarán presentes elementos que no están en el control de las instituciones. Es útil considerar esta particularidad cuando se trata de establecer acuerdos de gestión, firmar compromisos o establecer convenios de desempeño.
- ▶ Alrededor del producto se evidencian con mayor nitidez las asimetrías de información entre las instituciones que se posicionan como agente y las instituciones que asumen el rol principal. En el esquema 5.5 se muestra un arreglo organizacional en un país con dos niveles de gobierno y servicios de salud descentralizados. En este escenario, mediante el establecimiento de normas técnicas el gobierno nacional intenta regular el contenido del producto, mientras que en función de sus prioridades, cómo transcurre el reloj electoral y dónde está su capital electoral, el gobierno regional asignará un mayor o menor presupuesto para financiar la entrega del producto y las direcciones de salud, dependientes del gobierno regional pero al mismo tiempo fiscalizadas por el gobierno nacional, tratarán de mostrar una realidad diferente según la institución que tengan al frente. En el nivel más desagregado se encuentra la red de servicios de salud, la cual tiene que responder a los intereses del gobierno nacional, del gobierno regional y del jefe de la dirección de salud. Aquí se reproducen otra vez las diferentes realidades según la institución que se posicione como principal.

Por todas estas características del producto no es suficiente definir su o sus indicadores sino que, en la medida en que los datos lo permitan, es necesario abordar la asimetría de información entre las diferentes instancias de gobierno y gestión que estén vinculadas con el producto. En ese sentido una primera tarea es la identificación de los encargados de la toma de decisiones de diferentes niveles de gobierno y su responsabilización en cuanto a los indicadores de productos (véase el esquema 5.5).

Esquema 5.5 Indicadores de producto y encargados de la toma de decisiones



Los principales criterios para identificar a los encargados de la toma de decisiones según los roles y responsabilidades que desempeñan son los siguientes: i) responsabilidad a nivel nacional y regional de aprobar la asignación presupuestaria o los incrementos presupuestales; ii) encargados de establecer las normas técnicas respecto del contenido del producto (regulación); iii) encargados de la fiscalización del cumplimiento del producto; iv) los gerentes y los directores de las direcciones de salud encargados más directamente de la implementación del programa; v) los jefes de servicios de salud responsables directos de la entrega del producto a la población beneficiaria; vi) otras instituciones que indirectamente tienen interés en los productos del programa (gobiernos locales o municipios), y vii) la sociedad civil.

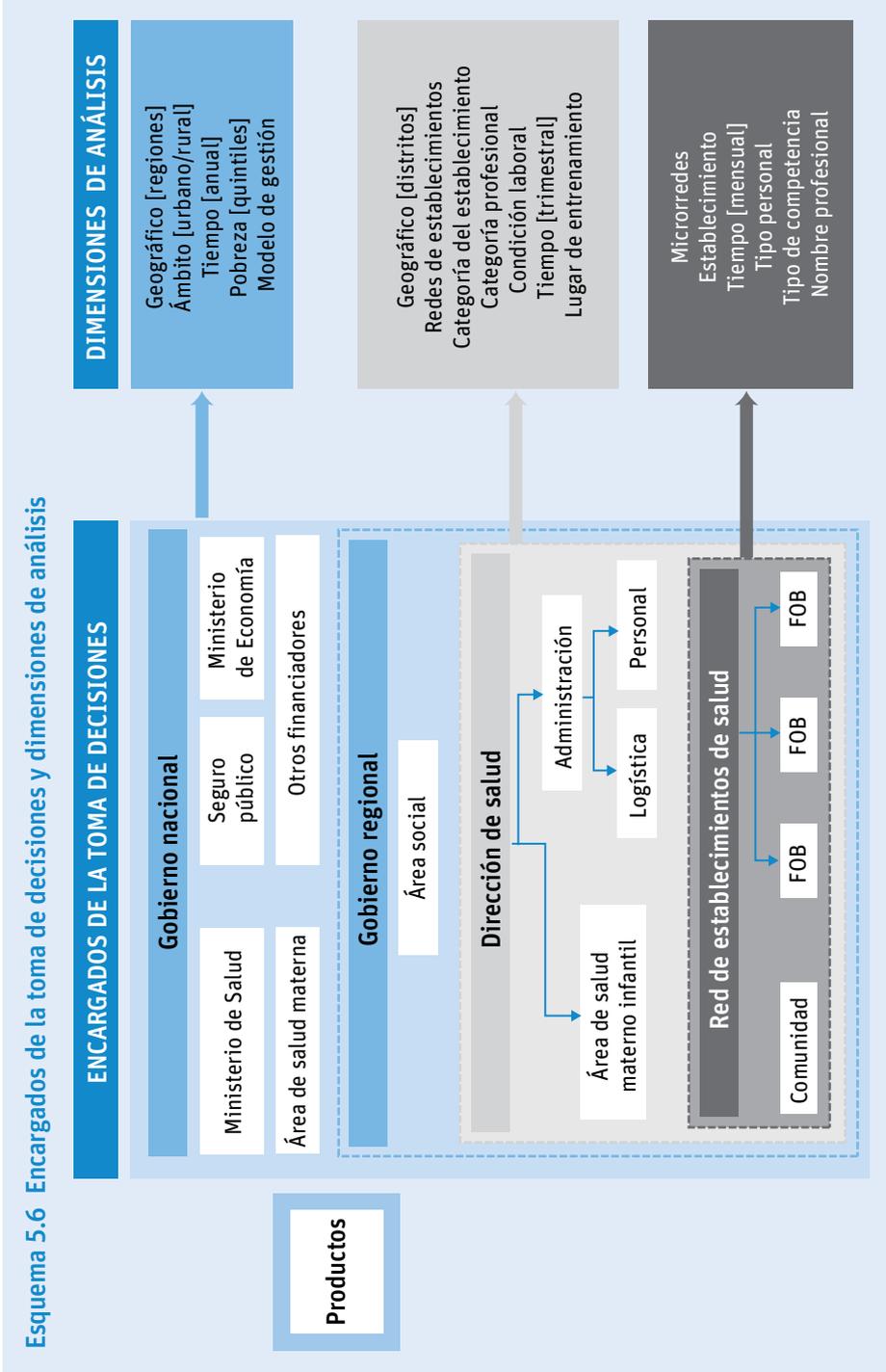
Una segunda tarea es discutir con cada uno de los encargados de la toma de decisiones la utilidad del indicador y recoger sus perspectivas de análisis. Por ejemplo, seguramente al ministro de Salud le interesará monitorear la proporción de cesáreas a nivel nacional de manera anual y desagregada por direcciones de salud y quizá por niveles de pobreza; en cambio, el interés del jefe de la red de establecimientos será el número de cesáreas por mes, desagregado por categoría del establecimiento y por nombre del profesional de salud. Es decir, dependiendo del rol que cumple cada encargado de las decisiones son diferentes las perspectivas de análisis del indicador. Si no son compartidas entre los diferentes encargados de la toma de decisiones, es muy difícil que estas diferentes perspectivas de análisis lleven a acuerdos de colaboración. Muy por el contrario, es frecuente encontrar relaciones conflictivas.

Nuestra sugerencia es tratar de que la cantidad de indicadores de productos sea lo más reducida posible, pero para aquellos seleccionados, tratar que tengan el mayor número de dimensiones de análisis con el mayor nivel de desagregación. En el esquema 5.6 se presenta una lista de dimensiones de análisis según nivel de gobierno y gestión.

## La evaluación del programa

A diferencia del monitoreo, que se centra en observar cómo varía en el tiempo el tamaño de las cajas del modelo lógico, la evaluación tiene por objeto determinar el valor de la intensidad de la relación causal entre las cajas del diagrama del modelo lógico. Por ejemplo, aquellos niños cuyas madres reciben consejería en lactancia materna exclusiva tienen dos veces más probabilidades de adoptar la práctica en comparación con aquellas madres que no reciben la consejería. El término utilizado en epidemiología para hacer referencia a este número es “*odds ratio*” o “riesgo relativo”. En el esquema

Esquema 5.6 Encargados de la toma de decisiones y dimensiones de análisis

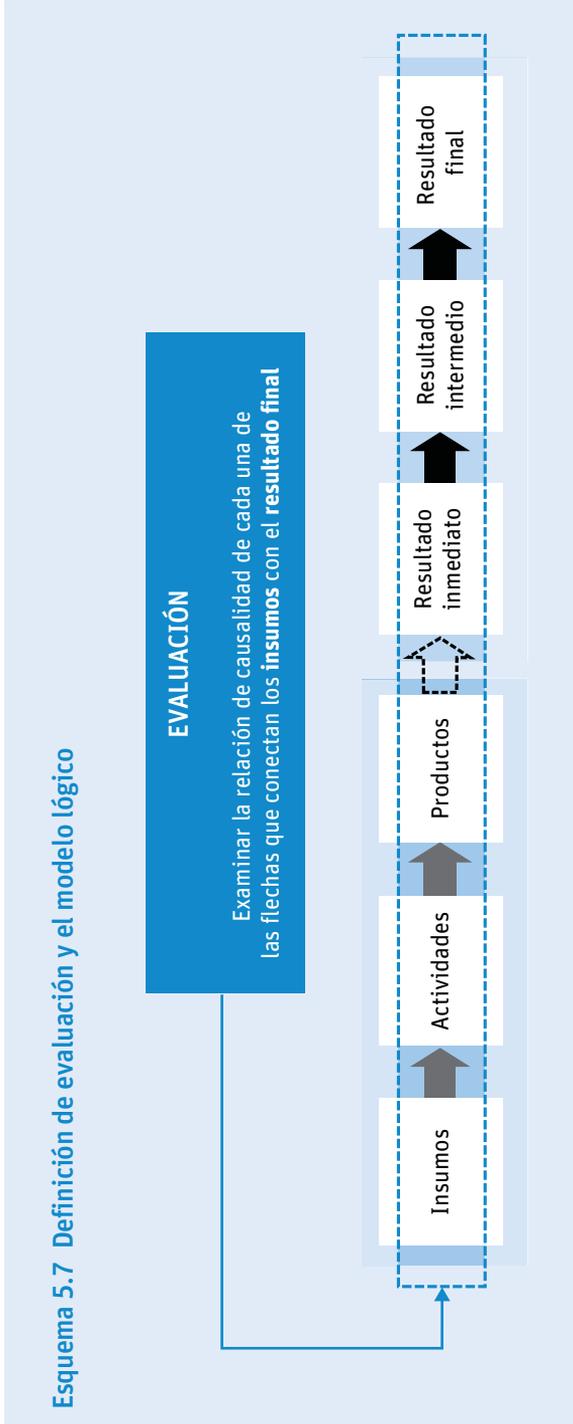


5.7 se presenta de manera simple la definición de evaluación y se resaltan las flechas, cuyo significado precisamos a continuación.

- La flecha de línea discontinua conecta productos y resultados de un programa. La fuerza de esta flecha mide la eficacia y la efectividad de las intervenciones del programa. Cuando se mide su eficacia se utilizan diseños experimentales que se desarrollan en escenarios aislados del contexto, mientras que para medir su efectividad se utilizan diseños cuasiexperimentales, o incluso observacionales, en escenarios que incluyen todas las variables del contexto. Es importante tener en cuenta esta diferencia, sobre todo cuando se trata de evaluar programas de reducción de la mortalidad materna en comunidades indígenas, pues la efectividad de las intervenciones es muy sensible al contexto donde se implementan (en las comunidades quechuas, por ejemplo, las casas de espera tuvieron muy buenos resultados, mientras que con las comunidades aguarunas no ocurrió lo mismo).
- Las flechas negras de línea continua conectan las cadenas de resultados y tienen su origen en modelos explicativos. En la medida en que la fuerza de estas flechas sea mayor se espera que las intervenciones sean más efectivas en lograr el resultado final. Como las intervenciones no modifican directamente la fuerza de estas flechas, la priorización de cadenas de resultados antes de definir las intervenciones es fundamental para lograr que el programa sea efectivo. Es decir, la efectividad de un programa no solamente depende de la eficacia de las intervenciones implementadas sino también de la estrategia seleccionada; por ello, es útil hacer una evaluación del diseño de la estrategia en la etapa de planificación del programa.
- La fuerza de estas flechas se establece principalmente a partir de estudios observacionales que requieren sofisticados modelos estadísticos para reducir los sesgos, las interacciones y el efecto de confusión de las variables de contexto.
- Las flechas grises que conectan insumos, actividades y productos están vinculadas con la eficiencia en la implementación de las intervenciones y son muy sensibles al contexto organizacional. Para medir la fuerza de estas flechas se utilizan estudios de casos, estudios cualitativos, pero también se aplican diseños experimentales y cuasiexperimentales. Estas flechas requieren ser evaluadas intensamente de manera muy ágil durante la implementación del programa.

Como se puede apreciar, desde el punto de vista de la evaluación las tres flechas presentan marcadas diferencias, que conviene hacer explícitas en los diagramas de los modelos lógicos para definir qué evaluar y cuándo

Esquema 5.7 Definición de evaluación y el modelo lógico



hacerlo. A continuación, se presentan paso a paso los elementos que deben ser esclarecidos en el diseño de un plan de evaluación.

### *Paso 1: Priorizar las cadenas insumo-resultado*

En los países en vías de desarrollo los recursos para la evaluación de un programa son muy limitados. En este primer paso se proponen criterios para identificar las cadenas de resultados que deberían ser sujetas a evaluación prioritariamente.

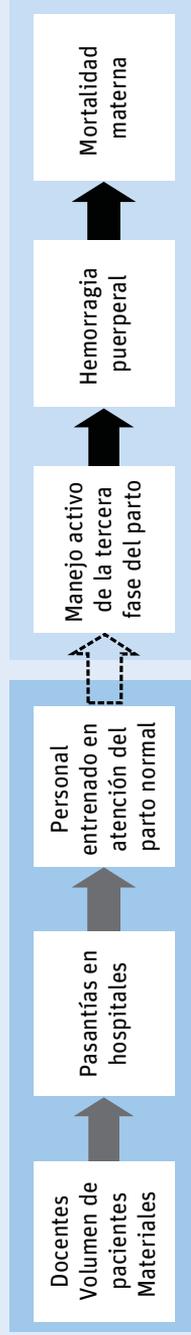
- La selección de estas cadenas insumo-resultado es una decisión caso por caso.
- Utilizar la jerarquización de los caminos causales como criterio de priorización. Esta tarea fue explicada en el capítulo 2 (véase el esquema 2.1).
- Desagregar los elementos del camino causal una y otra vez para lograr identificar con mayor precisión la cadena causal. Lo que se busca es examinar cuál es la “teoría de cambio” que la sustenta. Por ejemplo, en el esquema 2.3 del capítulo 2 se hace el ejercicio de desagregar y priorizar los elementos del camino causal. En una primera instancia, la capacidad de respuesta del sistema de salud fue desagregada en tres causas; luego la primera causa fue desagregada nuevamente en tres. De esta manera queda establecido que un camino causal clave es “capacidad resolutive para atender un parto normal” → “casos de hemorragia puerperal” → “mortalidad materna”.
- Completar el diagrama del modelo lógico desde el insumo hasta el resultado final (véase el esquema 5.8).

### *Paso 2: Identificar a los encargados políticos, gerenciales y funcionales de la toma de decisiones*

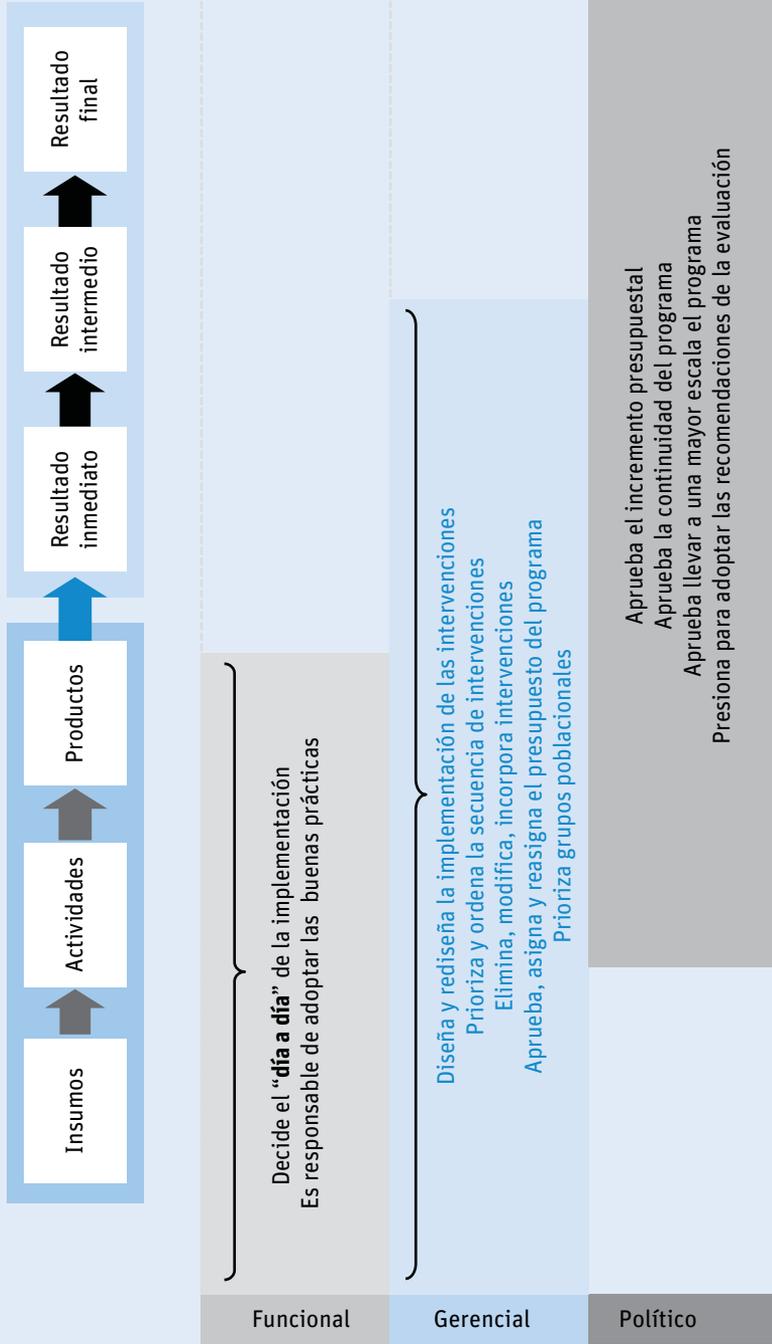
Es esencial que la priorización de las cadenas insumo-resultado sea discutida, y aprobada por los encargados de la toma de decisiones vinculados al programa. Este paso garantiza que los resultados de la evaluación sean utilizados.

Para completar este paso, es necesario identificar a los encargados de la toma de decisiones según su perfil y el rol que desempeñan. En el esquema 5.9 se han definido tres perfiles de encargados de la toma de decisiones: el político, el gerencial y el funcional. Para cada uno de esos perfiles, en el esquema se presentan sus principales tareas respecto de un programa; también se muestra alrededor de qué flecha se ubican. En resumen, podemos decir que las flechas negras se discuten e intentan consensuar con los que

Esquema 5.8 Modelo lógico: prevención de la hemorragia puerperal



Esquema 5.9 Rol y perfil de los encargados de la toma de decisiones, y modelo lógico



Perfil del encargado de la toma de decisiones

cumplen un rol político; las flechas de línea discontinua, con los gerenciales, y las grises, con aquellos a cargo de entregar el servicio (funcionales).

### *Paso 3: Determinar el foco de la evaluación*

Focalizar la evaluación parte del supuesto de que no todas las flechas del modelo lógico requieren ser evaluadas al mismo tiempo. La flecha o las flechas a evaluar deben identificarse según cuál sea la pregunta, quién la haga y cómo se utilizarían los resultados de la evaluación.

Determinar correctamente el foco de la evaluación es una decisión específica de cada caso. En general, se sugiere aplicar dos criterios para determinar con mayor pertinencia el foco de la evaluación. El primero es juzgar a priori cuál será la utilidad de los resultados de la evaluación; el segundo es analizar la factibilidad de realizarlo con los recursos disponibles y en el estado de desarrollo en que se encuentra el programa.

Para examinar la utilidad de la evaluación dos elementos requieren ser analizados:

- ▶ ¿Cuál es el propósito de la evaluación? De manera más sencilla, mirando el diagrama del modelo lógico, esta pregunta se traduce en: ¿qué flecha o flechas evaluar?
- ▶ ¿Cuál es el estado de desarrollo del programa?

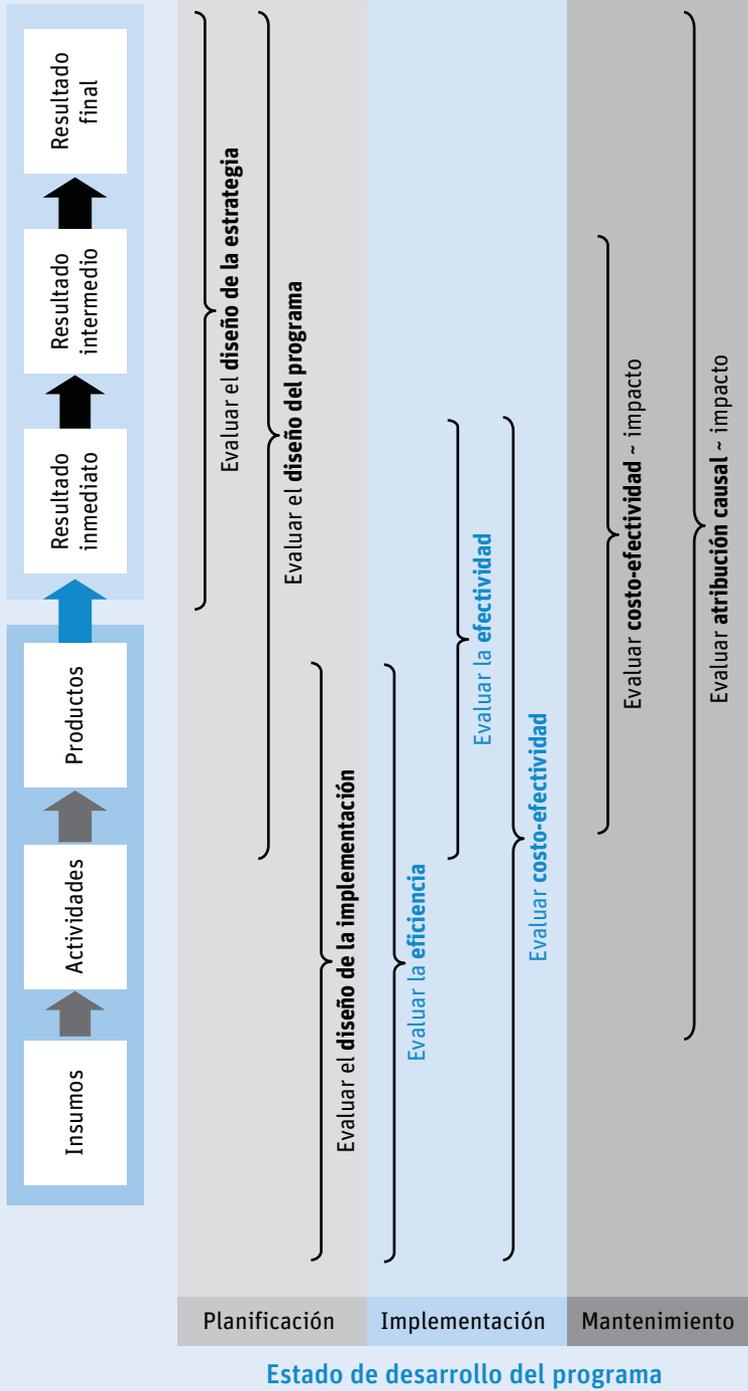
Para dar respuesta a estas preguntas, en el esquema 5.10 se han colocado en correspondencia con cada flecha del diagrama del modelo lógico cuáles serían los tipos de evaluación y el momento más adecuado para su aplicación.

En el estado de planificación:

- ▶ El foco de la evaluación es principalmente examinar el diseño de la estrategia, del programa o de la implementación.
- ▶ El análisis del diseño de la estrategia o del programa se sustenta en las revisiones sistemáticas de las pruebas disponibles en la bibliografía. Cuando se trata de evaluar el diseño del programa, esta revisión tiene por propósito hacer una búsqueda sistemática de evidencia que documente la eficacia de las intervenciones propuestas. Este ejercicio es válido durante la etapa de planificación pero si no fue practicado es recomendable hacerlo durante la implementación.

Cuando esta evaluación indica que la eficacia de las intervenciones no se puede probar, quedan dos caminos a seguir: i) reducir la escala de la intervención a niveles de una prueba piloto y enmarcarla bajo el diseño de un proyecto de investigación que aspira a probar una hipótesis;

Esquema 5.10 El propósito de la evaluación y el estado de desarrollo del programa



Estado de desarrollo del programa

y ii) si por razones de contexto no es posible seguir el primer camino, se sugiere intensificar en estas intervenciones las evaluaciones de las flechas gris y de línea partida.

- La evaluación del diseño de la implementación. Son limitadas las pruebas que sostienen la eficacia o la efectividad de intervenciones como la adecuación cultural de los servicios, las casas de espera, el programa de comunicación para los representantes de la medicina tradicional o los fondos comunales para el traslado de las emergencias obstétricas. Estas intervenciones son muy sensibles al contexto donde se implementan. Quizá por ello las pruebas sobre su eficacia son limitadas y no pueden ignorarse o dejarse de aplicar. La recomendación es intensificar la evaluación del diseño y la adaptación al contexto local de estas intervenciones desde la fase de planificación.

Por ejemplo, implementar la adecuación intercultural de los servicios requiere durante la planificación realizar investigaciones formativas respecto de las percepciones, las costumbres, la cosmovisión y los puntos de conflicto para adaptar los materiales y procesos de acuerdo con los resultados. Para hacer estas evaluaciones se puede recurrir a estudios de grupos focales o de casos, como lo indica la bibliografía. En determinados contextos, aun después de haber realizado todas estas evaluaciones de flecha gris, el efecto esperado no ocurre; es decir, la flecha de línea partida falla y las gestantes de las comunidades continúan sin acudir al servicio de salud. Esta situación obliga a volver una y otra vez a realizar más evaluaciones e investigaciones formativas.

En conclusión, podemos indicar que la implementación de intervenciones orientadas a promover el uso de servicios de salud por parte de las comunidades indígenas es intensiva en evaluaciones e investigaciones formativas desde la planificación y durante la implementación.

- Otras dos intervenciones que requieren ser evaluadas desde la planificación son: i) la distribución geográfica de los establecimientos de salud con capacidad para atender emergencias obstétricas; ii) el entrenamiento del personal de salud.

La primera es una intervención que rápidamente genera tensiones en el nivel regional y local. Todos quisieran estar cerca del establecimiento de salud, todos los políticos aspiran a inaugurar establecimientos de salud, la población asocia como sinónimo de mejor salud la presencia de un establecimiento cercano a su vivienda y, en un contexto de descentralización municipal, todos los alcaldes ofrecen construir un hospital o un centro de salud para la comunidad. En el otro extremo, en un intento de racionalizar la inversión pública el gobierno nacional aplica criterios de productividad y eficiencia pero no de efectividad, con lo cual se tiende a concentrar la inversión de nuevos establecimientos de

salud solo en áreas densamente pobladas. Por esta razón, y porque una vez ocurridas la intervención y la inversión es muy difícil revertirlas, antes de implementar la distribución geográfica de los establecimientos de salud se requiere hacer una evaluación de su planificación; es decir, debe determinarse a priori en cuánto se incrementará la proporción de personas que estarán a menos de dos horas de los establecimientos FOB o FOE.

La segunda es una intervención que resulta ser muy atractiva para los profesionales, pero como no todos pueden acudir a cursos de entrenamiento, se genera competencia por las becas y los cupos. En este contexto, los criterios técnicos de selección son rápidamente distorsionados y sustituidos por otros, y casi siempre resultan privilegiados los hospitales o establecimientos más urbanos. En este sentido, es esencial aplicar una evaluación inicial sobre el proceso de identificación y selección del personal a entrenar.

En el estado de implementación:

- ▶ El foco de la evaluación es principalmente examinar la eficiencia en los momentos iniciales para luego avanzar con evaluaciones de efectividad y realizar primeras exploraciones sobre costo-efectividad. (Véase el esquema 5.10.)
- ▶ Durante la implementación, las preguntas de evaluación sobre las flechas grises son las que predominan. A continuación puntualizamos cuáles son las intervenciones a las que debemos prestar mayor atención:
  - ▶ Aquellas en las cuales el programa no puede producir los resultados esperados al menos que otras personas u organizaciones se apropien de la acción; es decir, son intervenciones cuya responsabilidad debe ser transferida a un tercero. En este grupo ubicamos las siguientes intervenciones: i) la selección y el entrenamiento continuo del personal en la atención de emergencias obstétricas; ii) el mantenimiento de la infraestructura y la operatividad del equipamiento biomédico; iii) la operación y gestión del sistema de referencias; iv) la organización del servicio de emergencia del establecimiento de salud para atender las complicaciones obstétricas.
  - ▶ Aquellas intervenciones que requieren de un mínimo nivel de exposición para tener efecto, es decir intervenciones dosis-dependientes. En este grupo ubicamos las siguientes: i) mantener las competencias del personal depende del volumen de atenciones que realicen: este elemento es crítico, por ejemplo en el caso de las competencias para el manejo de la preeclampsia, ya que al ser una complicación de baja frecuencia en los centros de salud, el personal rápidamente

pierde la competencia por falta de exposición; ii) los programas de educación y comunicación dirigidos a las familias, comunidades y representantes de la medicina tradicional: es mínimo el resultado que se puede obtener si estos programas no son intensos y continuos.

- ▶ Durante la implementación, las adaptaciones al entorno que se aplican a las intervenciones pueden deteriorar significativamente la eficacia o efectividad de la intervención. Expresado de otra manera: se altera la fuerza de la flecha de línea discontinua del modelo lógico. Algunos ejemplos de estas situaciones:
  - ▶ En el entrenamiento del personal de salud, factores de contexto a considerar son: i) el nivel de excelencia del centro de entrenamiento (sería mejor si previamente son acreditados); ii) el volumen de casos que atiende el centro de entrenamiento: un bajo volumen es señal de que los alumnos no serán lo suficientemente expuestos al entrenamiento; iii) la complejidad de la competencia: adquirir las destrezas para el manejo apropiado de la preeclampsia requiere un mayor tiempo de entrenamiento; iv) el nivel de competencias del profesional previo al entrenamiento; v) los mecanismos institucionales para el seguimiento individual del desempeño del profesional posterior al entrenamiento; vi) la rotación del personal y las condiciones laborales (el personal entrenado migra hacia otros lugares que ofrecen mejores condiciones laborales).
  - ▶ En el desarrollo de la infraestructura, los encargados de la toma de decisiones consideran poco útil hacer una evaluación específica. Se parte de la premisa de que las características de la infraestructura no tienen relación directa con la salud de la población. Al respecto sugerimos que no se deje de evaluar el impacto de la nueva arquitectura en la funcionalidad del servicio, en los costos de operación y mantenimiento, en la bioseguridad y la accesibilidad y señalización de los servicios. Por ejemplo, se ha observado que las unidades de cuidados intensivos neonatales bien diseñadas contribuyen a reducir significativamente la incidencia de infección intrahospitalaria.
  - ▶ Factores que pueden distorsionar la efectividad del equipamiento de los servicios de salud son: i) la manipulación indebida del equipo por falta de entrenamiento del personal en aspectos de mantenimiento básico; ii) el rápido deterioro del equipamiento debido a aspectos climáticos; iii) la ausencia de un sistema de mantenimiento preventivo del equipamiento; iv) la falta de insumos para la operación del equipo.
  - ▶ El sistema de referencias se ve muy afectado por: i) su modelo de organización y operación; ii) la disponibilidad presupuestal para

financiar el combustible; iii) el financiamiento de los viáticos y estancias de paciente y sus familiares.

En el estado de mantenimiento:

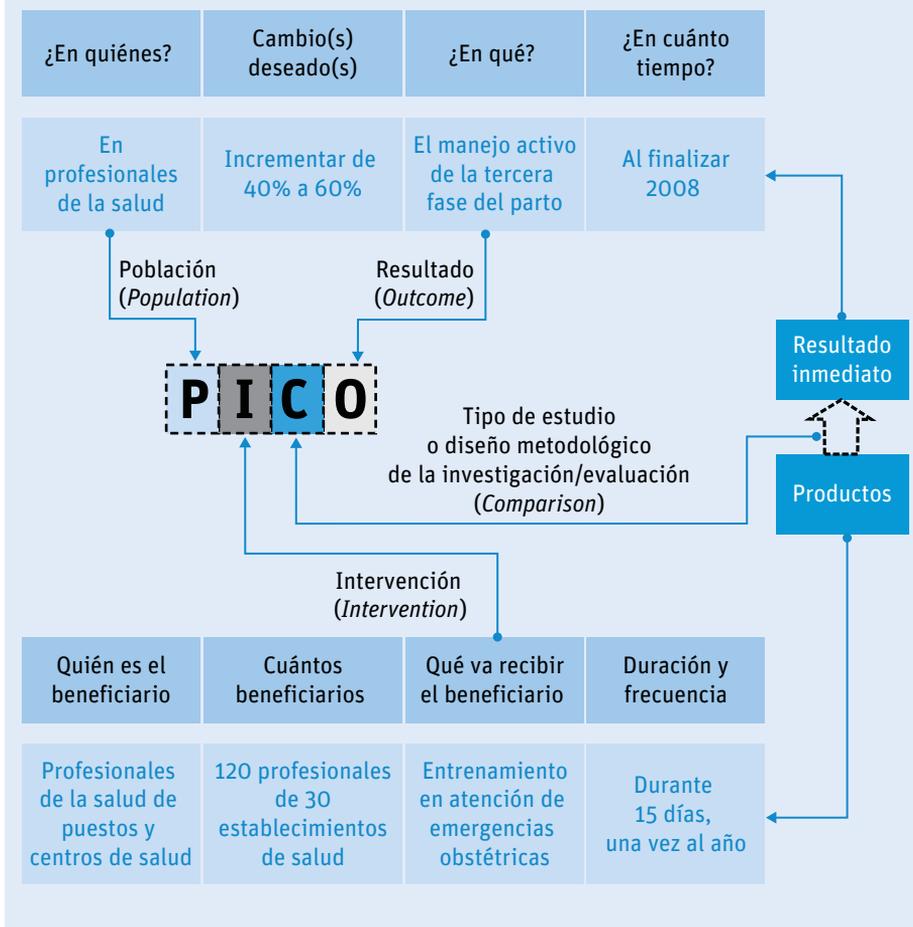
- El foco de la evaluación es la efectividad, pero a diferencia de la etapa de implementación, en esta etapa de desarrollo del programa la efectividad incluye analizar en cuánto contribuye el programa con el resultado final. La atención se concentra en demostrar atribución causal. Estas evaluaciones también son conocidas como evaluaciones de impacto. (Véase el esquema 5.10.)
- Como ya lo señalamos antes, es muy difícil medir el indicador de resultado final en los programas de reducción de mortalidad materna. Ante esta situación, la mejor variable representativa, sobre todo en el caso de las comunidades indígenas, es medir el uso de los servicios de salud, específicamente para atender las complicaciones obstétricas.

#### *Paso 4: Formular las preguntas de evaluación*

Una vez identificada la flecha o las flechas a evaluar el siguiente paso es formular correctamente la pregunta de evaluación. Para ello, con ayuda del esquema 5.11 se deben realizar las siguientes tareas:

- Identificar en el diagrama del modelo lógico la flecha que se pretende evaluar, que en el ejemplo del esquema 5.11 corresponde a una flecha de línea discontinua.
- Ubicar la caja de origen y la caja de llegada de la flecha. En nuestro ejemplo parte de una caja que corresponde al producto y llega a la caja del resultado inmediato.
- Formular la pregunta de evaluación haciendo explícitos los cuatro elementos. En el caso del ejemplo del esquema 5.11 se formulan el producto y el resultado inmediato con sus respectivos cuatro elementos.
- Completar el PICO. ¿Qué significa esto? Cualquier pregunta de evaluación tiene cuatro elementos: i) la población, representada por la letra “p”; ii) la intervención, representada por la letra “i”; iii) el resultado esperado como consecuencia de la intervención, representado por la letra “o” (de la palabra en inglés *outcome*); y iv) el tipo de comparación, representado por la letra “c”. El PICO, en el caso del ejemplo, se completa combinando el producto con el resultado inmediato, tal como se muestra en el esquema 5.11: la “p” y la “o” se originan el resultado, la “i” en el producto y la “c”, es decir el tipo de diseño metodológico de la evaluación, tiene su origen en el tipo de flecha.

**Esquema 5.11 Formulación de la pregunta de evaluación**

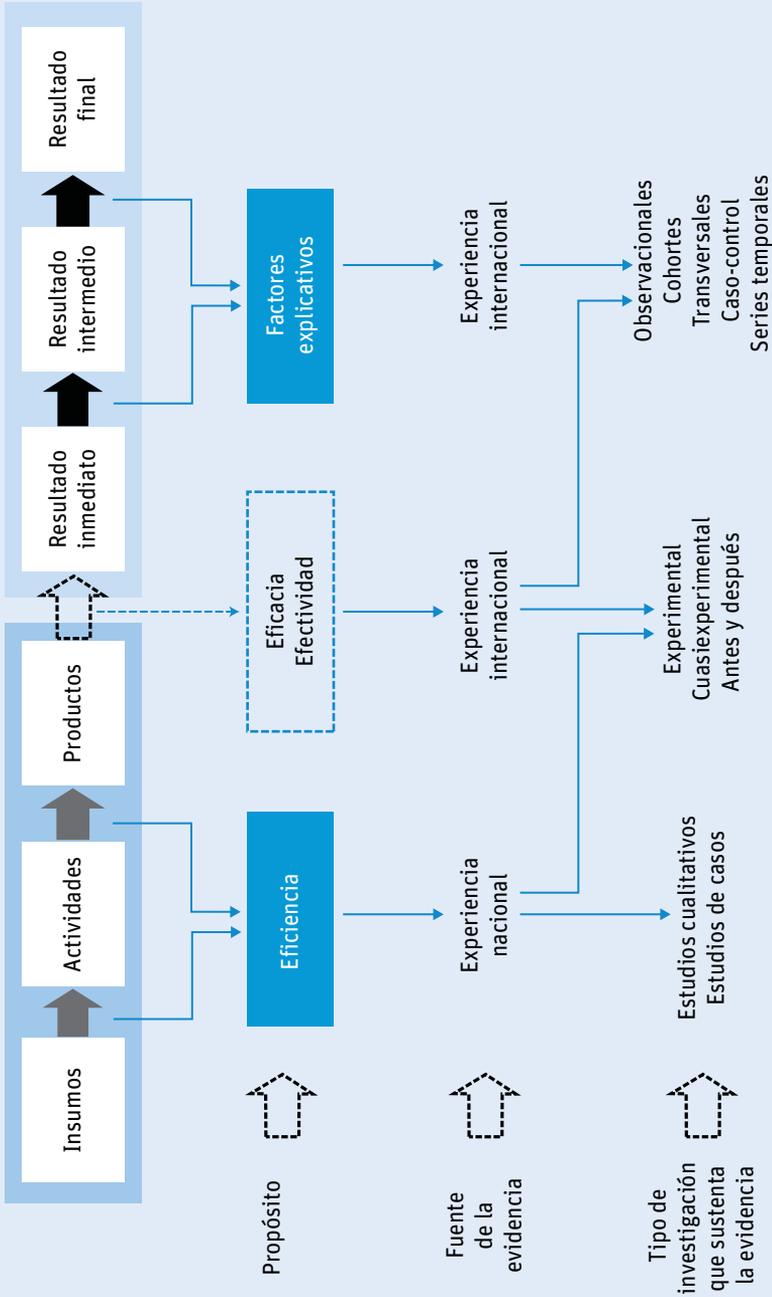


- Identificar las variables de contexto que pueden potencialmente modificar la fuerza de la flecha, tal como lo explicamos en el paso anterior.

### Paso 5: Diseño metodológico de la evaluación

Una vez que se ha formulado la pregunta de evaluación (el PICO) y está ubicada la flecha (o flechas) objeto de evaluación, el siguiente paso es definir una opción de diseño metodológico de evaluación. En el esquema 5.12 se presentan en correspondencia con el tipo de cada flecha las opciones de diseño metodológico.

Esquema 5.12 Propósito de la evaluación y opciones de diseño metodológico



En los programas de reducción de mortalidad materna dirigidos a comunidades indígenas la evaluación de ciertas flechas y el esclarecimiento de la atribución causal pueden ser muy difíciles.

# Referencias bibliográficas

- Abadain S. 1996. "Women's autonomy and its impact in fertility." *World Development* 24:1793.
- Alcock G. 2001. Aspectos socio-culturales de la salud: las mujeres en edad fértil. Pucallpa, Médicos sin Fronteras.
- Arias-Valencia, María Mercedes. 1994. "Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia, Colombia". Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Proyecto 1115-04 "Estatus femenino y patrón de fecundidad en las etnias indígenas de Antioquia", financiado según convenio Conciencia – Universidad de Antioquia y realizado con el apoyo de la Organización Indígena de Antioquia.
- Basu AM. 1992. *Culture, the status of women, and demographic behaviour: illustrated with the case of india*. Oxford, Oxford University Press.
- Ben-Shlomo Y, Kuh D. 2002. "A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and interdisciplinary perspectives." *Int J Epidemiol*. 31:285–93.
- Bhatia JC y Cleland J. 1995. "Determinants of maternal care in a region of South India." *Health Transitions Review* 5(1):127–142.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2006. Política operativa sobre pueblos indígenas y estrategia para el desarrollo indígena. Serie de políticas y estrategias sectoriales del Departamento de Desarrollo Sostenible.
- Bloom SS y Wypij D. 2001. "Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian City." *Demography* 38:76.
- Cárdenas Timoteo, C. 1989. *Los unaya y su mundo. Aproximación al sistema médico de los shipibo-konibo del río Ucayali*. Lima: IIP/CAAAP.
- CEIMM (Centro de Estudios e Información de la Mujer Multiétnica), Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (Uraccan). 1995. "Género desde la perspectiva de las mujeres indígenas". Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas.
- Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. 2004. "World Health Organization systematic review of screening tests for preeclampsia." *Obstet Gynecol*. 104:1367–91.

- Deruyttere, Anne. s/f. “Pueblos indígenas, recursos naturales y desarrollo con identidad: riesgos y oportunidades en tiempos de globalización”. Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario del Departamento de Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Dharmalingnam A y Morgan SP. 1996. “Women’s work, autonomy, and birth control: evidence from two South Indian Villages.” *Population Studies* 50:187.
- Díaz, Miguel. 2004. Educación ambiental y cosmovisión indígena: la persona y la naturaleza son siempre un todo indivisible. CONAF.
- Dyson T y Moore M. 1983. “On Kinship structure, female autonomy and demographic behavior in India.” *Population and Development Review* 9(1):35–60.
- Flores Guerrero, Rodrigo. s/f. “Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural”. Universidad de Chile.
- Frisancho P. 1999. *¿Qué es la medicina folklórica?* Lima, Ediciones Hamicamayoc.
- Gálvez, A., Arias, MM., Álvarez, G. 1994. “Estatus femenino y patrón de fecundidad en las etnias indígenas de Antioquia”. Proyecto de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Documento mimeografiado.
- Goodburn E, Chowdhury M, Gazi R, Marshall T, Graham W. 2000. “Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection.” *Health Policy Plan* 15:394–9.
- Govindasamy P y Malhotra A. 1996. “Women’s position and family planning in Egypt.” *Studies in Family Planning* 27(6):328–340.
- Graham H. 2002. “Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research.” *Soc Sci Med.* 55:2005–16.
- Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. 2001. “WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour.” *Lancet* 358:689-95.
- Hertzman C, Power C, Matthews S, et al. 2001. “Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood.” *Soc Sci Med.* 53:1575–85.
- Hogan DP y Berhanu B. 1999. “Household organization, women’s autonomy, and contraceptive behaviour in Southern Ethiopia.” *Studies in Family Planning* 30(4):302-314.
- Huayhua, Margarita. 2006. “Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas”. Documento de Trabajo 147. Instituto de Estudios Peruanos.
- Ignacio, Iván. 2006. “La sagrada dualidad y complementariedad de la pareja en la estructura social indígena y la toma de decisiones en Los

- Andes”. Consejo Andino de Naciones Originarias. Ponencia presentada en el Seminario sobre Gobernabilidad Indígena y Democracia en las Américas organizado por FOCAL, Ottawa, 15 de marzo.
- Jejeebhoy SJ. 1991. “Women’s status and fertility: Successive cross-sectional evidence from Tamil Nadu, India, 1920-1980.” *Stud Fam* 22:217-30.
- Kliksberg, Bernardo. 2000. “Capital social y cultura. Claves olvidadas del desarrollo”. Banco Interamericano de Desarrollo-INTAL. Documento de Divulgación 7. Junio.
- Kuh D, Hardy R (eds.). 2002. “A life course approach to women’s health.” Oxford: Oxford University Press.
- Maine D, Rosenfield A. 1999. “The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?” *Am J Public Health* 89(4):480-2.
- Matsumura M y Gubhaju B. 2001. “Women’s status, household structure and utilization of maternal health services in Nepal.” *Asia-Pacific Population Journal* 16(1):23-42.
- McCarthy J, Maine D. 1992. “A framework for analyzing the determinants of maternal mortality.” *Stud Fam Plann.* 23: 23-33.
- McCarthy J. 1997. “The conceptual framework of the PMM network.” *Int J Gynecol Obstet.* (Suppl 2) S15-S21.
- McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. 2002. “Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings.” *Int J Gynaecol Obstet.* 77(3):267-75.
- McCormick. s/f. “Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 77, Issue 3, pp. 267-275.
- Medina, Armando y Mayca, Julio. 2006. “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, enero-marzo, v.23 n.1.
- Meentzen, Angela. 2001. “Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas”, informe de trabajo realizado por encargo de la Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Ministerio de Salud del Perú. 1999a. “Proyecto 2000: El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú”. Lima.
- . 1999b. “Proyecto 2000: El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú”. Lima.
- . 2002. “Análisis de la situación de salud del pueblo shipibo konibo”. Serie Análisis de situación de salud y tendencias n° 5. Lima, Dirección General de Epidemiología.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2000. “Paquete madre-bebe: implementando la maternidad segura en los países”. OPS, Washington D.C.
- Regan J. 1999. “Mito y rito. Una comparación entre algunas imágenes mochicas y jíbaras”. *Investig Soc.* 3(3): 27–46.
- Unicef, OMS, UNFPA. 1997. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. Segunda edición.

## Aspectos conceptuales sobre la razón de mortalidad materna

La mortalidad materna es difícil de medir no solo por razones conceptuales sino también por cuestiones prácticas. Determinar la ocurrencia de una muerte materna requiere identificar de manera precisa la edad de la mujer, el estado de su gestación al momento del fallecimiento (muy difícil de establecer cuando ocurre en el primer trimestre), así como la causa médica de la muerte, lo que requiere del uso apropiado de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 o CIE-10).<sup>1</sup> Los tres elementos son difíciles de medir de manera exacta, y particularmente en contextos donde los sistemas de estadísticas vitales son muy débiles, como en el caso de las poblaciones indígenas, que cuentan con un nivel de registro de muerte excesivamente bajo. Como resultado de estas limitaciones prácticas y conceptuales, los estimados de la razón de mortalidad materna están sujetos a amplios márgenes de incertidumbre.<sup>2</sup>

En un documento publicado por la OMS en 1997 se indica lo siguiente:

Muy pocos países en desarrollo tienen un sistema comprensivo de registro de estadísticas vitales con capacidad para capturar una proporción razonable de muertes maternas. Ante tal situación las encuestas poblacionales fueron usadas para estimar la razón de mortalidad materna, sin embargo hay serias limitaciones a usarlas. Aun cuando los niveles

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Ginebra, OMS, 1992.

<sup>2</sup> Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004.

**CUADRO A.1.1****Estimados de razón de mortalidad materna para países seleccionados**

| País      | Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos | Rango de incertidumbre |
|-----------|--|------------------------|
| Bolivia   | 420  | 110-790                |
| Ghana     | 540  | 140-1000               |
| Indonesia | 230  | 58-440                 |
| Nepal     | 740  | 440-1100               |
| Yemen     | 570  | 330-810                |

Fuente: Graham W, Hussein J. Lancet, 2004; 363: 67-68.

de mortalidad materna sean altos, el número de muertes maternas es muy bajo debido a que se trata de un evento mucho más raro que una muerte infantil. Así, serían necesarias muestras muy grandes para obtener resultados confiables. Esto puede implicar visitar 200.000 hogares, un número imposible de realizar en países pequeños.<sup>3</sup>

Reconociendo que las estimaciones nacionales de razón de mortalidad materna (RMM) presentan amplios márgenes de incertidumbre en la mayoría de los países donde es un problema, resulta casi imposible obtener estimaciones confiables de este indicador para comunidades indígenas. Intentar utilizarlo para establecer una línea de base, monitorearlo y valorar el impacto de un programa no es práctico ni recomendable. A manera de referencia, para sustentar la reciente afirmación, en el cuadro A.1.1 se presentan las razones de mortalidad con sus respectivos intervalos de confianza para cinco países.

Debido a estos problemas se ha venido utilizando la técnica del método de las hermanas como la forma más frecuente de estimar la razón de mortalidad materna. Este método utiliza información que se recolecta a través de encuestas nacionales a una muestra representativa. En varios países la

<sup>3</sup> The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance notes for potential Users, WHO/RHT/97.28 UNICEF/EPP/97.1, 1997.

encuesta denominada DHS (*Demographic Health Survey*) es la principal fuente para estimar el valor nacional de la razón de mortalidad materna.

Este método tiene dos variantes: la indirecta y la directa. En ambos casos se utilizan encuestas nacionales y en ningún caso es posible estimar el indicador para el año en que se aplicó la encuesta. En la versión indirecta el período de referencia del indicador son los 10 años previos a la encuesta; en la versión directa, la que se aplica en DHS, son los siete años previos a la encuesta. Es muy frecuente encontrar en las publicaciones que el valor de la razón de mortalidad materna está vinculado al año en que se realizó la encuesta, lo que induce a interpretar erróneamente que tal valor corresponde a dicho año. Pero como ya se mencionó, cuando la fuente sea la encuesta DHS, el valor representará el promedio de los siete años previos a la aplicación de la encuesta.

Debido a los reiterados problemas de interpretación de este indicador, en el documento de la OMS antes citado se hacen las siguientes precisiones.

*Es apropiado* usar el método de las hermanas cuando:

- No hay un estimado confiable del nivel de la mortalidad materna.
- Hay necesidad de llamar la atención sobre la magnitud del problema para lo cual se requiere un valor aproximado.
- Hay necesidad de contar con un estimado de manera inmediata y no existe otro método alternativo.
- Sirve como un punto de partida para un seguimiento pormenorizado de las muertes maternas ocurridas en el pasado reciente.

El método de las hermanas *no es apropiado* para:

- Medir el progreso hacia una maternidad segura en el corto plazo.
- Evaluar el impacto de un programa.
- Comparar áreas geográficas o estudiar tendencias.
- Asignar recursos.

El consenso internacional es que ante la complejidad y las dificultades para estimar la razón de muerte materna resulta recomendable utilizar indicadores de proceso y que, según las evidencias, tienen una relación causal demostrada con la ocurrencia de la muerte materna. Para ello, la Universidad de Columbia y Unicef elaboraron en 1992 la *Guía para monitorear la disponibilidad y la utilización de los cuidados obstétricos*. Dicha guía fue distribuida por Unicef, ONU y UNFPA en 1997. Pone a consideración de los países seis indicadores: i) número de establecimientos que cumplen funciones obstétricas básicas (FOB); ii) distribución geográfica de los establecimientos FOB; iii) proporción de partos atendidos en establecimientos FOB;

iv) proporción de población con acceso a establecimientos FOB; v) proporción de cesáreas respecto del total de partos; y vi) tasa de letalidad.

### *Formas de estimar la razón de mortalidad materna*

En la publicación de la OMS realizada en 2004 “Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, Unicef and UNFPA” se hace referencia a varias técnicas para estimar la mortalidad materna: a) basada en estadísticas vitales (aun en países con alta cobertura de muertes es muy frecuente la mala clasificación de causas de muerte);<sup>4</sup> b) encuestas poblacionales, similar a las ENDES, que se aplicaron en Perú en 1986, 1992, 1996, y 2000, y que tienen como limitación el tamaño de la muestra (por ejemplo en Etiopía luego de aplicar a 32.300 hogares la encuesta solo se identificaron 45 muertes, dato que se expresó en una razón de muerte materna de 480 pero con un amplio intervalo de confianza debido al bajo número de muertes maternas, que oscilaba entre 370 y 660); c) método indirecto de las hermanas, y que debido a los supuestos de orden demográfico solo es aplicable si la tasa global de fecundidad es mayor o igual a cuatro, y los estimados que se obtienen corresponden a 10 años previos de la aplicación de la encuesta; d) método directo de las hermanas, el más utilizado cuando se emplea la encuesta ENDES, con la limitación de que la estimación corresponde a siete años previos a la encuesta, y para su interpretación es recomendable leer la guía de notas elaborada por la OMS en 1997; e) método RAMOS, considerado el método más completo para estimar la mortalidad materna, pero es complejo y demandante en tiempo; fue aplicado exitosamente en países con estadísticas vitales completas; f) autopsia verbal, cuyas validez y confiabilidad aún no están bien establecidas; g) censal, que se basa en utilizar el cuestionario censal para hacer preguntas que ayuden a identificar muertes maternas de reciente ocurrencia (en el censo de 2005 de Perú se incluyeron dos preguntas al respecto). Esta es una técnica en revisión debido a la dificultad de establecer mediante preguntas hechas en el marco de un censo la causa real de la muerte de una persona; h) modelos matemáticos basados en otros indicadores demográficos y sociales, técnica desarrollada por la OMS para hacer las estimaciones recientemente publicadas.

---

<sup>4</sup> Bouvier-Colle MH et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991; 20:717-21.

Hibbard BM et al. Confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 1988-1990. Londres, HMSO, 1994.

Smith JC et al. An assessment of the incidence of maternal mortality in the United States. *American Journal of Public Health*, 1984; 74:780-3.

Thonneau P et al. Risk factors for maternal mortality : results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1992; 39:87-92.

Mediante una regresión construida en base a observaciones de 68 países se determinó la siguiente ecuación:

$$\text{Logit(PMDF)} = -6,15 + 1,24*\ln(\text{GFR}) - 0,014*\text{logit}(\text{SA}) - \\ 0,26* \text{GDP/PPP} + 0,53*\text{LASSAME} - 0,62*\text{VR Complete}.$$

Donde PMDF= proporción de muertes maternas en mujeres en edad fértil; GFR = tasa global de fecundidad; SA= proporción de parto institucional; GDP/PPP = PIB per cápita; LASSAME es una variable ficticia que identifica países de América Latina, África subsahariana y el Medio Oriente/Norte de África (de Pakistán a Marruecos); y VR Complete es una variable ficticia para clasificar según la OMS la cobertura completa o incompleta de los sistemas de estadísticas vitales.



## Glosario básico

---

### **Atención obstétrica de emergencia**

Los establecimientos con funciones obstétricas se diferencian en dos niveles:

- Los que cumplen funciones obstétricas básicas (FOB): estos establecimientos aplican antibióticos parenterales, oxitócicos y sedantes, realizan la remoción manual de la placenta, remoción manual de los productos retenidos de la concepción y practican el parto asistido (vaginal).
- Los que cumplen funciones obstétricas esenciales (FOE): realizan todo lo anterior más cirugías obstétricas y transfusiones de sangre.

### **Cesárea**

Procedimiento quirúrgico usado para parir un bebé cortando a través de la pared abdominal y el útero de la mujer.

### **Defunción fetal (feto mortinato)**

Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

### **Defunción perinatal**

Defunción de un feto de 22 semanas o más de gestación o la defunción de un recién nacido dentro de sus primeros siete días de vida.

## Edad gestacional

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Frecuentemente la edad gestacional es una fuente de confusión cuando los cálculos se basan en las fechas de la menstruación. Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto debe tenerse presente que el primer día es el día cero y no el día uno; por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la semana 40 de gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días.

- ▶ **Pretérmino**  
Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- ▶ **A término**  
De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
- ▶ **Postérmino**  
42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.
- ▶ **Período perinatal**  
El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo durante el cual el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.
- ▶ **Período neonatal**  
El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero días) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día de vida (edad 1 día), el tercero (edad 2 días) y hasta el día 28 (27 días completos de vida), la edad debe registrarse en días.

### • **Criterios para notificar la información**

Los requerimientos legales para el registro de las muertes fetales y de los nacimientos vivos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. De ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos. Cuando no puede obtenerse información sobre el peso al nacer deben utilizarse los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben aplicarse según el orden siguiente: 1) peso al nacer, 2) edad gestacional, 3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de los fetos y recién nacidos que pesan entre 500 g y 1.000 g en las estadísticas nacionales es recomendable por su propio valor y también porque mejora la información de los registros de los casos que pesan 1.000 g y más.<sup>1</sup>

### **Embarazo ectópico**

Una condición que amenaza la vida, en la cual el óvulo fertilizado se desarrolla fuera del útero, a menudo en las trompas de Falopio.

### **Mortalidad perinatal**

Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros siete días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos (CIE-10). Estos límites deben utilizarse en la medida de lo posible. Una tasa de mortalidad perinatal que incluye defunciones fetales de 22 semanas o más es mayor que una tasa de mortalidad perinatal que usa como límite 28 semanas.

---

<sup>1</sup> Cuando se carece de forma de pesar al feto o neonato muertos, una forma muy sencilla de estimar al menos la edad gestacional con muy buena precisión (excepto en fetos macerados) es la medición del perímetro craneano. Para esto existen tablas o, lo que es más fácil, una cinta neonatal diseñada por la OPS/CLAP que incluye esta información.

## Nacimiento vivo

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

## Parto complicado

Se considera parto complicado si presenta una de las siguientes dificultades:

- ▶ Hemorragia anteparto o puerperal
- ▶ Labor prolongada u obstruida
- ▶ Sepsis posparto
- ▶ Complicaciones de aborto
- ▶ Preeclampsia/eclampsia
- ▶ Embarazo ectópico
- ▶ Rotura uterina

## Razón de mortalidad materna

Respecto del numerador, la clasificación internacional de enfermedades desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, también conocida como CIE-10 incluye tres definiciones de la mortalidad materna:

### ▶ Defunción materna

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La defunción materna puede subdividirse en dos grupos:

- ▶ **Defunciones obstétricas directas:** son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una

cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

- ▶ **Defunciones obstétricas indirectas:** son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, y no se deben a causas obstétricas directas pero se ven agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- ▶ **Defunción materna tardía**  
Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- ▶ **Defunción relacionada con el embarazo**  
Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

El denominador de la razón de mortalidad materna debe especificarse como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.



## Herramientas

### Herramienta 1. Determinación de la magnitud de la mortalidad materna en comunidades indígenas

#### Objetivo:

Conocer la magnitud del problema y su ubicación según el grado de dispersión poblacional.

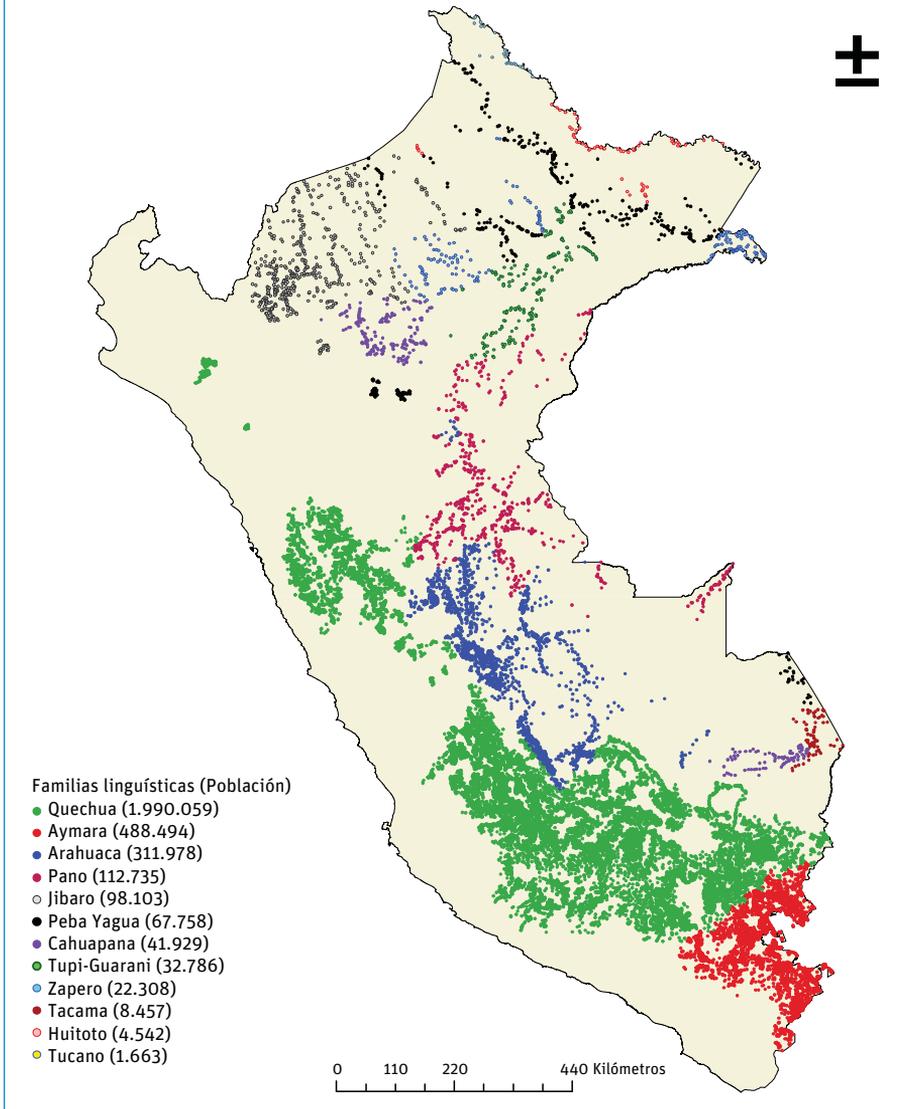
Para la aplicación de esta herramienta se recomienda el uso de un sistema de información geográfica (SIG o GIS, por sus siglas en inglés) dado que se trata de un ejercicio de mapeo.

**Paso 1:** en un mapa de centros poblados del país, identificar aquellos donde se asientan los pueblos o poblaciones indígenas (sean estos centros poblados urbanos o rurales), indicando la cantidad de población que corresponde a cada grupo étnico (véase el mapa A.3.1).

**Paso 2:** sobre este mapa, superponer las jurisdicciones político-administrativas subnacionales del país (mapa A.3.2). En este ejemplo tomaremos como referencia los departamentos, que son las jurisdicciones político-administrativas subnacionales en las que se divide Perú.<sup>1</sup> El propósito de este paso es

<sup>1</sup> Perú, en términos político-administrativos, se divide en departamentos, provincias y distritos. Son estos ámbitos las principales referencias territoriales para el sistema estadístico nacional.

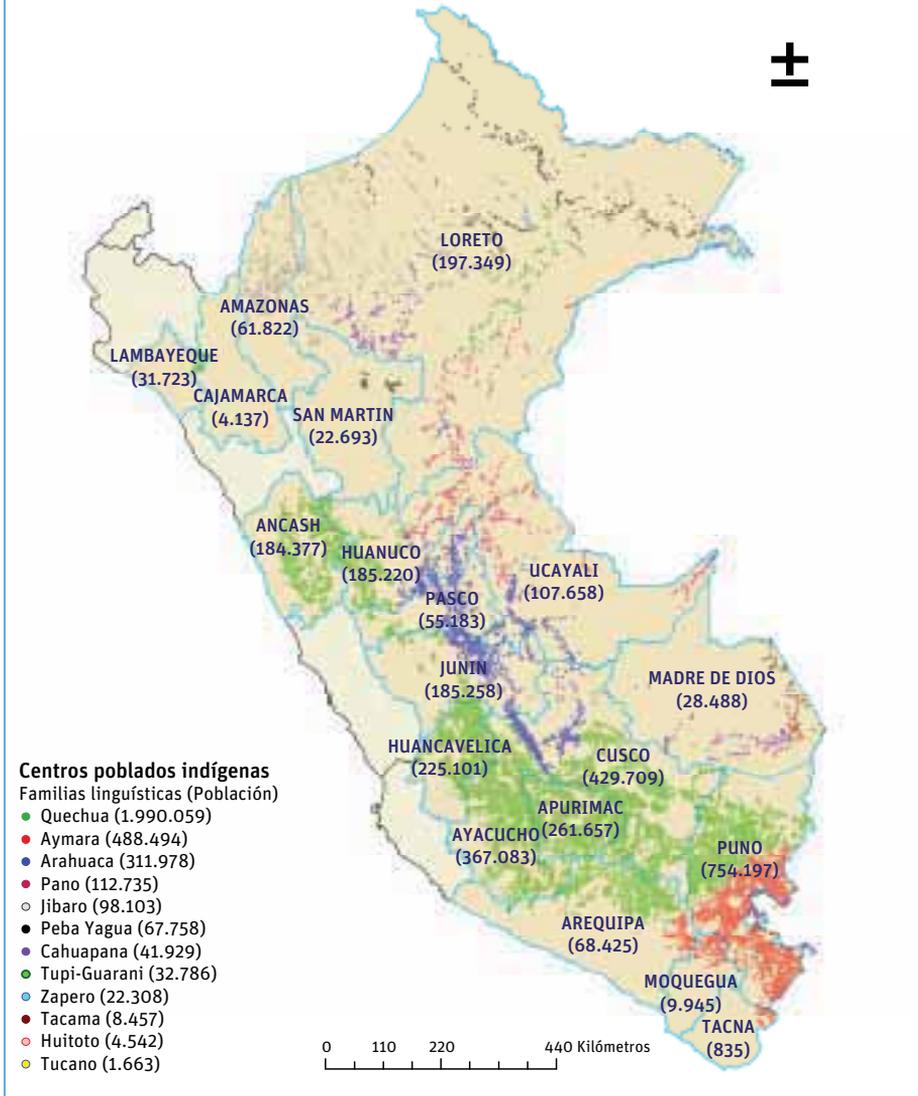
**Mapa A.3.1 Perú: Centros poblados indígenas agrupados por familias lingüísticas**



precisamente identificar en qué departamentos se concentra la mayor cantidad de población indígena.

*En términos generales, la jurisdicción político-administrativa a seleccionar debe ser la inmediatamente inferior al gobierno central (na-*

Mapa A.3.2 Perú: Población indígena por departamento



*cional, federal, etc. según el caso), como por ejemplo departamentos, provincias, estados, etc. Se propone esta jurisdicción porque el abordaje del problema de muerte materna requiere capacidad resolutiva compleja esencial e intensiva, además de la concurrencia de diferentes niveles de capacidad resolutiva (desde el puesto de salud que identifica la complicación, pasando por el centro de salud que resuelve las*

*complicaciones no quirúrgicas, hasta el hospital que realiza las cesáreas) y esto solo se logra en el marco de una red articulada de servicios de salud departamental o interdepartamental. Es el caso de los servicios de banco de sangre, unidades de cuidados intensivos para ginecología, cesárea, entre otros.*

El propósito de los pasos 1 y 2 es identificar en qué lugares se concentra la mayor cantidad de población indígena. Es previsible que gran parte de ella esté asentada en centros poblados rurales; sin embargo pueden presentarse casos como el departamento de Puno, en Perú, en los que existe una proporción importante de población indígena que está en el ámbito urbano. En estos casos, que las gestantes indígenas no acudan a los servicios de salud no se explica por un problema de acceso físico sino, probablemente, por diferencias culturales.

**Paso 3:** como resultado de los dos pasos anteriores podremos construir un cuadro como el siguiente:

#### CUADRO A.3.1

##### Distribución de la población indígena por departamento (número y porcentaje)

|              | Cantidad de población indígena | Proporción respecto del total del país |
|--------------|--------------------------------|--|
| Dpto. 01     | 4.586                          | 42,0                                   |
| Dpto. 02     | 3.390                          | 31,1                                   |
| Dpto. 03     | 1.765                          | 16,2                                   |
| Dpto. 04     | 628                            | 5,8                                    |
| Dpto. 05     | 433                            | 4,0                                    |
| Dpto. 06     | 102                            | 0,9                                    |
| <b>Total</b> | <b>10.904</b>                  | <b>100%</b>                            |

Nota: los datos consignados en este cuadro son ficticios; solo se presentan a manera de ejemplo.

**Paso 4:** seleccionar los departamentos en los que se concentra la mayor cantidad de población indígena del país. La cantidad de departamentos a seleccionar o la proporción en la que se hará el corte dependerán de los recursos de los que disponga la institución que invertirá en el proyecto.

Hasta este momento, hemos identificado los departamentos que pueden formar parte del proyecto. La ejecución del siguiente paso nos va a permitir conocer la magnitud del problema de muerte materna en dichos departamentos para así priorizarlos.

**Paso 5:** caracterizar la magnitud del problema en los departamentos seleccionados.

La estimación de la razón de muerte materna no siempre estará disponible para niveles subnacionales y entre comunidades indígenas. Debido a los amplios márgenes de imprecisión de este indicador, resulta pertinente utilizar otros indicadores recomendados por Naciones Unidas. Específicamente, deberán conseguirse dos datos: a) la *proporción de partos atendidos por personal calificado*, y b) la *proporción de cesáreas*. Ambos indicadores tienen por propósito medir el nivel de acceso y uso de los servicios de salud con capacidad resolutive para atender complicaciones obstétricas.

A partir de la información de estos indicadores, conviene construir un cuadro como el siguiente:

### CUADRO A.3.2.

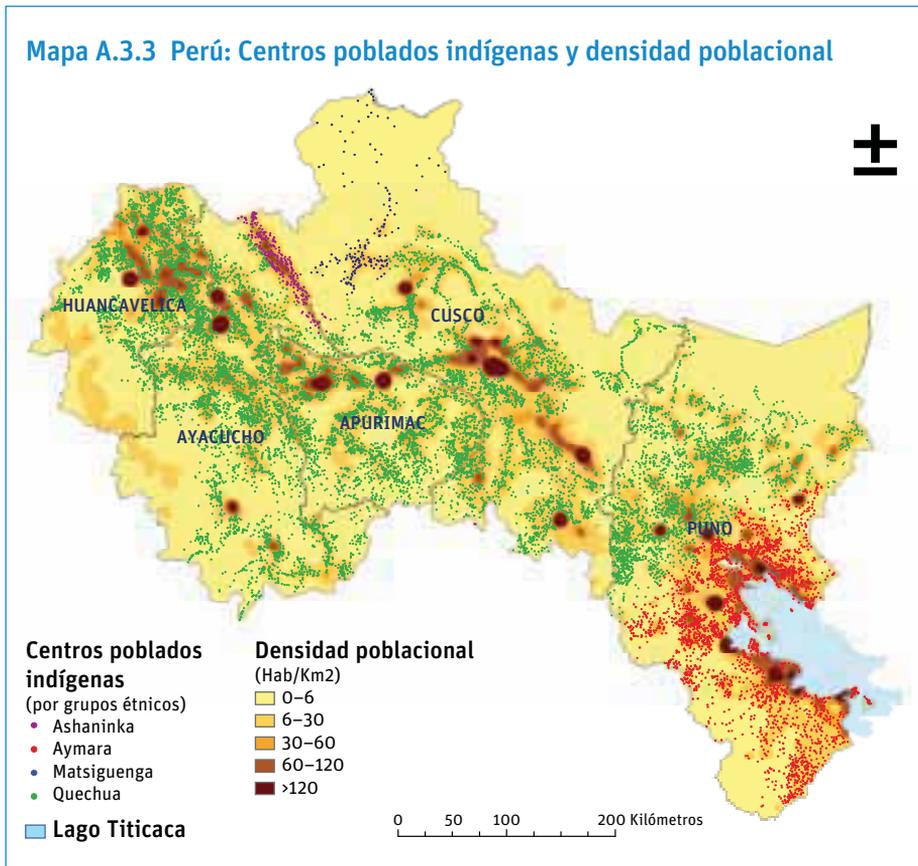
#### Caracterización del problema en los departamentos seleccionados con mayor proporción de población indígena respecto del total nacional

|          | Porcentaje de población indígena respecto del total nacional por dpto. seleccionado | Proporción de partos atendidos por personal calificado (porcentaje) | Proporción de cesáreas (porcentaje) |
|----------|---|---|-------------------------------------|
| Dpto. 01 | 42,0  | 20  | 1                                   |
| Dpto. 02 | 31,1  | 27  | 3                                   |
| Dpto. 03 | 16,2  | 60  | 8                                   |

Nota: los datos consignados en este cuadro son ficticios; solo se presentan a manera de ejemplo.

Si el organismo que está formulando el proyecto no cuenta con suficiente dinero para atender las necesidades de todos los departamentos seleccionados de acuerdo con la proporción de su población indígena, la gravedad del problema (menor cantidad de partos atendidos por personal calificado y menor proporción de cesáreas) en cada departamento puede ser un segundo criterio de priorización y selección.

**Paso 6:** el sexto paso será estratificar según densidad poblacional los centros poblados de cada uno de los departamentos seleccionados: altamente dispersos (AD), dispersos (D), medianamente dispersos (MD), medianamente concentrados (MC) y concentrados (C). Para ello se requiere contar con un sistema de información geográfico. Se propone esta estratificación porque ello permitirá tener un gradiente continuo urbano-rural, lo que posibilitará identificar centros poblados con distintas intensidades de “ruralidad”, antes que una división tajante entre unos y otros.



Para calcular la densidad poblacional de los centros poblados utilizando el SIG es necesario construir una superficie de densidad poblacional empleando información geográfica vectorial de centros poblados, adjuntos a información de población. Para la construcción de esta superficie, habrá que emplear la “estimación Kernel”. Este método permite asignar a cada punto o celda de una cuadrícula o superficie que representa el territorio de estudio

un estimado de densidad poblacional que es la suma ponderada de la población de los centros poblados ubicados dentro de un radio de distancia previamente especificado. El método asigna mayor peso a los centros poblados más próximos entre sí y menor peso a aquellos más distantes. Este método requiere que, además de seleccionar el radio del perímetro del área estándar de referencia, se especifique la función Kernel a emplear. Estas funciones Kernel son densidades de probabilidad (habitualmente simétricas) que especifican exactamente cómo se van a ponderar las poblaciones de los centros poblados.

De no contar con este sistema, se identificarán en cada uno de los departamentos seleccionados los centros poblados que corresponden al ámbito urbano y aquellos que forman parte del ámbito rural. De ellos se seleccionarán solo los correspondientes al ámbito rural<sup>2</sup> para luego estratificarlos según el tamaño de su población. En este caso, se asume que los centros poblados más pequeños son también los más dispersos y de menor densidad poblacional.

**Paso 7:** caracterizar la magnitud del problema según el gradiente urbano-rural, para lo cual es necesario valerse de las dos variables mencionadas en el paso 5: *proporción de partos atendidos por personal calificado* y *proporción de cesáreas*.

Con esta información se podrá construir el cuadro A.3.3 (usaremos la estratificación urbano-rural para el ejemplo; en caso de trabajar con el SIG se debe utilizar la estratificación: altamente disperso, disperso, medianamente disperso, medianamente concentrado y concentrado).

**Paso 8:** analizar la magnitud del problema de cada uno de los estratos supone contrastar un valor ideal con el valor observado. El valor ideal de los partos atendidos por personal calificado es del 100%. El valor ideal de cesáreas es no menor al 5% de todos los partos. La brecha entre estos parámetros y los valores observados en una determinada población dará la magnitud del problema en cada uno de los ámbitos.

Para considerar esta brecha, conviene construir la matriz consignada en el cuadro A.3.4 (nuevamente usaremos la estratificación urbano-rural para el ejemplo).

**Conclusión:** la información obtenida a través del ejercicio de mapeo anterior permite deducir cuán grave es el problema de muerte materna en los departamentos en los que se concentra la población indígena, así como su

---

<sup>2</sup> Se propone seleccionar solo los centros poblados del ámbito rural porque es generalmente en espacios rurales y dispersos en donde se asienta la población indígena y en donde se concentran los peores indicadores de salud materna.

**CUADRO A.3.3**

**Caracterización del problema en los ámbitos urbano y rural de cada uno de los departamentos seleccionados con mayor proporción de población indígena**

|          | Porcentaje de población indígena respecto del total nacional por dpto. seleccionado | Proporción de partos atendidos por personal calificado (porcentaje) |       | Proporción de cesáreas (porcentaje) |       |
|----------|---|---|-------|-------------------------------------|-------|
|          |   | Urbano  | Rural | Urbano                              | Rural |
| Dpto. 01 | 42,0  | 30  | 12    | 5                                   | 0,2   |
| Dpto. 02 | 31,1  | 50  | 20    | 8                                   | 1,5   |
| Dpto. 03 | 16,2  | 65  | 35    | 13                                  | 3,0   |

Nota: los datos consignados en este cuadro son ficticios; solo se presentan a manera de ejemplo.

**CUADRO A.3.4**

**Brecha del problema existente en cada uno de los ámbitos urbano y rural de los departamentos seleccionados con mayor proporción de población indígena**

|          | Porcentaje de población indígena respecto del total nacional por dpto. seleccionado | Partos atendidos por personal calificado |           |            | Proporción de cesáreas |           |            |
|----------|---|--|-----------|------------|------------------------|-----------|------------|
|          |   | Urbano (%)                               | Rural (%) | Brecha U-R | Urbano (%)             | Rural (%) | Brecha U-R |
| Dpto. 01 | 42,0  | 30                                       | 12        | 18         | 5                      | 0,2       | 4,8        |
| Dpto. 02 | 31,1  | 50                                       | 20        | 30         | 8                      | 1,5       | 6,5        |
| Dpto. 03 | 16,2  | 65                                       | 35        | 30         | 13                     | 3,0       | 10,0       |

Nota: los datos consignados en este cuadro son ficticios; solo se presentan a manera de ejemplo.

ubicación según estrato poblacional (grado de dispersión poblacional o ámbito urbano-rural).

Terminada la aplicación de la herramienta 1, la persona que está formulando el proyecto habrá identificado qué departamentos son los prioritarios, cuál es el tamaño de la población indígena que será atendida por el proyecto y cuál es la magnitud del problema de muerte materna entre la población indígena de cada uno de ellos.

Asimismo, habrá sentado las bases para definir, posteriormente, los modelos de intervención que se aplicarán en cada departamento según el grado de dispersión de su población indígena o según el tamaño de sus centros poblados rurales.

Finalmente conocerá cuál es la brecha entre la situación actual en cada uno de los ámbitos estratificados y la meta a lograr. En principio la meta debe ser cerrar la brecha entre el ámbito urbano y el rural.

## Herramienta 2. Hacia la integración de una red de atención sanitaria

### Objetivos:

1. Conocer si una de las razones por las cuales las mujeres indígenas no acceden a los servicios de atención prenatal, parto atendido por personal calificado y atención del parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico) es la dificultad de acceso físico a los hospitales, centros y puestos de salud.
2. Conocer si estos establecimientos de salud cuentan con la suficiente capacidad resolutive por nivel de atención para ofrecer el servicio de atención prenatal, parto atendido por personal calificado y atención del parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico).
3. Identificar los establecimientos estratégicos que es necesario potenciar para construir una red obstétrica que permita mejorar el acceso físico de las mujeres indígenas a los servicios obstétricos y neonatales básicos y esenciales, y que estos tengan la capacidad de responder de manera eficiente ante una emergencia obstétrica, según capacidad resolutive.

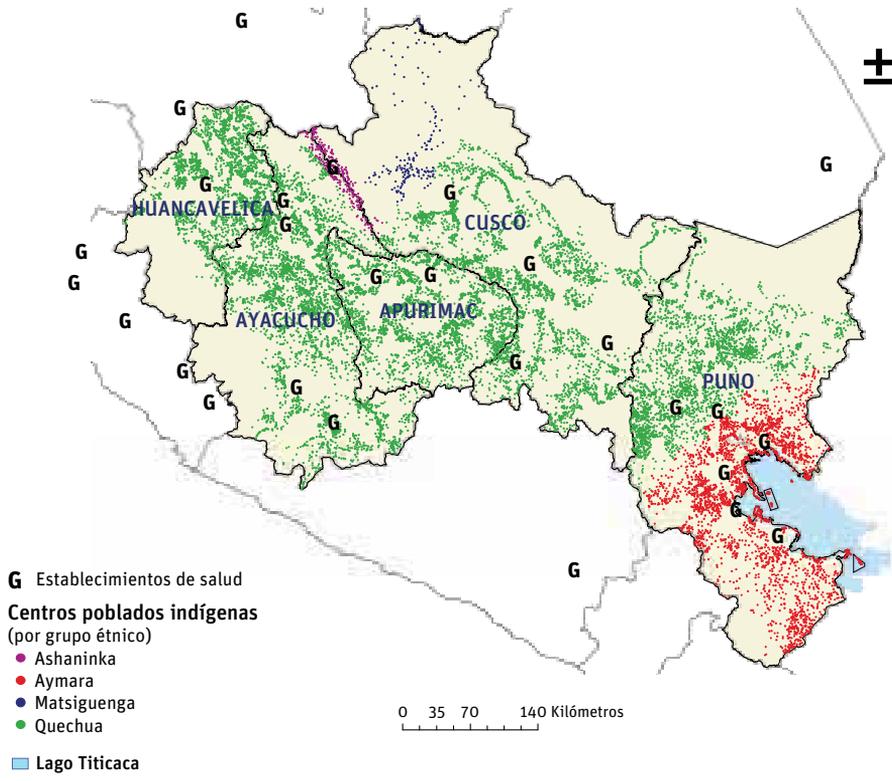
Nuevamente se sugiere hacer uso de un sistema de información geográfica (SIG) que permita realizar un ejercicio de mapeo. Retomar el mapa elaborado como producto de la aplicación de la herramienta 1.

Con la aplicación de dicha herramienta se logró seleccionar los departamentos que serán intervenidos por el programa o proyecto. Si los departamentos seleccionados son vecinos, entonces se los agrupará en un solo conglomerado y se los analizará como conglomerado de departamentos. Ello debido a que, como se subrayó en la herramienta 1, la resolución del problema de muerte materna requiere capacidad resolutive compleja esencial e intensiva, además de la concurrencia de diferentes niveles de capacidad resolutive (desde el puesto de salud que identifica la complicación, pasando por el centro de salud que resuelve las complicaciones no quirúrgicas, hasta el hospital que realiza las cesáreas) y esto solo se logra en el marco de una red articulada de servicios de salud departamental o interdepartamental. Es el caso de los servicios de banco de sangre, unidades de cuidados intensivos para ginecología, cesárea, entre otros.

Esta herramienta se aplicará a cada uno de los conglomerados de departamentos y se analizará la siguiente información dentro de cada uno de los mismos.

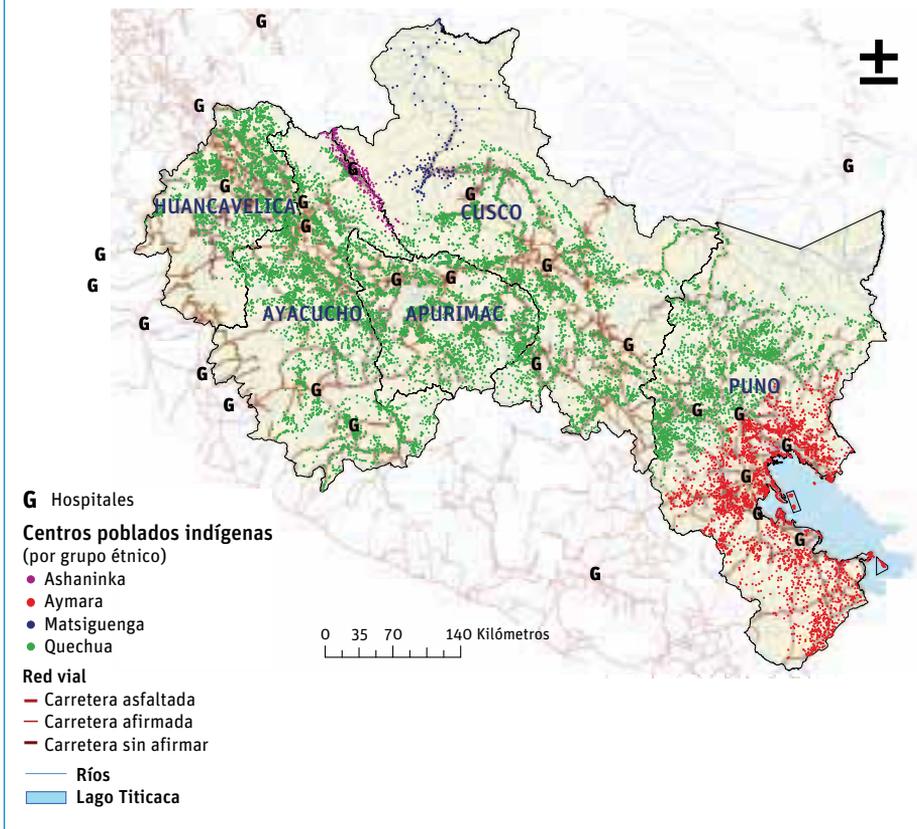
**Paso 1:** identificar en el mapa la ubicación de los hospitales existentes en el conglomerado de departamentos así como aquellos ubicados en los departamentos vecinos más próximos a los límites departamentales del conglomerado. Es necesario que primero se identifiquen aquellos que tienen capacidad de brindar cuidados intensivos y luego los hospitales con capacidad para brindar un servicio de cesárea. Este paso permitirá conocer a cuántos hospitales de distinto grado de complejidad podría acceder la población indígena del conglomerado de departamentos.

**Mapa A.3.4 Hospitales dentro y en la proximidad de los límites de los departamentos identificados**



**Paso 2:** en ese mismo mapa identificar las vías de comunicación (carreteras, caminos carrozables, líneas de tren, ríos, etc.) que unen a cada uno de los centros poblados en los que se asienta la población indígena con las ciudades en las que están ubicados los hospitales. Este paso permite conocer si las poblaciones indígenas tienen acceso por alguna vía de comunicación a las ciudades en las que se ubican los hospitales.

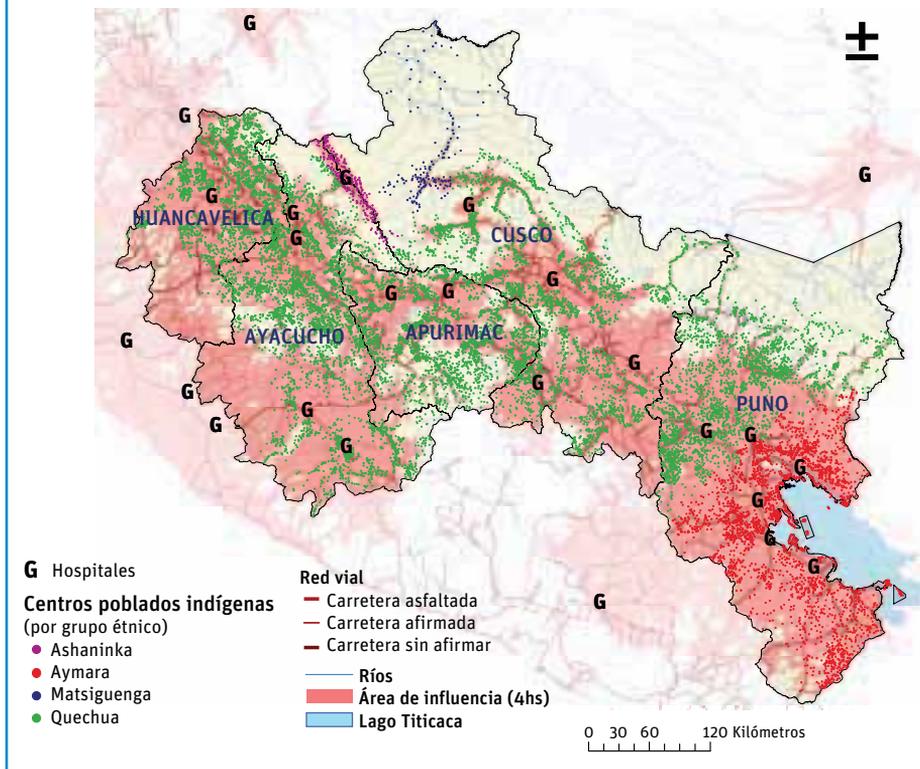
**Mapa A.3.5 Vías de comunicación a hospitales dentro y cerca de los límites de los departamentos identificados**



**Paso 3:** tomando como referencia la distancia (medida en horas) que existe entre los centros poblados indígenas y los hospitales, identificar en el mapa el ámbito de influencia de cada hospital. El criterio que se utilizará para este fin es que todo centro poblado indígena que se ubique a una distancia igual o inferior a cuatro horas, tomando como referencia las vías de comunica-

ción y los medios de transporte utilizados habitualmente por su población, pertenecerá al ámbito de influencia del hospital analizado. Este paso permite conocer si la distribución espacial de los hospitales existentes coincide o no con la distribución espacial requerida para garantizar el acceso de la población indígena a un hospital. Como consecuencia de este análisis se conocerá la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que tienen acceso por algún medio de transporte a las ciudades en las que se ubican los hospitales a una distancia no mayor de cuatro horas, así como la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que no tienen acceso a los servicios de la red hospitalaria, por ejemplo a la cesárea.

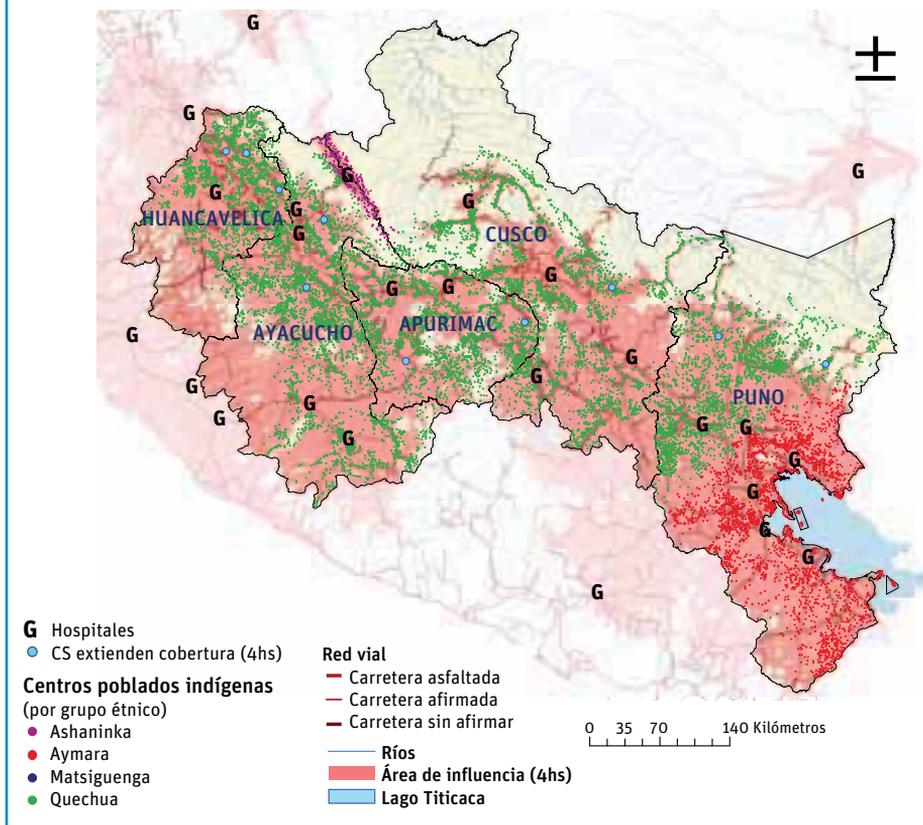
**Mapa A.3.6 Área de influencia (4hs) de hospitales dentro y fuera de la región priorizada**



**Paso 4:** si como resultado de la aplicación del paso 3 se identifican centros poblados indígenas a una distancia mayor de cuatro horas de un hospital, será necesario identificar en el mapa aquellos en los que debería existir un

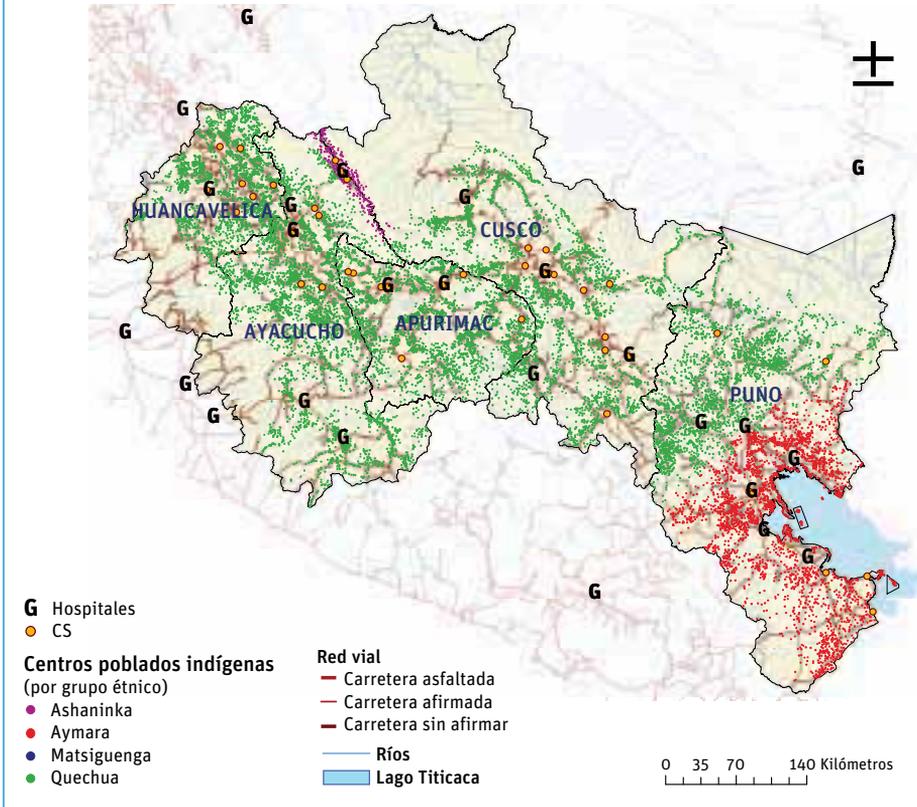
hospital para mejorar el acceso de las mujeres indígenas a los mismos. En estos centros poblados es posible que ya exista un centro de salud; por lo tanto se denominará “hospital potencial” a los centros de salud que requieran ser fortalecidos para brindar un servicio de cesárea o cumplir funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE). Los criterios que se utilizarán para seleccionar estos “hospitales potenciales” son dos: 1) que dentro de su ámbito de influencia (definido por una distancia menor o igual a cuatro horas) se encuentren aquellos centros poblados indígenas no atendidos por la red de servicios hospitalarios; y 2) que esté a una distancia no menor de ocho horas de otros hospitales existentes o potenciales. También es posible que no exista ningún establecimiento de salud a una distancia menor o igual a cuatro horas de los centros poblados indígenas excluidos del servicio; en este caso será necesario construir uno (mapa A.3.7).

**Mapa A.3.7 Área de influencia (4hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada) extendida por centros de salud seleccionados (región priorizada)**



**Paso 5:** incluir en el mapa la red de centros de salud existentes. Este paso permitirá conocer a cuántos centros de salud podría acceder la población indígena del departamento (mapa A.3.8).

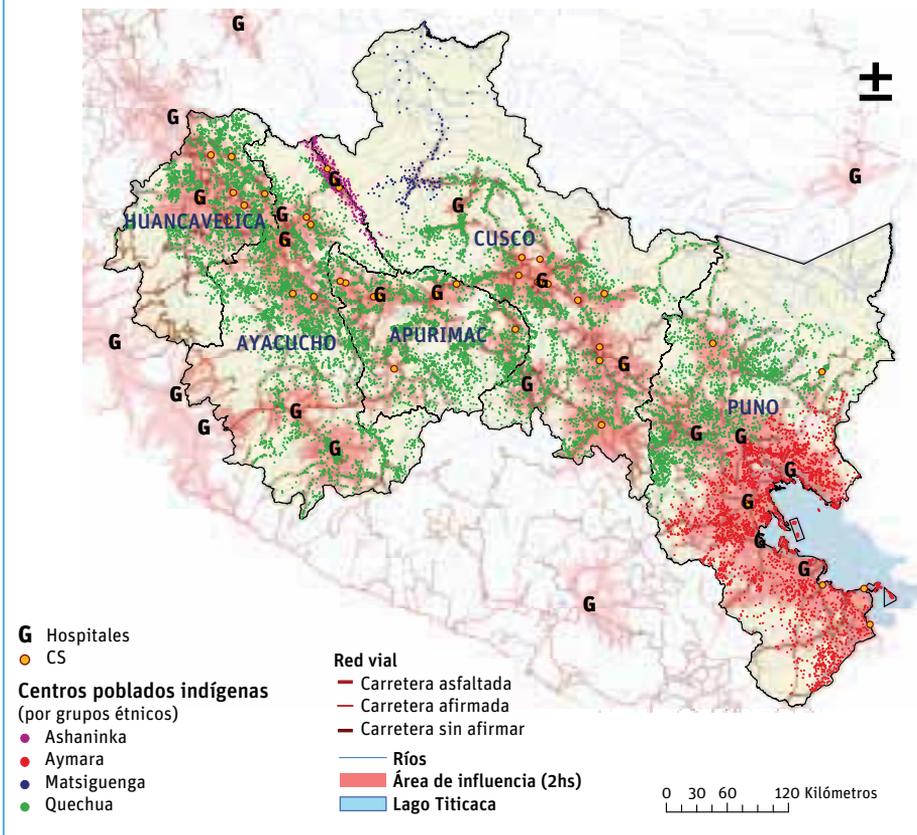
**Mapa A.3.8 Hospitales (dentro y fuera de la región priorizada) y centros de salud existentes en la región priorizada**



**Paso 6:** tomando como referencia la distancia (medida en horas) que existe entre los centros poblados indígenas y los centros de salud, identificar en el mapa el ámbito de influencia de cada centro de salud. El criterio que se utilizará para este fin es que todo centro poblado indígena que se ubique a una distancia igual o menor a dos horas, tomando como referencia las vías de comunicación y medios de transporte utilizados habitualmente por su población, pertenecerá al ámbito de influencia del centro de salud analizado. Este paso permite conocer si la distribución espacial de los centros de salud existentes coincide o no con la distribución espacial requerida para

garantizar el acceso de la población indígena a un centro de salud. Como consecuencia de este análisis se conocerá la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que tienen acceso por algún medio de transporte a las localidades en las que se ubican los centros de salud a una distancia no mayor de dos horas, así como la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que no tiene acceso a los servicios de la red de centros de salud, por ejemplo a la atención del parto normal.

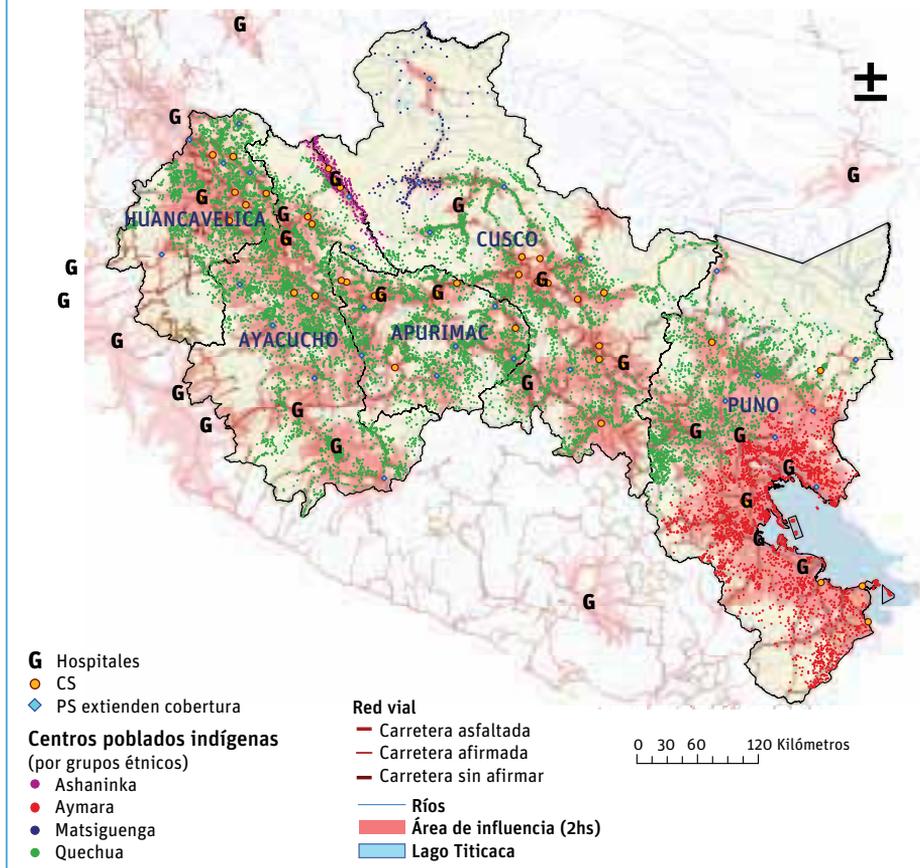
**Mapa A.3.9 Área de influencia (2hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada) y centros de salud dentro de la región priorizada**



**Paso 7:** si como resultado de la aplicación del paso 6 se identifican centros poblados indígenas a una distancia mayor de dos horas de un centro de salud, será necesario identificar en el mapa aquellos en los que debería existir un centro de salud para mejorar el acceso de las mujeres indígenas a los mismos. En estos centros poblados es posible que ya exista un puesto de

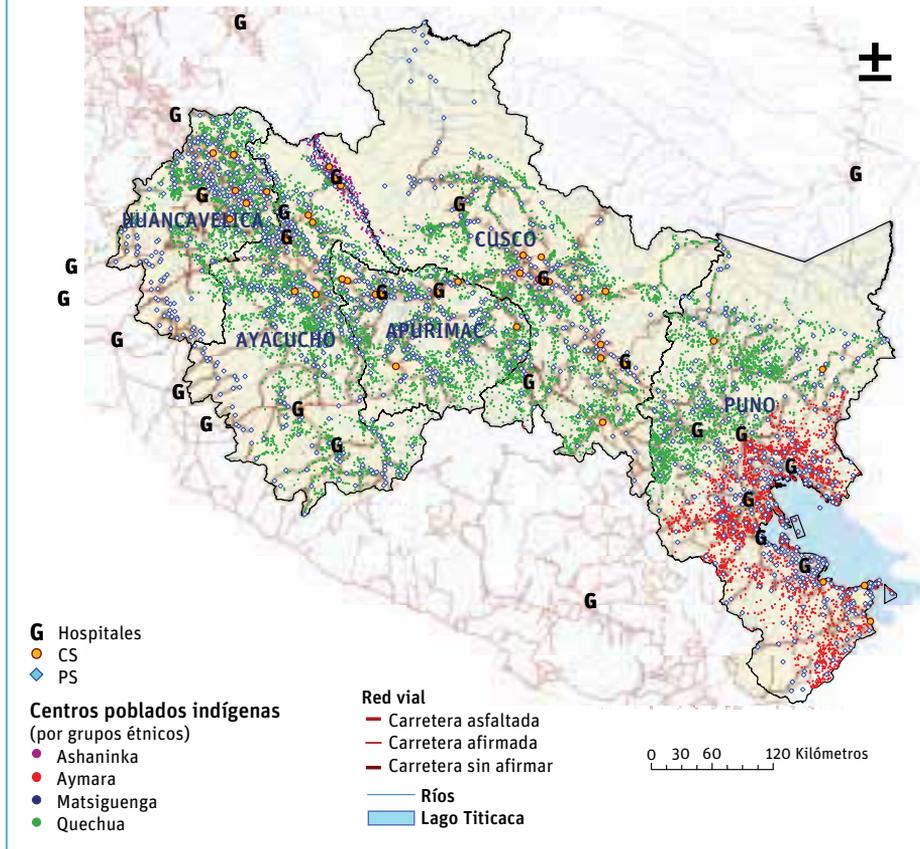
salud; por lo tanto se denominará “centro de salud potencial” a los puestos de salud que requieran ser fortalecidos para cumplir funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB). Los criterios que se utilizarán para seleccionar estos “centros de salud potenciales” son dos: 1) que dentro de su ámbito de influencia (definido por una distancia menor o igual a dos horas) se encuentren aquellos centros poblados indígenas no atendidos por la red de servicios obstétricos y neonatales básicos; y 2) que estén a una distancia no mayor de dos horas de los hospitales existentes o potenciales. También es posible que no exista ningún establecimiento de salud a una distancia menor o igual a dos horas de los centros poblados indígenas excluidos del servicio; en este caso será necesario construir uno (mapa A.3.10).

**Mapa A.3.10 Área de influencia (2hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada) y de centros de salud dentro de la región priorizada, extendida por puestos de salud seleccionados**



**Paso 8:** es muy probable que aún existan centros poblados con población indígena no atendidos por el sistema de salud; habrá que incluir entonces en el mismo mapa los puestos de salud cercanos a dichos centros poblados. Este paso permitirá conocer a cuántos puestos de salud podría acceder la población indígena del conglomerado de departamentos (mapa A.3.11).

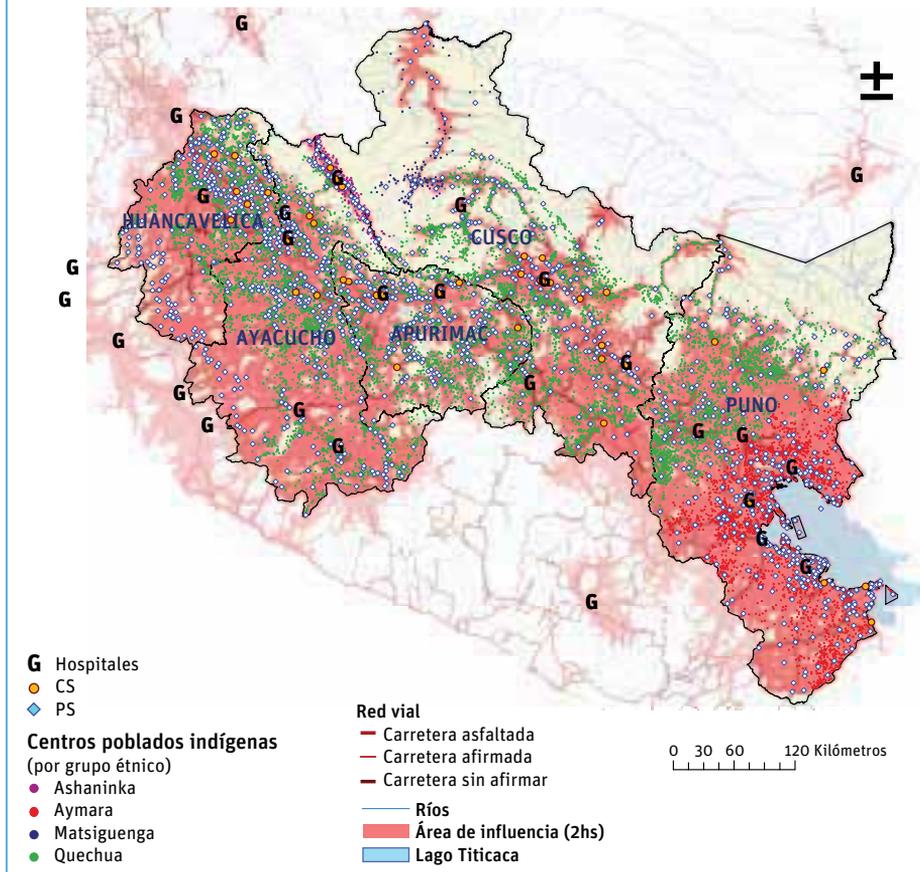
**Mapa A.3.11** Área de influencia (2hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada), y de los centros y puestos de salud dentro de la región priorizada



**Paso 9:** tomando como referencia la distancia (medida en horas) que existe entre los centros poblados indígenas y los puestos de salud, identificar en el mapa el ámbito de influencia de cada puesto de salud. El criterio que se utilizará para este fin es que todo centro poblado indígena que se ubique a una distancia igual o menor a dos horas, tomando como referencia las vías

de comunicación y medios de transporte utilizados habitualmente por su población, pertenecerá al ámbito de influencia del puesto de salud analizado. Este paso permite analizar si la distribución espacial de los puestos de salud existentes coincide o no con la distribución espacial requerida para garantizar el acceso de la población indígena a un puesto de salud. Como consecuencia de este análisis se conocerá la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que tienen acceso por algún medio de transporte a las localidades en las que se ubican los puestos de salud a una distancia no mayor de dos horas, así como la cantidad de centros poblados con mujeres indígenas que no tiene acceso a los servicios de la red de puestos de salud, entre ellos el control prenatal.

**Mapa A.3.12 Área de influencia (2hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada), y de los centros y puestos de salud dentro de la región priorizada**

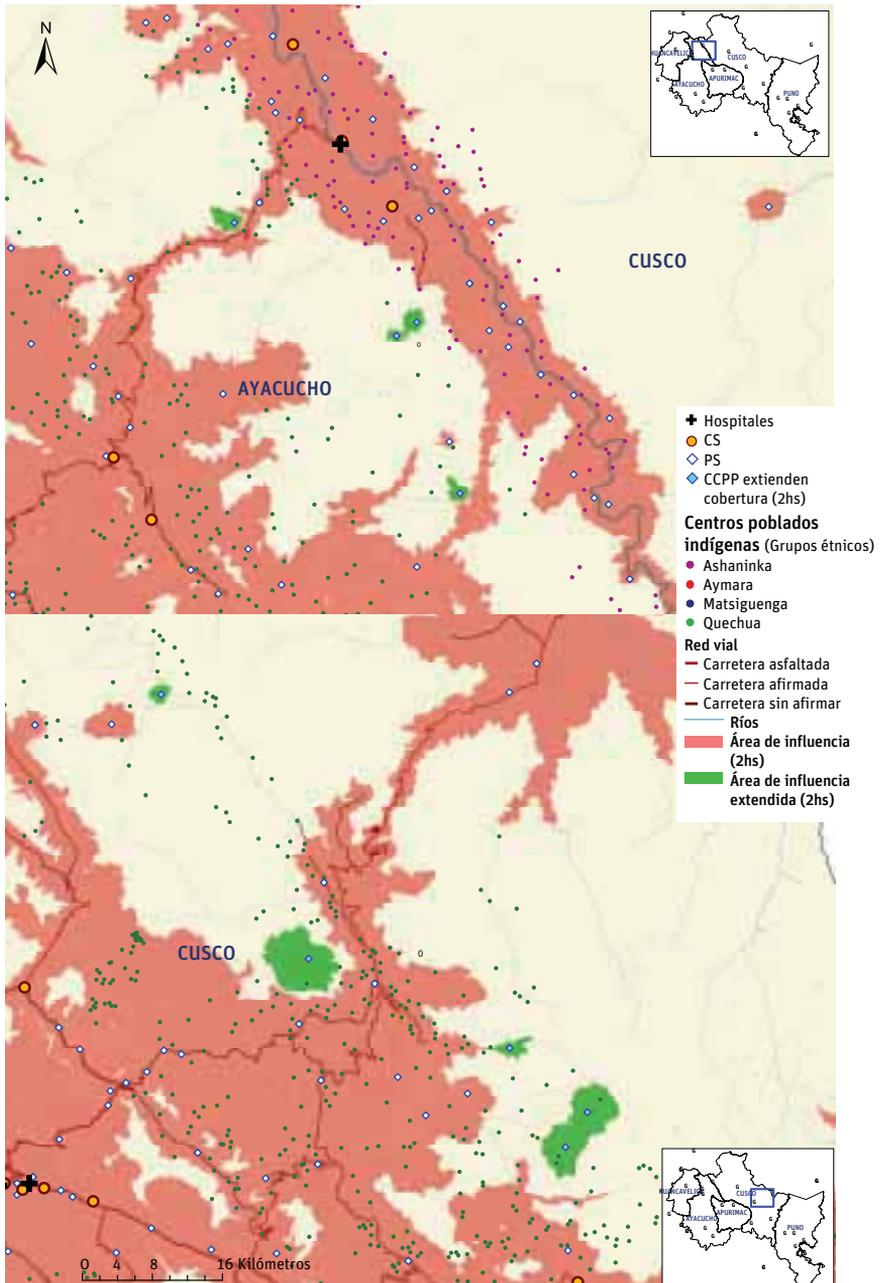


**Paso 10:** si como resultado de la aplicación del paso 9 se identifican centros poblados indígenas a una distancia mayor de dos horas de un puesto de salud, será necesario identificar en el mapa aquellos en los que debería existir un puesto de salud para mejorar el acceso de las mujeres indígenas a los mismos. En estos centros poblados no existen establecimientos de salud; por lo tanto se le denominará “puesto de salud potencial” a cada uno de los establecimientos que se requeriría construir para que brinden, entre otros, atención prenatal. Los criterios que se utilizarán para seleccionar estos “puestos de salud potenciales” son dos: 1) que dentro de su ámbito de influencia (definido por una distancia menor o igual a dos horas) se encuentren los centros poblados indígenas no atendidos por la red de servicios de salud; y 2) que estén a una distancia no mayor de dos horas de los centros de salud existentes o potenciales. Después de este ejercicio es posible que aún queden algunos centros poblados no atendidos por el servicio de salud. La población de estos centros poblados será atendida a través de estrategias específicas para zonas rurales altamente dispersas tales como equipos de salud itinerantes, comunicación por radio y evacuación de emergencias a través de medios aéreos u otros (véase el mapa A.3.13).

**Paso 11:** una vez identificados los “hospitales potenciales”, los “centros de salud potenciales” y los “puestos de salud” potenciales, será necesario ratificar si es que se invertirá en todos ellos o no y priorizar por cuál de ellos se comenzará. El criterio que se utilizará para este fin es el siguiente: se invertirá en aquellos establecimientos que tengan mayor cobertura de atención (actual o potencial) de la población indígena. Para ello se hará un *ranking* de los establecimientos de salud existentes, organizados por hospitales, centros de salud y puestos de salud, y se calculará el porcentaje acumulado de cobertura de atención de la población indígena. En el cuadro A.3.5 presentamos un ejemplo para la selección de los “hospitales potenciales”.

Una vez que se cuente con esta tabla, será necesario identificar en ella los centros de salud que hemos definido como “hospitales potenciales” (paso 5) y analizar para cada uno de ellos la “ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje)” y la “cobertura acumulada (porcentaje)”. ¿Cómo decidir en cuántos y cuáles de ellos invertir y cuáles de ellos priorizar? El límite de inversión lo puede establecer un análisis de costo-efectividad, cuyo resultado debe indicar el momento en el que el porcentaje de incremento de la cobertura de atención es marginal. Sin embargo, siguiendo el ejemplo podemos establecer que dejaremos de invertir en aquellos establecimientos en los que el incremento de la cobertura de atención fuere menor al 0,1%. De acuerdo con este criterio se invertirá en los siguientes centros de salud para convertirlos en hospitales con capacidad para atender cesáreas.

**Mapa A.3.13 Área de influencia (2hs) de hospitales (dentro y fuera de la región priorizada), y de los centros y puestos de salud, extendida por centros poblados seleccionados dentro de la región priorizada (vista parcial)**



## CUADRO A.3.5

## Selección de hospitales potenciales

| Departamento del EESS | Tipo de EESS (1) | Ranking de EESS          | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|------------------|--------------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |                  |                          | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Junín                 | Hospital externo | Hosp Apoyo D. A. Carrión | 120.790                                 | 120.790                 | 5,93   | 5,9                              |
| Ica                   | Hospital externo | Hosp Apoyo de Nazca      | 23.615                                  | 144.405                 | 1,16   | 7,1                              |
| Ica                   | Hospital externo | Hosp San Juan de Dios    | 9.935                                   | 154.340                 | 0,49   | 7,6                              |
| Arequipa              | Hospital externo | Hosp Honorio Delgado     | 2.930                                   | 157.270                 | 0,14   | 7,7                              |
| Ica                   | Hospital externo | Hosp San José de Chincha | 187                                     | 157.457                 | 0,01   | 7,7                              |
| Ica                   | Hospital externo | Hosp Apoyo de Palpa      | 59                                      | 157.516                 | 0,00   | 7,7                              |
| Ica                   | Hospital externo | Hosp Departamental Ica   | 0                                       | 157.516                 | 0,00   | 7,7                              |
| Puno                  | FONE             | Hospital Reg Juliaca     | 618.778                                 | 776.294                 | 30,37  | 38,1                             |
| Ayacucho              | FONE             | Hospital Ayacucho        | 287.011                                 | 1.063.305               | 14,08  | 52,2                             |
| Cusco                 | FONE             | Hospital Apoyo A. Lorena | 224.404                                 | 1.287.709               | 11,01  | 63,2                             |

CUADRO A.3.5

| Departamento del EESS | Tipo de EESS (1) | Ranking de EESS              | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|------------------|------------------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |                  |                              | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Apurímac              | FONE             | Hospital Gral de Andahuaylas | 134.447                                 | 1.422.156               | 6,60   | 69,8                             |
| Cusco                 | FONE             | C.S. Santo Tomás             | 102.428                                 | 1.524.584               | 5,03   | 74,8                             |
| Ayacucho              | FONE             | Hospital Apoyo San Francisco | 40.991                                  | 1.565.575               | 2,01   | 76,8                             |
| Puno                  | FONE             | Hospital Carlos Cornejo R.   | 36.687                                  | 1.602.262               | 1,80   | 78,6                             |
| Ayacucho              | FONE             | Hospital Apoyo Coracora      | 35.808                                  | 1.638.070               | 1,76   | 80,4                             |
| Cusco                 | FONE             | Hospital Quillabamba         | 34.904                                  | 1.672.974               | 1,71   | 82,1                             |
| Apurímac              | FONE             | Hospital Abancay             | 29.655                                  | 1.702.629               | 1,46   | 83,6                             |
| Puno                  | FONE             | Hospital Ilave               | 19.202                                  | 1.721.831               | 0,94   | 84,5                             |
| Ayacucho              | FONE             | Hospital Apoyo Huanta        | 13.206                                  | 1.735.037               | 0,65   | 85,1                             |
| Ayacucho              | FONE             | Hospital Apoyo Puquio        | 9.233                                   | 1.744.270               | 0,45   | 85,6                             |
| Cusco                 | FONE             | Hospital Sicuani             | 8.020                                   | 1.752.290               | 0,39   | 86,0                             |

(Continúa en la página siguiente)

CUADRO A.3.5 (cont.)

| Departamento del EESS | Tipo de EESS (1) | Ranking de EESS           | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|------------------|---------------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |                  |                           | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Puno                  | FONE             | Hospital Lucio Aldazábal  | 5.452                                   | 1.757.742               | 0,27   | 86,3                             |
| Huancavelica          | FONE             | Hospital de Huancavelica  | 4.265                                   | 1.762.007               | 0,21   | 86,5                             |
| Puno                  | FONE             | Hospital San Juan de Dios | 547                                     | 1.762.554               | 0,03   | 86,5                             |
| Puno                  | FONE             | Hosp Reg Puno             | 30                                      | 1.762.584               | 0,00   | 86,5                             |
| Cusco                 | FONE             | Hospital Regional Cusco   | 0                                       | 1.762.584               | 0,00   | 86,5                             |
| Puno                  | CS               | Hospital San Martín de P. | 41.360                                  | 1.803.944               | 2,03   | 88,5                             |
| Puno                  | CS               | Hospital Sandia           | 23.130                                  | 1.827.074               | 1,14   | 89,7                             |
| Ayacucho              | CS               | Hospital Apoyo Cangallo   | 15.506                                  | 1.842.580               | 0,76   | 90,4                             |
| Apurímac              | CS               | Hospital Chalhuanca       | 12.076                                  | 1.854.656               | 0,59   | 91,0                             |
| Apurímac              | CS               | C.S. Tambobamba           | 8.479                                   | 1.863.135               | 0,42   | 91,4                             |
| Huancavelica          | CS               | C.S. Colcabamba           | 6.906                                   | 1.870.041               | 0,34   | 91,8                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Ocongate             | 3.401                                   | 1.873.442               | 0,17   | 91,9                             |

CUADRO A.3.5

| Departamento del EESS | Tipo de EESS (1) | Ranking de EESS           | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|------------------|---------------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |                  |                           | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Ayacucho              | CS               | Hospital Apoyo San Miguel | 2.799                                   | 1.876.241               | 0,14   | 92,1                             |
| Huancavelica          | CS               | C.S. Churcampa            | 1.815                                   | 1.878.056               | 0,09   | 92,2                             |
| Huancavelica          | CS               | C.S. Pampas               | 1.756                                   | 1.879.812               | 0,09   | 92,2                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Calca                | 1.370                                   | 1.881.182               | 0,07   | 92,3                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Yauri                | 1.075                                   | 1.882.257               | 0,05   | 92,4                             |
| Apurímac              | CS               | C.S. Uripa                | 1.062                                   | 1.883.319               | 0,05   | 92,4                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Combapata            | 909                                     | 1.884.228               | 0,04   | 92,5                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Urcos                | 600                                     | 1.884.828               | 0,03   | 92,5                             |
| Puno                  | CS               | C.S. Desaguadero          | 558                                     | 1.885.386               | 0,03   | 92,5                             |
| Ayacucho              | CS               | C.S. Santa Rosa           | 507                                     | 1.885.893               | 0,02   | 92,5                             |
| Huancavelica          | CS               | C.S. Acobamba             | 354                                     | 1.886.247               | 0,02   | 92,6                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Pichari              | 280                                     | 1.886.527               | 0,01   | 92,6                             |
| Ayacucho              | CS               | C.S. Vilcashuaman         | 227                                     | 1.886.754               | 0,01   | 92,6                             |
| Huancavelica          | CS               | C.S. San Jerónimo         | 180                                     | 1.886.934               | 0,01   | 92,6                             |

*(Continúa en la página siguiente)*

CUADRO A.3.5

| Departamento del EESS | Tipo de EESS (1) | Ranking de EESS   | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|------------------|-------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |                  |                   | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Cusco                 | CS               | P.S. Techo Obrero | 120                                     | 1.887.054               | 0,01   | 92,6                             |
| Apurímac              | CS               | C.S. Curahuasi    | 97                                      | 1.887.151               | 0,00   | 92,6                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Anta         | 17                                      | 1.887.168               | 0,00   | 92,6                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. Urubamba     | 10                                      | 1.887.178               | 0,00   | 92,6                             |
| Cusco                 | CS               | C.S. San Jerónimo | 3                                       | 1.887.181               | 0,00   | 92,6                             |
| Puno                  | CS               | Hospital Yunguyo  | 0                                       | 1.887.181               | 0,0  | 92,6                             |

EESS = establecimiento sanitario; CS = centro de salud; FONE = funciones obstétricas y neonatales esenciales.

Nota: los datos consignados en este cuadro son ficticios; solo se presentan a manera de ejemplo.

Invertir en estos ocho establecimientos de salud permitirá incrementar el porcentaje de cobertura de atención a las mujeres indígenas de un 88,5% a un 92,1%. Invertir en los centros de salud restantes no sería conveniente puesto que ello no significaría un incremento en la cobertura de atención a las mujeres indígenas. Por otra parte, la priorización de la inversión está establecida por la contribución de cada uno de estos establecimientos a la cobertura de atención.

Este mismo ejercicio será necesario realizar para establecer en qué “centros de salud potenciales” invertir y en qué orden de prioridad.

**Paso 12:** luego será necesario desarrollar un ejercicio de las mismas características para establecer qué puestos de salud potenciales habría que construir. En este caso se seleccionarán aquellos centros poblados en los que la

## CUADRO A.3.6

## Inversión en centros de salud según orden de prioridad

| Departamento del EESS | Tipo de EESS | Ranking de EESSS          | Población indígena                      |                         |  |                                  |
|-----------------------|--------------|---------------------------|---|-------------------------|--|----------------------------------|
|                       |              |                           | Ganancia en cobertura por cada EESS (2) | Cobertura acumulada (3) | Ganancia en cobertura por cada EESS (porcentaje) | Cobertura acumulada (porcentaje) |
| Puno                  | CS           | Hospital San Martín de P. | 41.360                                  | 1.803.944               | 2,03   | 88,5                             |
| Puno                  | CS           | Hospital Sandía           | 23.130                                  | 1.827.074               | 1,14   | 89,7                             |
| Ayacucho              | CS           | Hospital Apoyo Cangallo   | 15.506                                  | 1.842.580               | 0,76   | 90,4                             |
| Apurímac              | CS           | Hospital Chalhuanca       | 12.076                                  | 1.854.656               | 0,59   | 91,0                             |
| Apurímac              | CS           | C.S. Tambobamba           | 8.479                                   | 1.863.135               | 0,42   | 91,4                             |
| Huancavelica          | CS           | C.S. Colcabamba           | 6.906                                   | 1.870.041               | 0,34   | 91,8                             |
| Cusco                 | CS           | C.S. Ocongate             | 3.401                                   | 1.873.442               | 0,17   | 91,9                             |
| Ayacucho              | CS           | Hospital Apoyo San Miguel | 2.799                                   | 1.876.241               | 0,14   | 92,1                             |

EESS = establecimiento sanitario; CS = centro de salud.

presencia de un puesto de salud implique un incremento importante de la cobertura de atención de la población indígena; como criterio se puede establecer también que se dejará de invertir en aquellos centros poblados en los que el incremento de la cobertura de atención sea marginal.

**Paso 13:** luego será necesario conocer la capacidad resolutoria tanto de los hospitales existentes como de los “hospitales potenciales”, así como de los

centros de salud existentes y de los “centros de salud potenciales”. Para ello recomendamos el uso de las “Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos”, escritas por Deborah Maine, Tessa M. Wardlaw, Victoria M. Ward, James McCarthy, Amanda Birnbaum, Murat Z. Akalin y Jennifer E. Brown, y publicadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en octubre 1987.

**Paso 14:** a partir de estos resultados, analizar si la capacidad resolutive encontrada en los hospitales existentes y “hospitales potenciales”, así como en los centros de salud existentes y en los “centros de salud potenciales” coincide o no con la requerida: funciones obstétricas y neonatales esenciales y básicas respectivamente. En este caso analizar y explicar también por qué cumplen o no cumplen con dichas funciones; prestar especial atención a aquellos problemas que generan tensión o conflicto entre la capacidad resolutive necesaria y la existente en cada uno de los rubros analizados (infraestructura, equipamiento, medicamentos, recursos humanos, etc.), como por ejemplo: normatividad vigente, dificultades de financiamiento, procesos de adquisición y distribución, política de descentralización, régimen laboral del personal, etc.

**Conclusión:** la información obtenida a través del ejercicio de mapeo permite responder las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué tan lejos están las mujeres indígenas de los hospitales, centros y puestos de salud, es decir, de la posibilidad de recibir atención prenatal, parto atendido por personal calificado y parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico)? ¿Es necesario potenciar algunos establecimientos de salud?
- b) ¿Cuáles son los establecimientos estratégicos que es necesario potenciar para mejorar el acceso físico de las mujeres indígenas a estos servicios?
- c) ¿Tienen los actuales establecimientos capacidad para atender una emergencia obstétrica? ¿Están cumpliendo las funciones obstétricas y neonatales esenciales y básicas? ¿En qué rubros será necesario invertir para garantizar que tanto los establecimientos existentes como los potenciales estén en capacidad de atender una emergencia obstétrica?

La respuesta a estas preguntas nos permitirá saber si las dificultades de acceso físico a los establecimientos de salud y/o la insuficiente capacidad resolutive en los mismos son razones por las cuales las mujeres indígenas no acceden a los servicios de atención prenatal, parto atendido por personal calificado y parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico).

## Herramienta 3. Sondeo de la cosmovisión indígena y su relación con la salud reproductiva

### Objetivo:

Conocer si los factores culturales constituyen una de las razones por las cuales las mujeres indígenas de los conglomerados de departamentos seleccionados acceden o no a los servicios de atención prenatal, parto atendido por personal calificado y atención del parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico).

Para ello será necesario indagar sobre los siguientes temas:

1. Cuidados durante el embarazo y prácticas de atención del parto ejercidas por los proveedores del sistema de salud tradicional.
2. Diagnóstico y tratamiento ofrecidos por el sistema de salud tradicional ante la aparición de complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto.
3. Los conceptos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas que dan sustento al sistema de salud tradicional.
4. La concepción de los pueblos indígenas sobre la relación entre géneros (hombre-mujer), los roles asignados a cada uno de ellos (sociales, culturales, económicos, etc.) y su posible efecto sobre el riesgo obstétrico.
5. La cosmovisión indígena y los conceptos de dualidad, complementariedad y equilibrio que dan sustento a los conceptos de salud y enfermedad y a la concepción que tienen los pueblos indígenas sobre la relación entre los géneros.
6. Conflictos entre el sistema de salud tradicional y el sistema de salud occidental en los cuidados del embarazo y prácticas en el parto normal, parto complicado y puerperio inmediato.

Esta herramienta debe ser aplicada a cada uno de los pueblos indígenas identificados en el mapa construido con la herramienta 1, por estrato de densidad poblacional.

El esquema A.3.1 constituye una síntesis de lo expresado en el marco causal. La información obtenida con esta herramienta nos debe permitir reconstruir, para cada pueblo indígena consultado, un esquema como este, es decir: su propio marco causal.

Para ello se utilizará la presente herramienta, compuesta por un conjunto de matrices —cada una de las cuales incluye una lista de chequeo, acompañada de algunas preguntas orientadoras— que serán aplicadas en entrevistas a diversos informantes, de acuerdo a cada uno de los temas tratados. Las preguntas de cada matriz tienen una secuencia lógica, ya que parten de los temas más concretos para llegar a los temas más abstractos.

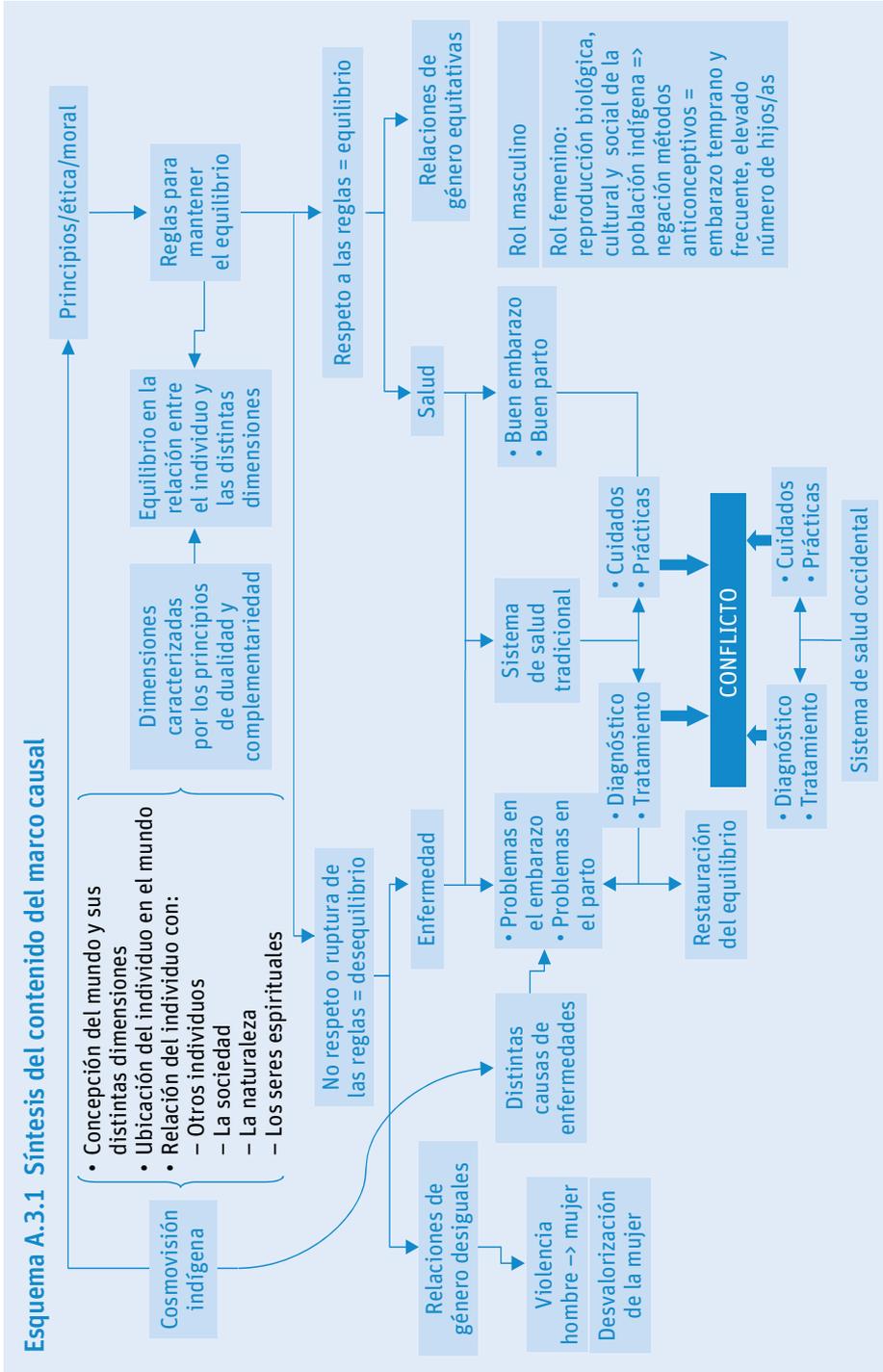
Para la aplicación de las matrices se hacen las siguientes recomendaciones:

- 1) Las matrices deben ser aplicadas durante conversaciones informales con los informantes, es decir, no hay que plantear las preguntas orientadoras tal cual están formuladas (como si fuera una encuesta), sino promover una conversación informal sobre los temas planteados para que el informante se sienta cómodo, se cree un clima de confianza y pueda hablar con soltura.
- 2) Durante la conversación se tomará nota de la información relevante, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo de cada una de las matrices.
- 3) No aplicar todas las matrices en un mismo día; se recomienda, por el contrario, tomarse el tiempo necesario con cada informante y luego analizar la información recogida para preparar la siguiente entrevista.
- 4) Se recomienda contar con el apoyo de un traductor si es que no se domina la lengua del pueblo indígena a entrevistar.

A continuación se presenta la matriz A.3.1, la misma que está dirigida al curandero o persona anciana concedora de la cosmovisión de su pueblo indígena. Esta matriz consta de dos temas:

- Tema 1: cosmovisión indígena, el concepto de equilibrio, las reglas que mantienen el equilibrio, los conceptos de salud y enfermedad y su asociación con el equilibrio y el desequilibrio, las interpretaciones culturales de los síndromes, el sistema de salud tradicional y la etiología de las enfermedades.
- Tema 2: desequilibrio, crisis de los conceptos de dualidad y complementariedad y su relación con el maltrato hacia la mujer indígena.

Esquema A.3.1 Síntesis del contenido del marco causal



**MATRIZ A.3.1****Curandero o persona anciana concedora de la cosmovisión de su pueblo**

Tema 1: Cosmovisión indígena, el concepto de equilibrio, las reglas que mantienen el equilibrio, los conceptos de salud y enfermedad y su asociación con el equilibrio y el desequilibrio, la interpretación cultural de los síndromes, el sistema de salud tradicional y la etiología de las enfermedades.

| Nº | Tema / variables  | Preguntas   |
|----|---|---|
| 1  | Tipos de enfermedad según sus causas                                  | ¿Qué enfermedades sabe curar usted?, ¿cómo las diagnostica?, ¿qué tratamiento les da?, ¿cuáles son las causas inmediatas o qué cosas provocan esas enfermedades?, ¿existen causas de distinto tipo?   |
| 2  | Causas de la ruptura del equilibrio                                   | ¿Por qué ocurren las enfermedades?, ¿por qué los agentes que provocan enfermedades afectan a unas personas y a otras no?, ¿de qué depende que algunas personas sean afectadas por estos agentes?  |
| 3  | Concepto de enfermedad y desequilibrio                                | ¿Cómo definiría usted qué es una enfermedad?, ¿qué entiende por enfermedad?, ¿cómo describiría usted a una persona que está enferma?, ¿qué es lo que las personas no deben hacer para evitar una enfermedad?  |
| 4  | Concepto de salud y equilibrio  | ¿Cómo definiría usted qué es salud?, ¿qué entiende por salud?, ¿cómo describiría usted a una persona que goza de buena salud?, ¿qué es lo que las personas deben hacer para gozar de buena salud?   |
| 5A | Reglas para mantener el ordenamiento / estabilidad de la vida humana  | ¿Quién o qué determina cuáles son las “reglas” para relacionarse con los agentes que pueden provocar las enfermedades?, ¿por qué son esas “reglas” y no otras?, ¿cuál es el sustento de las mismas?   |
| 5B | Ética / moral que sustenta esas reglas                                |   |
| 6  | Ordenamiento y estabilidad de la vida humana / concepto de equilibrio | ¿Cómo imagina usted que sería su comunidad si no existieran las enfermedades ni ningún otro tipo de mal?, ¿alguna vez ha sido su comunidad así?, ¿sabe usted cómo era en el pasado, es decir, antes de la llegada de los conquistadores, sabe usted cómo se vivía en los pueblos indígenas? |

**MATRIZ A.3.1**

| Nº | Tema / variables   | Preguntas  |
|----|--|--|
| 7A | Cosmovisión indígena                                       | ¿Cuál es la forma en que su pueblo concibe el mundo?, ¿hay un solo mundo o existen distintos mundos?, ¿cómo son las cosas en cada uno de ellos?; si existen varios mundos, ¿cómo se relacionan entre sí? |
| 7B | Conceptos de dualidad y complementariedad                  |  |
| 8  | Vida humana  | ¿Qué lugar ocupan los seres humanos en este mundo (o estos mundos)?, ¿cuál es su función?, ¿qué rol deben cumplir?   |
| 9  | Relación del individuo con los seres espirituales / dioses | De acuerdo con su pensamiento y el de la comunidad, ¿cómo debería ser la relación de las personas con los seres espirituales?, ¿qué ocurre si no se cumple con ello?                                     |
| 10 | Relación del individuo con la naturaleza                   | De acuerdo con su pensamiento y el de la comunidad, ¿cómo debería ser la relación de las personas con la naturaleza?, ¿qué ocurre si no se cumple con ello?  |
| 11 | Relación del individuo con la sociedad                     | De acuerdo con su pensamiento y el de la comunidad, ¿cómo debería ser la relación de las personas con su comunidad?, ¿qué ocurre si no se cumple con ello?   |
| 12 | Relación del individuo con los otros individuos            | De acuerdo con su pensamiento y el de la comunidad, ¿cómo debería ser la relación de las personas entre sí?, ¿qué ocurre si no se cumple con ello?   |

**Tema 2: Desequilibrio, crisis de los conceptos de dualidad y complementariedad y su relación con el maltrato hacia la mujer indígena.**

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Opinión sobre los métodos anticonceptivos | ¿Qué opina su comunidad sobre los métodos anticonceptivos modernos?, ¿por qué están a favor o en contra?, ¿hombres y mujeres opinan lo mismo?   |
| 2 | Rol femenino                              | ¿Cuáles son las funciones que la mujer indígena debe cumplir en la familia/comunidad?, ¿qué pasa si no las cumple?, ¿existe algún tipo de castigo?, ¿se recomienda que las mujeres indígenas tengan muchos o pocos hijos/as?, ¿por qué? |

*(Continúa en la página siguiente)*

**MATRIZ A.3.1** (conclusión)

| Nº | Tema / variables   | Preguntas  |
|----|--|--|
| 3  | Rol masculino  | ¿Cuáles son las funciones que el hombre debe cumplir en la familia/comunidad?, ¿qué pasa si no las cumple?, ¿existe algún tipo de castigo?, ¿el hombre debe tener muchos o pocos hijos/as?, ¿por qué?  |
| 4  | La pareja hombre-mujer y los conceptos de dualidad y complementariedad   | ¿Cómo debe ser la relación entre el hombre y la mujer indígena de acuerdo con su pensamiento y el de su comunidad?, ¿por qué?  |
| 5A | Situación actual de discriminación y maltrato (violencia) del hombre hacia la mujer indígena   | ¿Qué opina sobre la violencia (física y psicológica) que ejerce el hombre sobre la mujer indígena?, ¿por qué ocurre?, ¿se justifica?, ¿cómo cree que se sienten las mujeres indígenas que han sido maltratadas?, ¿existe alguna forma de control o castigo contra los hombres que maltratan a las mujeres indígenas? |
| 5B | Explicación (razones) de la aparente contradicción existente entre la cosmovisión indígena y la discriminación y maltrato (violencia) contra las mujeres indígenas |  |
| 6  | Percepción actual que tiene la mujer indígena de sí misma  | De acuerdo con su pensamiento y el de la comunidad, ¿las mujeres indígenas son tan valiosas como los hombres?, ¿se prefiere tener hijos varones o mujeres?, ¿cuáles son las actividades que realizan las mujeres indígenas que son más reconocidas y valoradas por la comunidad?                                     |

La siguiente matriz es la A.3.2, está dirigida al personal de salud y consta de dos temas:

- ▶ Tema 3: cosmovisión indígena y riesgo obstétrico.
- ▶ Tema 4: interculturalidad y salud intercultural.

**MATRIZ A.3.2****Personal de salud**

Tema 3: Cosmovisión indígena y riesgo obstétrico.

| Nº | Tema / variables  | Preguntas  |
|----|---|--|
| 1  | Edad promedio de inicio de la menstruación  | ¿Cuál es la edad promedio en la que las mujeres indígenas tienen su primera menstruación?  |
| 2  | Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales  | De acuerdo a la costumbre, ¿cuál es la edad promedio en la que las mujeres indígenas tienen su primera relación sexual?                |
| 3  | Número de años entre la edad de la primera menstruación y la edad de la primera relación sexual   | Diferencia entre temas/variables 2 y 1 de esta matriz  |
| 4  | Edad promedio de inicio de la primera gestación   | De acuerdo con la costumbre, ¿cuál es la edad promedio en la que las mujeres indígenas tienen su primer embarazo?                      |
| 5  | Edad promedio del primer parto  | ¿Cuál es la edad promedio en la que las mujeres indígenas tienen su primer parto?  |
| 6  | Intervalo inter genésico (número de meses promedio)   | ¿Cuál es el número promedio de meses que transcurren entre embarazo y embarazo?  |
| 7  | Promedio de hijos muertos por mujer indígena  | ¿Cuál es el número promedio de hijos/as muertos por mujer indígena?  |
| 8  | Promedio de abortos por mujer indígena  | ¿Cuál es el número promedio de abortos por mujer indígena?   |
| 9  | Promedio de mortinatos por mujer indígena   | ¿Cuál es el número promedio de mortinatos por mujer indígena?  |
| 10 | Presión reproductiva (proporción de años dentro de la vida reproductiva que cada mujer indígena ha dedicado al embarazo y a la lactancia) | ¿Cuál es la proporción de años promedio dentro de la vida reproductiva que las mujeres indígenas dedican al embarazo y a la lactancia? |
| 11 | Ritmo reproductivo (velocidad con la cual las mujeres indígenas llevan a cabo la función reproductiva)                                    | ¿Cuál es el número de hijos/as por mujer indígena según su grupo de edad?  |

*(Continúa en la página siguiente)*

**MATRIZ A.3.2** (conclusión)

| Nº   | Tema / variables                               | Preguntas  |
|--|--|--|
| Tema 4: Interculturalidad y salud intercultural. |  |  |
| 1  | Prácticas tradicionales favorables             | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas tradicionales más favorables para la atención de la gestante durante el embarazo y parto? |
| 2  | Prácticas biomédicas favorables                | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas biomédicas más favorables para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?    |
| 3  | Prácticas tradicionales riesgosas              | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas tradicionales más riesgosos para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?  |
| 4  | Prácticas biomédicas no favorables y riesgosas | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas biomédicas más riesgosos para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?     |

A continuación se presenta la matriz A.3.3, dirigida a mujeres indígenas gestantes y/o madres, y que consta de tres temas:

- Tema 5: crisis del concepto de dualidad, desequilibrio y su relación con el maltrato hacia la mujer indígena.
- Tema 6: la gestación y el parto en el sistema tradicional de salud indígena.
- Tema 7: factores culturales (desde la población indígena) y occidentales (desde el establecimiento de salud) que inhiben a la gestante indígena de hacer uso del servicio obstétrico.

### MATRIZ A.3.3

#### Grupo de mujeres indígenas gestantes/madres

Tema 5: Crisis del concepto de dualidad, desequilibrio y su relación con el maltrato hacia la mujer indígena.

| Nº | Tema / variables  | Definición / explicación  |
|----|---|---|
| 1  | Situación actual de discriminación y maltrato (violencia) del hombre hacia la mujer indígena                              | ¿Qué opina sobre la violencia (física y psicológica) que ejerce el hombre sobre la mujer indígena?, ¿por qué ocurre?, ¿se justifica?, ¿cómo cree que se sienten las mujeres indígenas que han sido maltratadas?, ¿por qué lo permiten?, ¿existe alguna forma de control o castigo contra los hombres que maltratan a las mujeres indígenas? |
| 2  | Percepción actual que tiene la mujer indígena de sí misma   | De acuerdo con su pensamiento, ¿las mujeres indígenas son tan valiosas como los hombres?, ¿se prefiere tener hijos varones o mujeres?, ¿qué tan valiosas o importantes son las actividades que realizan las mujeres indígenas en la familia y en la comunidad?, ¿cuáles son las que usted considera más valiosas?                           |
| 3  | Ritmo de ejecución de actividades físicas en la casa y en la chacra durante la etapa de gestación                         | La mujer indígena gestante, ¿reduce la intensidad de su trabajo durante la etapa de la gestación?, ¿por qué?  |
| 4  | Persona responsable de tomar decisiones sobre cuidados de la gestante y sobre qué hacer durante una emergencia obstétrica | ¿Quién de la familia toma las decisiones sobre los cuidados que debe tener la gestante?, ¿quién decide qué hacer en caso de una emergencia obstétrica?  |
| 5  | Relación entre violencia contra la mujer indígena durante la etapa de gestación y morbilidad y mortalidad maternas        | ¿Se conocen casos en la comunidad en los que alguna mujer indígena gestante haya sido violentada por el esposo o familiar y esto haya tenido consecuencias sobre su embarazo y/o parto?   |

Tema 6: La gestación y el parto en el sistema tradicional de salud indígena.

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| 1 | Cuidados durante el embarazo | ¿Cuáles son los cuidados que debe tener la gestante durante el embarazo para evitar problemas en la gestación y el parto? |
|---|------------------------------|---|

*(Continúa en la página siguiente)*

**MATRIZ A.3.3** (cont.)

| Nº | Tema / variables  | Definición / explicación  |
|----|---|---|
| 2  | Prácticas durante el parto                                  | ¿Qué rol cumplen el esposo y la familia durante el parto?, ¿cómo atiende la partera a la gestante durante el trabajo de parto, el parto y el posparto?      |
| 3  | Riesgo obstétrico durante el parto y el puerperio inmediato | ¿Cuáles son los principales problemas que aparecen durante el parto y puerperio inmediato?, ¿sabe usted qué riesgos implica la presencia de esos problemas? |

Tema 7: Factores culturales (desde la población indígena) y occidentales (desde el establecimiento de salud) que inhiben a la gestante indígena de hacer uso del servicio obstétrico.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Factores culturales que inhiben a la gestante indígena del uso del servicio y factores que promueven su uso   | De acuerdo a su pensamiento y el de la comunidad, ¿hay razones o motivos que impiden a las mujeres indígenas hacer uso del servicio de salud para la atención prenatal, parto, emergencias obstétricas, cesárea o donación de sangre?, ¿qué razones o motivos favorecen en cambio el uso de estos servicios?                |
| 2 | Razones relacionadas con la forma de atención del personal de salud a las mujeres indígenas en los establecimientos, que inhiben a las gestantes del uso del servicio, y aquellos que promueven su uso. Tomar como referencia los siguientes temas: | ¿Qué cosas le disgustan de los establecimientos de salud que les impiden a las mujeres indígenas gestantes usar el servicio de atención prenatal, parto, emergencias obstétricas, cesárea o donación de sangre?, ¿qué cosas sí le gustan de los establecimientos de salud que hacen que las gestantes usen estos servicios? |
|   | a. Políticas de Estado elaboradas por los encargados de la toma de decisiones; normas emitidas por los ministerios que regulan la oferta del servicio   |   |
|   | b. Ambientación de los establecimientos de salud: temperatura, iluminación, ventilación, color de las paredes, decoración, acústica, etc. Rituales propios del espacio del establecimiento de salud frente a rituales del hogar                     |   |

**MATRIZ A.3.3**

| Nº | Tema / variables   | Definición / explicación |
|----|--|--------------------------|
| c. | Protocolos de atención a la mujer gestante, parturienta y puérpera: 1) revisiones durante el control prenatal: privacidad, vestimenta, posición ginecológica, examen de papanicolaou; 2) parto institucional: tacto vaginal, episiotomía, posición litotómica, lavado perineal. Sexo del personal de salud |                          |
| d. | Aislamiento de la gestante respecto de sus familiares durante el parto   |                          |
| e. | Trato del personal de salud hacia las mujeres indígenas: actitud y forma de relacionarse, idioma, tipo de lenguaje, información que se brinda (sobre su situación y procedimientos que les van a realizar) y cómo se brinda, tiempo de espera  |                          |
| f. | Percepción de la cesárea: temores, mitos   |                          |
| g. | Consumo de mates y alimentos durante y después del parto. Tipo de hierbas, tipo de alimentos, formas de preparación. Ritos después del parto (por ej.: entrega y entierro de la placenta)  |                          |
| h. | Tiempo de permanencia en el establecimiento de salud después del parto   |                          |
| i. | Importancia de la partera y/o del promotor de salud  |                          |

*(Continúa en la página siguiente)*

**MATRIZ A.3.3** (conclusión)

| Nº | Tema / variables   | Definición / explicación |
|----|--|--------------------------|
|    | j. Percepción/actitud del personal de salud respecto de las expresiones culturales, percepciones (explicaciones y valores) y comportamientos de la población indígena sobre los procesos de salud sexual y reproductiva. Adecuación cultural del establecimiento. Confianza hacia el personal de salud (razones) |                          |
|    | k. Medidas para lograr que las mujeres indígenas asistan al control prenatal y/o parto institucional   |                          |

Por último, la matriz A.3.4 está dirigida a la partera y/o al/a la promotor/a de salud y consta de tres temas:

- ▶ Tema 8: conocer los distintos cuidados y prácticas ejercidas por el sistema tradicional de salud indígena durante el embarazo y el parto.
- ▶ Tema 9: complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, los procedimientos para diagnosticarlas y los recursos terapéuticos utilizados (tratamiento).
- ▶ Tema 10: interculturalidad y salud intercultural.

Tomar en consideración que para registrar la información correspondiente a los puntos 1 y 2 del tema 9 se requiere utilizar las matrices que se presentan en el anexo a la herramienta 3.

**MATRIZ A.3.4****Partera/o y/o promotor/ra de salud**

Tema 8: La gestación y el parto en el sistema tradicional de salud indígena.

| Nº | Tema / variables             | Preguntas   |
|----|------------------------------|---|
| 1  | Cuidados durante el embarazo | ¿Cuáles son los cuidados que debe tener la gestante durante el embarazo para evitar problemas en la gestación y el parto?                         |
| 2  | Prácticas durante el parto   | ¿Qué rol cumplen el esposo y la familia durante el parto?, ¿cómo atiende usted a la gestante durante el trabajo de parto, el parto y el posparto? |

Tema 9: Complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, los procedimientos para diagnosticarlas y los recursos terapéuticos utilizados (tratamiento).

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1 | Principales problemas obstétricos durante el embarazo: procedimientos de diagnóstico y recursos terapéuticos para solucionarlos (usar matriz anexa A.3.5)                       | ¿Cuáles son los principales problemas que aparecen durante el embarazo?, ¿qué procedimientos de diagnóstico utiliza usted para detectar estos problemas?, ¿qué recursos terapéuticos aplica para solucionarlos?                    |
| 2 | Principales problemas obstétricos durante el parto y el puerperio inmediato: procedimientos de diagnóstico y recursos terapéuticos para solucionarlos (usar matriz anexa A.3.6) | ¿Cuáles son los principales problemas que aparecen durante el parto y puerperio inmediato?, ¿qué procedimientos de diagnóstico utiliza usted para detectar estos problemas?, ¿qué recursos terapéuticos aplica para solucionarlos? |

Tema 10: Interculturalidad y salud intercultural.

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | Prácticas tradicionales favorables             | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas tradicionales más favorables para la atención de la gestante durante el embarazo y parto? |
| 2 | Prácticas biomédicas favorables                | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas biomédicas más favorables para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?    |
| 3 | Prácticas tradicionales riesgosas              | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas tradicionales más riesgosos para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?  |
| 4 | Prácticas biomédicas no favorables y riesgosas | ¿Cuáles son los cuidados y prácticas biomédicas más riesgosos para la atención de la gestante durante el embarazo y parto?     |

**Conclusión:** la información obtenida a través de la aplicación de esta herramienta nos permite conocer: 1) qué elementos y conceptos de la cosmovisión indígena contribuyen a incrementar o disminuir el riesgo obstétrico; 2) si se ha producido o no una crisis de la cosmovisión indígena que haya generado prácticas de violencia en el ámbito familiar y comunal que contribuyan a incrementar el riesgo obstétrico; 3) qué elementos y conceptos de dicha cosmovisión determinan el ejercicio de prácticas de cuidado del embarazo y de atención del parto y puerperio inmediato que contribuyen a incrementar o disminuir el riesgo obstétrico, qué procedimientos se realizan para diagnosticar las complicaciones obstétricas y qué recursos terapéuticos se utilizan para solucionarlas; y 4) cuáles son los factores culturales y las razones relacionadas con la atención en los establecimientos de salud que inhiben a las mujeres indígenas del uso del servicio de salud obstétrica no tradicional, y cuáles son las alternativas para promover el encuentro intercultural entre el sistema tradicional de salud y el sistema desarrollado por el Estado.

### Anexo a la herramienta 3

## Matrices para recolección de información sobre las complicaciones obstétricas ocurridas durante el embarazo, parto y posparto inmediato (ítems 1 y 2 del tema 9)

**Complicaciones durante el embarazo:** se aplicará esta matriz por cada una de las complicaciones identificadas.

#### MATRIZ A.3.5

##### Complicación durante el embarazo

Identificación de la complicación

| Atributo   | Interpretación / procedimiento |
|--|--------------------------------|
| Reconocer las señales clave (cuáles son las señales asociadas, aparición, mejoría, desaparición) |                                |
| Causas   |                                |
| Oportunidad (en qué momento aparecen o desaparecen las señales)                                  |                                |
| Gravedad (qué nivel de gravedad se asocia)   |                                |

Procedimiento de diagnóstico

| Atributo                  | Interpretación / procedimiento |
|---------------------------|--------------------------------|
| Certeza del procedimiento |                                |

Recurso terapéutico utilizado (tratamiento)

| Atributo  | Interpretación / procedimiento |
|---|--------------------------------|
| Prevenir / recuperar  |                                |
| Eficacia del tratamiento (qué tan rápido hace efecto el tratamiento)  |                                |
| Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento) |                                |
| Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)         |                                |

**Complicaciones durante el parto o puerperio inmediato:** se aplicará la matriz siguiente por cada una de las complicaciones identificadas.

### MATRIZ A.3.6

#### Complicación durante el parto o puerperio inmediato

##### Identificación de la complicación

| Atributo   | Interpretación / procedimiento |
|--|--------------------------------|
| Reconocer las señales clave (cuáles son las señales asociadas, aparición, mejoría, desaparición) |                                |
| Causas   |                                |
| Oportunidad (en qué momento aparecen o desaparecen las señales)                                  |                                |
| Gravedad (qué nivel de gravedad se asocia)   |                                |

##### Procedimiento de diagnóstico

| Atributo                  | Interpretación / procedimiento |
|---------------------------|--------------------------------|
| Certeza del procedimiento |                                |

##### Recurso terapéutico utilizado (tratamiento)

| Atributo  | Interpretación / procedimiento |
|---|--------------------------------|
| Prevenir / recuperar  |                                |
| Eficacia del tratamiento (qué tan rápido hace efecto el tratamiento)  |                                |
| Oportunidad del tratamiento (qué tan rápido se inicia el tratamiento) |                                |
| Referencia (según la gravedad el tratamiento es más complejo)         |                                |

## Herramienta 4. Accesibilidad económica a la atención sanitaria

### Objetivo:

Conocer si los factores económicos constituyen una de las razones por las cuales las mujeres indígenas de los conglomerados de departamentos seleccionados acceden o no a los servicios de atención prenatal, parto atendido por personal calificado y atención del parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico).

Esta herramienta incluye una matriz que será aplicada a nivel del Estado central (funcionarios del ministerio de salud o del organismo responsable del seguro público, si este existiera), y otras que serán de aplicación local (mujeres indígenas y personal de los establecimientos de salud).

**Paso 1:** la matriz de aplicación a nivel central incluye una lista de temas, acompañados por preguntas orientadoras para facilitar la conversación con el informante.

A continuación se presenta la matriz A.3.7, la misma que será aplicada al funcionario del ministerio de salud o del organismo responsable del seguro público. Consta de dos temas:

- ▶ Tema 1: características del seguro público.
- ▶ Tema 2: gastos de bolsillo por prestaciones de atención materna.

**MATRIZ A.3.7****Funcionario del ministerio de salud o del organismo responsable del seguro público****Tema 1: Características del seguro público.**

| <b>Nº</b> | <b>Tema</b>                                 | <b>Preguntas orientadoras</b>  |
|-----------|---|--|
| 1         | Existencia de un seguro público             | ¿El país cuenta con seguro público o con algún tipo de subsidio en salud?  |
| 2         | Servicios que cubre el seguro público       | ¿Qué tipo de servicios cubre (contenido de los planes)?  |
| 3         | Cobertura del seguro público                | ¿Cuál es la cobertura de afiliación?   |
| 4         | Focalización del seguro público             | ¿El seguro está focalizado?, ¿quiénes son los beneficiarios de esta focalización (precisar si la población indígena está incluida entre los beneficiarios)?, ¿cuál es el mecanismo de focalización?  |
| 5         | Tarifas del seguro público                  | ¿Cuáles son las tarifas del parto normal y del parto complicado?, ¿tienen ajuste por ámbito geográfico (proporción)?   |
| 6         | Sistema de exoneraciones del seguro público | ¿El seguro tiene un sistema de exoneraciones?, ¿a quiénes beneficia (averiguar específicamente si beneficia a la población indígena)?, ¿cuáles son los criterios para exonerar?, ¿como se financian las exoneraciones?                                     |
| 7         | Sistema de reembolsos en el seguro público  | ¿Qué se reembolsa y qué no por un parto (medicamentos, insumos, exámenes)?, ¿cuáles son los mecanismos de reembolso?, ¿el seguro cumple con el reembolso después de cuánto tiempo?, ¿alcanza este reembolso para cubrir los gastos de atención realizados? |

**Tema 2: Gastos de bolsillo por prestaciones de atención materna.**

|   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| 8 | Gastos de bolsillo | Datos nacionales por prestaciones de atención materna: cesárea (análisis en medicamentos y exámenes auxiliares), parto normal y referencia. |
|---|--------------------|---|

**Paso 2:** para las matrices correspondientes al nivel local, se tomará como referencia el mapa construido por las herramientas 1 y 2 y se aplicarán tanto a la población de cada uno de los pueblos indígenas identificados por estrato de densidad poblacional como al personal de los establecimientos de salud de distinto nivel de capacidad resolutive (FONE/FONB) donde atienden (establecimientos de salud existentes) o deberían atender (establecimientos de salud potenciales) a dicha población.

Las matrices correspondientes al nivel local son dos —cada una de las cuales incluye una lista de temas, acompañados de algunas preguntas orientadoras— y serán aplicadas a dos tipos de informantes: 1) mujeres indígenas (gestantes, parturientas y sometidas a cesáreas); y 2) personal de salud de los hospitales, centros de salud y puestos de salud.

Para la aplicación de las matrices se hacen las siguientes recomendaciones:

- a) Las matrices deben ser aplicadas durante conversaciones informales con los informantes, es decir, no hay que plantear las preguntas orientadoras tal cual están formuladas (como si fuera una encuesta), sino promover una conversación informal sobre los temas para que el informante se sienta cómodo, se cree un clima de confianza y pueda hablar con soltura.
- b) Durante la conversación se tomará nota de la información relevante, de acuerdo con lo establecido en la lista de temas de cada una de las matrices.
- c) Se recomienda contar con el apoyo de un traductor si es que no se domina la lengua del pueblo indígena a entrevistar.

A continuación se presenta la matriz A.3.8, la misma que será aplicada a: 1) mujeres indígenas gestantes que han asistido al control prenatal en el puesto de salud; 2) mujeres indígenas parturientas que dieron a luz con parto normal en el centro de salud; y 3) mujeres indígenas con parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico) que dieron a luz en el hospital. Esta matriz consta de dos temas:

- Tema 1: afiliación al seguro.
- Tema 2: gastos de bolsillo durante la atención prenatal, del parto normal o del parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico).

**MATRIZ A.3.8****Mujeres indígenas gestantes, parturientas sometidas a cesárea**

## Tema 1: Afiliación al seguro.

| Nº | Tema   | Preguntas orientadoras  |
|----|--|---|
| 1  | Grado de afiliación de la mujer indígena (gestante, parturienta, sometida a cesárea) | ¿Está afiliada a algún seguro público? (Si la respuesta es NO, preguntar ¿por qué?)   |
| 2  | Requisitos para la afiliación: facilidades y dificultades (barreras)                 | ¿Qué requisitos le pidieron para poder afiliarse? (papeles, pagos, etc.), ¿pudo cumplir con todos los requisitos solicitados?, ¿con cuáles sí y con cuáles no pudo cumplir? |

## Tema 2: Gasto de bolsillo durante la atención prenatal, del parto normal o del parto complicado.

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| 3 | Gastos de bolsillo: rubros y razones | ¿Se ha visto obligada a realizar gastos de bolsillo?, ¿en qué rubros (consulta, medicamentos, exámenes auxiliares, referencia y contrarreferencia, compra de medicamentos fuera del establecimiento, etc.)?, ¿por qué? |
|---|--------------------------------------|--|

La matriz A.3.9, por último, será aplicada a: 1) personal de salud del puesto de salud; 2) personal de salud del centro de salud; y 3) personal de salud del hospital. Esta matriz consta de un solo tema:

- Tema 1: gastos de bolsillo durante la atención prenatal, del parto normal o del parto complicado.

**MATRIZ A.3.9****Personal de salud de hospitales, centros de salud y puestos de salud**

Tema 1: Gastos de bolsillo durante la atención prenatal, del parto normal o del parto complicado.

| Nº | Tema   | Preguntas orientadoras  |
|----|--|---|
| 1  | Establecer las tarifas del seguro público                          | ¿Cuáles son las tarifas por la atención prenatal (puesto de salud), del parto normal (centro de salud) o del parto complicado quirúrgico y no quirúrgico (hospital)?, ¿tienen ajuste por ámbito geográfico?   |
| 2  | Reembolsos del seguro público: rubros, mecanismos, plazos, etc.    | ¿Qué se le reembolsa y qué no por atención prenatal (puesto de salud), del parto normal (centro de salud) o del parto complicado quirúrgico y no quirúrgico (hospital): medicamentos, insumos, exámenes, etc.?, ¿cuáles son los mecanismo de reembolso?, ¿el seguro cumple con el reembolso después de cuánto tiempo?, ¿este reembolso les alcanza para cubrir los gastos de las atenciones que realizan? |
| 3  | Sistema de exoneraciones: beneficiarios, criterios, financiamiento | ¿El seguro tiene un sistema de exoneraciones?, ¿a quiénes beneficia (averiguar específicamente si beneficia a la población indígena)?, ¿cuáles son los criterios para exonerar?, ¿cómo se financian las exoneraciones?  |
| 4  | Gastos de bolsillo: rubros y razones                               | ¿Las usuarias realizan gastos de bolsillo para la atención prenatal (puesto de salud), del parto normal (centro de salud) o del parto complicado quirúrgico y no quirúrgico (hospital)?, ¿en qué rubros (consulta, medicamentos, exámenes auxiliares, referencia y contrarreferencia, etc.)?, ¿por qué?   |

**Conclusión:** la información obtenida permite responder a las siguientes preguntas: ¿beneficia o no el seguro público a las mujeres indígenas?, ¿existe, a pesar de él, un gasto oculto? De ser así, esto puede constituir una barrera para el acceso de la población indígena a los servicios de salud materna.

## Herramienta 5. Percepción de las mujeres indígenas sobre el servicio de salud materna

### Objetivo:

Conocer la percepción de las mujeres indígenas respecto del servicio de atención del parto, parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico) y cuidados del puerperio inmediato por personal calificado, en el domicilio, puesto de salud, centro de salud y hospital.

Para ello será necesario indagar sobre los siguientes temas:

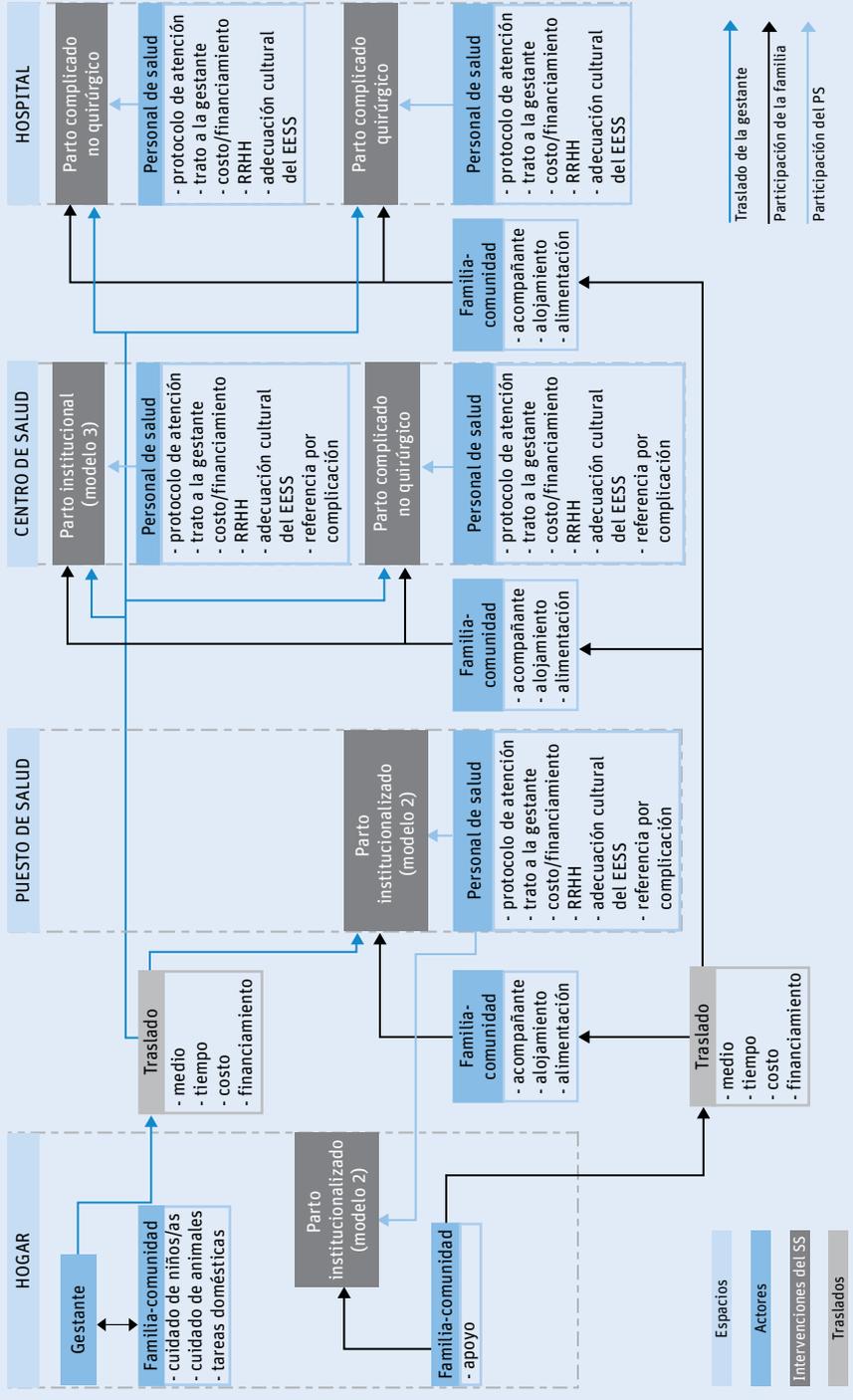
1. Calidad del servicio.
2. Calidez del servicio.
3. Respeto a las prácticas culturales en el servicio.
4. Financiamiento del servicio.

Esta herramienta será aplicada a mujeres de los pueblos indígenas (identificados en el mapa construido con la herramienta 1 por estrato de densidad poblacional) que recibieron atención del parto, parto complicado (quirúrgico y no quirúrgico) y cuidados del puerperio inmediato por personal calificado en:

- Su domicilio (parto institucionalizado: modelo 2).
- El puesto de salud (parto institucionalizado: modelo 2).
- El centro de salud (parto institucional: modelo 3).
- El centro de salud u hospital (parto complicado no quirúrgico: emergencia).
- El hospital (parto complicado quirúrgico: emergencia).

El esquema A.3.2 muestra el recorrido (traslado) que realiza la mujer indígena gestante y un familiar suyo a los establecimientos de salud de distinta capacidad resolutoria según el grado de complejidad de su parto, las variables que intervienen en cada paso y el servicio que recibe en cada uno de ellos. La información obtenida con esta herramienta nos permitirá reconstruir, para cada pueblo indígena consultado, la percepción de la mujer indígena sobre el servicio de salud a lo largo de su propio recorrido.

**Esquema A.3.2 Calidad de la atención del servicio de salud desde la perspectiva de las mujeres indígenas**



Esta herramienta está compuesta por un conjunto de matrices, cada una de las cuales está organizada de acuerdo con el tipo de parto y el espacio en el que ocurre el mismo: establecimiento de salud (según grado de complejidad) y domicilio. Cada matriz incluye un conjunto de preguntas orientadoras organizadas de acuerdo con las siguientes variables: calidad, calidez, respeto a las prácticas culturales y financiamiento del servicio.

Las preguntas que forman parte de cada una de las matrices tienen una secuencia lógico-temporal, ya que reconstruyen una serie de hechos; por lo tanto, es importante respetar este orden.

Para la aplicación de las matrices se hacen las siguientes recomendaciones:

- a) Las matrices deben ser aplicadas durante conversaciones informales con las informantes, es decir, no hay que plantear las preguntas orientadoras tal cual están formuladas (como si fuera una encuesta), sino promover una conversación informal sobre los temas para que la informante se sienta cómoda, se cree un clima de confianza y pueda hablar con soltura.
- b) Durante la conversación se tomará nota de la información relevante.
- c) Tomarse el tiempo necesario con cada informante y luego analizar la información recogida para preparar la siguiente entrevista.
- d) Se recomienda contar con el apoyo de un traductor si es que no se domina la lengua del pueblo indígena a entrevistar.

A continuación se presentan las siguientes matrices:

- Matriz A.3.10 (pp. 225–227): dirigida a la mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en su domicilio.
- Matriz A.3.11 (pp. 228–233): dirigida a la mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos en el puesto de salud.
- Matriz A.3.12 (pp. 234–239): dirigida a la mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos en un centro de salud.
- Matriz A.3.13 (pp. 240–246): dirigida a la mujer indígena cuyo parto complicado (no quirúrgico) y puerperio inmediato fueron atendidos en un centro de salud o en un hospital.
- Matriz A.3.14 (pp. 247–253): dirigida a la mujer indígena cuyo parto complicado (quirúrgico) y puerperio inmediato fueron atendidos en un hospital.

**MATRIZ A.3.10****Mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en salud en su domicilio**

Tema 1: Atención del parto institucionalizado y del puerperio inmediato de acuerdo con lo establecido en el modelo 2 de atención.

| <b>Nº</b> | <b>Calidad del servicio</b>  | <b>Calidez del servicio</b>  | <b>Respeto a las prácticas culturales en el servicio</b> | <b>Financiamiento del servicio</b> |
|-----------|--|--|--|------------------------------------|
| 1         | ¿El personal de salud conocía su fecha probable de parto?  |  |  |                                    |
| 2         | ¿Quién y cómo le avisó al personal de salud que había comenzado su trabajo de parto?                                 |  |  |                                    |
| 3         | ¿El personal de salud llegó pronto a su domicilio?, ¿se demoró?  |  |  |                                    |
| 4         | ¿En qué se trasladó el personal de salud hasta su domicilio?, ¿se pagó por el servicio de traslado?, ¿quién lo pagó? |  |  |                                    |
| 5         | ¿Le explicaron antes del parto qué le iban a hacer?  | ¿La bañaron antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre bañarse antes del parto? |  |                                    |

*(Continúa en la página siguiente)*

## MATRIZ A.3.10 (cont.)

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio   |
|----|--|--|--|---|
| 6  |  |  | ¿Le hicieron un enema antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿le explicaron que se lo iban a hacer?, ¿le explicaron para qué sirve el enema?, ¿qué opinión tiene sobre el enema antes del parto? |   |
| 7  | ¿Qué opinión tiene de la capacidad profesional del personal que la atendió?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? | ¿Cómo la ha tratado el personal de salud antes, durante y después del parto?, ¿bien o mal?, ¿con respeto o le han gritado? | ¿Cómo prefiere dar a luz, echada, parada o en cucullas?, ¿cómo dio a luz en su domicilio?  | ¿Tuvo que pagar por la atención del parto?, ¿cuánto?                |
| 8  |  |  | ¿Durante el parto estuvo presente la partera?, si no fue así, ¿por qué no estuvo presente?   | ¿Le dieron medicinas?, ¿tuvo que pagar por las medicinas?, ¿cuánto? |
| 9  |  |  | ¿El profesional que la atendió durante el parto era hombre o mujer?, ¿qué prefiere usted?  |   |
| 10 |  |  | ¿Durante el parto estuvo presente un familiar suyo?, ¿usted prefiere la presencia de un familiar o no?   |   |

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio |
|----|--|----------------------|---|-----------------------------|
| 11 |  |                      | ¿En su pueblo las mujeres indígenas consumen algunos mates especiales antes, durante o después del parto?, ¿el personal de salud le permitió consumir esos mates? |                             |
| 12 | ¿Después del parto le dieron orientación sobre los cuidados que debe practicar en su domicilio?  |                      | ¿En su pueblo, después del parto, le entregan la placenta a la familia?, ¿se la entregaron a usted o su familia?  |                             |
| 13 | ¿Le dieron cita para su primer control en el establecimiento de salud?   |                      |   |                             |
| 14 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva?, ¿le enseñaron la técnica adecuada del amamantamiento?        |                      | ¿El personal de salud se comunicó con usted en su lengua?   |                             |
| 15 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la planificación familiar?, ¿le enseñaron qué métodos puede usar y le recomendaron cuál usar? |                      | Si el personal de salud no sabía hablar en su lengua, ¿la ayudó alguien a traducir lo que le decían?  |                             |

**MATRIZ A.3.11****Mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en salud en el puesto de salud**

Tema 2: Atención del parto institucionalizado y del puerperio inmediato de acuerdo con lo establecido en el modelo 2 de atención.

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio  |
|----|--|----------------------|---|--|
| 1  | ¿El personal de salud conocía su fecha probable de parto?  |                      |   | ¿La amenazaron con aplicarle una multa si no asistía al puesto de salud para la atención del parto?, ¿quién la amenazó?, ¿quién ha establecido la multa, el personal de salud o la comunidad?, ¿a cuánto asciende la multa?, ¿conoce casos en los que se haya hecho efectiva la multa? |
| 2  | ¿Cómo se organizó en su hogar para el cuidado de los niños durante su permanencia en el puesto de salud?, ¿y para el cuidado de los animales?, ¿quién se quedó a cargo de las tareas domésticas?, ¿recibió algún apoyo de su familia?, ¿y de su comunidad? |                      |   |  |

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio  |
|----|--|---|---|--|
| 3  | ¿Qué medio de transporte utilizó para trasladarse hasta el puesto de salud?  | ¿Algún familiar la acompañó durante su traslado?                                |   | ¿Cuánto costó trasladarse de la casa al puesto de salud?, ¿usted pagó el traslado? |
| 4  | ¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse desde su casa hasta el puesto de salud?  |   |   |  |
| 5  | ¿Encontró al personal de salud en el puesto o hubo que ir a buscarlo?; si lo fueron a buscar, ¿llegó pronto al puesto o se demoró? |   |   |  |
| 6  | ¿Cuánto tiempo estuvo internada antes del parto, ¿y después del parto?   | Si ha estado internada bastante tiempo, ¿tenía cómo comunicarse con su familia? |   | ¿Tuvo que pagar por la atención durante su internación?                            |
| 7  |  |   |   | ¿Tuvo que pagar los exámenes auxiliares con su dinero durante la internación?      |
| 8  | ¿El puesto de salud tiene casa de espera?, ¿usted la utilizó?  |   |   | ¿Pagó por el uso de la casa de espera?   |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.11 (cont.)

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio   |
|----|--|---|--|---|
| 9  |  |   |  | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a su familiar?; si la respuesta es no, ¿dónde se alojó y alimentó su familiar?, ¿cómo financió este gasto? |
| 10 | ¿Le explicaron antes del parto qué le iban a hacer?  | ¿La bañaron antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre bañarse antes del parto?            |  |   |
| 11 |  | ¿Le hicieron un enema antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre el enema antes del parto? |  |   |
| 12 | ¿Qué opinión tiene de la capacidad profesional del personal que la atendió?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? | ¿Cómo la ha tratado el personal de salud antes, durante y después del parto?, ¿bien o mal?, ¿con respeto o le han gritado?    | ¿Cómo prefiere dar a luz, echada, parada o en cuclillas?, ¿cómo dio a luz en el puesto de salud? | ¿Tuvo que pagar por la atención del parto?, ¿cuánto?  |

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio                   | Financiamiento del servicio |
|----|--|---|---|-----------------------------|
| 13 | ¿Durante la atención del parto respetaron su privacidad o la atendieron delante de otras personas? | ¿Durante el parto estuvo presente la partera? si no fue así, ¿por qué no estuvo presente?   | ¿Le dieron medicinas?. ¿tuvo que pagar por las medicinas?, ¿cuánto? |                             |
| 14 |  | ¿El profesional que la atendió durante el parto era hombre o mujer?, ¿qué prefiere usted?   |   |                             |
| 15 |  | ¿Durante el parto estuvo presente un familiar suyo?, ¿usted prefiere la presencia de un familiar o no?  |   |                             |
| 16 |  | ¿En su pueblo las mujeres indígenas consumen algunos mates especiales antes, durante o después del parto?, ¿le permitieron consumir esos mates en el puesto de salud? |   |                             |
| 17 |  | ¿Qué opinión tiene de la comida que le dieron?, ¿se parece o no a la comida que las mujeres consumen en su comunidad antes, durante o después del parto?              |   |                             |

*(Continúa en la página siguiente)*

## MATRIZ A.3.11 (cont.)

| Nº | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio |
|----|---|--|---|-----------------------------|
| 18 | ¿Qué opinión tiene de la infraestructura y del equipamiento del puesto de salud?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué?                 |  | ¿En la sala de partos hacía frío, estaba tibio o hacía calor?   |                             |
| 19 |   |  | ¿La sala de partos tenía mucha luz, tenía una iluminación media o estaba oscura?, ¿cómo prefiere usted?                   |                             |
| 20 | ¿Después del parto le dieron orientación sobre los cuidados que debe practicar en su domicilio?                                       | ¿Después de dar a luz permaneció alojada al lado de su hijo/a? | ¿En su pueblo, después del parto, le entregan la placenta a la familia?, ¿se la entregaron a usted en el puesto de salud? |                             |
| 21 | ¿Le dieron cita para su primer control en el establecimiento de salud?  |  |   |                             |
| 22 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva?, ¿le enseñaron la técnica adecuada del amamantamiento? |  | ¿El personal de salud se comunicó con usted en su lengua?   |                             |

| Nº | Calidad del servicio  | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio                              |
|----|---|----------------------|---|--|
| 23 | <p>¿Le dieron orientación sobre la importancia de la planificación familiar?, ¿le enseñaron qué métodos puede usar y le recomendaron cuál usar?</p> |                      | <p>Si el personal de salud no sabía hablar en su lengua, ¿la ayudó alguien a traducir lo que le decían?</p> |  |
| 24 | <p>¿Cómo regresó a su casa?</p>   |                      |   | <p>¿Le pagaron el traslado de regreso a su casa?</p>     |
| 25 | <p>¿Cuánto tiempo le demoró regresar a su casa?</p>   |                      |   |  |
| 26 | <p>¿La acompañó algún familiar?</p>   |                      |   | <p>¿Le pagaron el traslado de regreso a su familiar?</p> |

**MATRIZ A.3.12****Mujer indígena cuyo parto y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en salud en el centro de salud**

Tema 3: Atención del parto institucional y del puerperio inmediato de acuerdo con lo establecido en el modelo 3 de atención.

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio   |
|----|--|----------------------|---|---|
| 1  | ¿El personal de salud conocía su fecha probable de parto?  |                      |   | ¿La amenazaron con aplicarle una multa si no asistía al centro de salud para la atención del parto?, ¿quién la amenazó?, ¿quién ha establecido la multa, el personal de salud o la comunidad?, ¿a cuánto asciende la multa?, ¿conoce de casos en que se haya hecho efectiva la multa? |
| 2  | ¿Cómo se organizó en su hogar para el cuidado de los niños durante su permanencia en el centro de salud?, ¿y para el cuidado de los animales?, ¿quién se quedó a cargo de las tareas domésticas?, ¿recibió algún apoyo de su familia?, ¿y de su comunidad? |                      |   |   |

| Nº | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio  |
|----|---|--|---|--|
| 3  | ¿Qué medio de transporte utilizó para trasladarse hasta el centro de salud?, ¿le ofrecieron o utilizó la ambulancia?                        | Si utilizó la ambulancia, ¿le explicaron que la iban a trasladar hasta el centro de salud? |   | ¿Cuánto costó trasladarse de la casa al centro de salud?, ¿usted pagó el traslado? |
| 4  | ¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse desde su casa hasta el centro de salud?   | ¿Algún familiar la acompañó durante su traslado?   |   |  |
| 5  | ¿Encontró al personal de salud en el centro de salud o hubo que ir a buscarlo?, si lo fueron a buscar, ¿llegó pronto al centro o se demoró? |  |   |  |
| 6  | ¿Cuánto tiempo estuvo internada antes del parto?, ¿y después del parto?   | Si ha estado internada bastante tiempo, ¿tenía cómo comunicarse con su familia?            |   | ¿Tuvo que pagar por la atención durante su internación?                            |
| 7  |   |  |   | ¿Tuvo que pagar los exámenes auxiliares con su dinero durante la internación?      |

*(Continúa en la página siguiente)*

## MATRIZ A.3.12 (cont.)

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio   |
|----|--|--|---|---|
| 8  | ¿El centro de salud tiene casa de espera?, ¿usted la utilizó?  |  |   | ¿Pagó por el uso de la casa de espera?  |
| 9  |  |  |   | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a su familiar?, si la respuesta es no, ¿dónde se alojó y alimentó su familiar?, ¿cómo financió este gasto? |
| 10 |  | ¿Antes del parto le explicaron qué le iban a hacer?  | ¿La bañaron antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre bañarse antes del parto?            |   |
| 11 |  |  | ¿Le hicieron un enema antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre el enema antes del parto? |   |
| 12 | ¿Qué opinión tiene de la capacidad profesional del personal que la atendió?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? | ¿Cómo la ha tratado el personal de salud antes, durante y después del parto?, ¿bien o mal?, ¿con respeto o le han gritado? | ¿Cómo prefiere dar a luz, echada, parada o en cucullas?, ¿cómo dio a luz en el centro de salud?                               | ¿Tuvo que pagar por la atención del parto?, ¿cuánto?  |

| Nº | Calidad del servicio | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio   |
|----|----------------------|--|---|---|
| 13 |                      | ¿Durante la atención del parto respetaron su privacidad o la atendieron delante de otras personas? | ¿Durante el parto estuvo presente la partera?; si no fue así, ¿por qué no estuvo presente?  | ¿Le dieron medicinas?, ¿tuvo que pagar por las medicinas?, ¿cuánto? |
| 14 |                      |  | ¿El profesional que la atendió durante el parto era hombre o mujer?, ¿qué prefiere usted?   |   |
| 15 |                      |  | ¿Durante el parto estuvo presente un familiar suyo?, ¿usted prefiere la presencia de un familiar o no?  |   |
| 16 |                      |  | ¿En su pueblo las mujeres indígenas consumen algunos mates especiales antes, durante o después del parto?, ¿le permitieron consumir esos mates en el centro de salud? |   |
| 17 |                      |  | ¿Qué opinión tiene de la comida que le dieron?, ¿se parece o no a la comida que las mujeres consumen en su comunidad antes, durante o después del parto?              |   |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.12 (cont.)

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio |
|----|---|--|--|-----------------------------|
| 18 | ¿Qué opinión tiene de la infraestructura y del equipamiento del centro de salud?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? |  | ¿En la sala de partos hacía frío, estaba tibio o hacía calor?  |                             |
| 19 |   |  | ¿La sala de partos tenía mucha luz, tenía una iluminación media o estaba oscura?, ¿cómo prefiere usted?                      |                             |
| 20 | ¿Le tuvieron que suministrar sangre después del parto?  | ¿Le informaron previamente que le iban a suministrar sangre?   | ¿Le preguntaron previamente qué opina de la transfusión de sangre?, ¿en su pueblo son aceptadas las transfusiones de sangre? |                             |
| 21 | ¿Después del parto le dieron orientación sobre los cuidados que debe practicar en su domicilio?                       | ¿Después de dar a luz permaneció alojada al lado de su hijo/a? | ¿En su pueblo, después del parto, le entregan la placenta a la familia?, ¿se la entregaron a usted en el centro de salud?    |                             |
| 22 | ¿Le dieron cita para su primer control en el establecimiento de salud?  |  |  |                             |

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio                       |
|----|--|----------------------|--|---|
| 23 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva?, ¿le enseñaron la técnica adecuada del amamantamiento?        |                      | ¿El personal de salud se comunicó con usted en su lengua?  |   |
| 24 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la planificación familiar?, ¿le enseñaron qué métodos puede usar y le recomendaron cuál usar? |                      | Si el personal de salud no sabía hablar en su lengua, ¿la ayudó alguien a traducir lo que le decían? |   |
| 25 | ¿Cómo regresó a su casa?   |                      |  | ¿Le pagaron el traslado de regreso a su casa?     |
| 26 | ¿Cuánto tiempo le demoró regresar a su casa?   |                      |  |   |
| 27 | ¿La acompañó algún familiar?   |                      |  | ¿Le pagaron el traslado de regreso a su familiar? |

**MATRIZ A.3.13****Mujer indígena cuyo parto complicado (no quirúrgico) y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en salud en el hospital o centro de salud**

Tema 4: Atención del parto complicado (no quirúrgico) y del puerperio inmediato de acuerdo con lo establecido en el modelo 3 o 4 de atención.

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio |
|----|---|--|---|-----------------------------|
| 1  | ¿El personal de salud sabía que su parto representaba algún riesgo?   | ¿El personal de salud le informó que su parto representaba un riesgo?  |   |                             |
| 2  | ¿Qué complicación se le presentó?   |  |   |                             |
| 3  | ¿En qué momento se presentó la complicación?, ¿durante la etapa de dilatación, durante la etapa de expulsión o durante el posparto inmediato? |  |   |                             |
| 4  | ¿Dónde se presentó la complicación?, ¿en su domicilio, en el centro de salud o en el hospital?  | ¿El personal de salud le informó que su parto se había complicado?, ¿le explicó en qué consistía la complicación?, ¿le explicó cuáles eran los riesgos si no se trasladaban a un hospital o centro de salud? |   |                             |

| Nº | Calidad del servicio  | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio   |
|----|---|---|---|---|
| 5  | ¿Qué medio de transporte utilizó para trasladarse hasta el centro de salud?, ¿y hasta el hospital?, ¿le ofrecieron o utilizó la ambulancia?                   | Si utilizó la ambulancia, ¿le explicaron que la iban a trasladar hasta el centro de salud/hospital? |   | ¿Cuánto costó trasladarse de la casa al centro de salud?, ¿y hasta el hospital?, ¿usted pagó el traslado? |
| 6  | ¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse desde su casa hasta el centro de salud?, ¿y hasta el hospital?  | ¿Algún familiar la acompañó durante su traslado?  |   |   |
| 7  | ¿Encontró al personal de salud en el centro de salud/hospital o hubo que ir a buscarlo?; si lo fueron a buscar, ¿llegó pronto al centro/hospital o se demoró? |   |   |   |
| 8  | ¿Cuánto tiempo estuvo internada después del parto?  | Si ha estado internada bastante tiempo, ¿tenía cómo comunicarse con su familia?                     |   | ¿Tuvo que pagar por la atención durante su internación?   |
| 9  |   |   |   | ¿Tuvo que pagar los exámenes auxiliares con su dinero durante su la internación?                          |

(Continúa en la página siguiente)

**MATRIZ A.3.13 (cont.)**

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio   |
|----|--|---|---|---|
| 10 | ¿El centro de salud/hospital tiene casa de espera?, ¿usted la utilizó? |   |   | ¿Pagó por el uso de la casa de espera?  |
| 11 |  |   |   | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a su familiar?; si la respuesta es no, ¿dónde se alojó y alimentó su familiar?, ¿cómo financió este gasto? |
| 12 |  | ¿Antes del parto le explicaron qué le iban a hacer?, ¿qué le dijeron? | ¿La bañaron antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre bañarse antes del parto?            |   |
| 13 |  |   | ¿Le hicieron un enema antes del parto?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre el enema antes del parto? |   |

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio   |
|----|--|--|--|---|
| 14 | ¿Qué opinión tiene de la capacidad profesional del personal que la atendió?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? | ¿Cómo la ha tratado el personal de salud antes, durante y después del parto?, ¿bien o mal?, ¿con respeto o le han gritado? | ¿Cómo prefiere dar a luz: echada, parada o en cucullas?, ¿cómo dio a luz en el centro de salud/hospital?   | ¿Tuvo que pagar por la atención del parto?, ¿cuánto?                |
| 15 |  | ¿Durante la atención del parto respetaron su privacidad o la atendieron delante de otras personas?                         | ¿Durante el parto estuvo presente la partera; si no fue así, ¿por qué no estuvo presente?  | ¿Le dieron medicinas?, ¿tuvo que pagar por las medicinas?, ¿cuánto? |
| 16 |  |  | ¿El profesional que la atendió durante el parto era hombre o mujer?, ¿qué prefiere usted?  |   |
| 17 |  |  | ¿Durante el parto estuvo presente un familiar suyo?, ¿usted prefiere la presencia de un familiar o no?   |   |
| 18 |  |  | ¿En su pueblo las mujeres indígenas consumen algunos mates especiales antes, durante o después del parto?, ¿le permitieron consumir esos mates en el centro de salud/hospital? |   |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.13 (cont.)

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio |
|----|--|--|--|-----------------------------|
| 19 |  |  | ¿Qué opinión tiene de la comida que le dieron?, ¿se parece o no a la comida que las mujeres consumen en su comunidad antes, durante o después del parto? |                             |
| 20 | ¿Qué opinión tiene de la infraestructura y del equipamiento del centro de salud/hospital?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? |  | ¿En la sala de partos hacía frío, estaba tibio o hacía calor?  |                             |
| 21 |  |  | ¿La sala de partos tenía mucha luz, tenía una iluminación media o estaba oscura?, ¿cómo prefere usted?   |                             |
| 22 | ¿Le tuvieron que suministrar sangre después del parto?   | ¿Le informaron previamente que le iban a suministrar sangre? | ¿Le preguntaron previamente qué opina de la transfusión de sangre?, ¿en su pueblo son aceptadas las transfusiones de sangre?                             |                             |

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio |
|----|--|--|--|-----------------------------|
| 23 | ¿Después del parto le dieron orientación sobre los cuidados que debe practicar en su domicilio?  | ¿Después de dar a luz permaneció alojada al lado de su hijo/a? | ¿En su pueblo, después del parto, le entregan la placenta a la familia?, ¿se la entregaron a usted en el centro de salud/hospital? |                             |
| 24 | ¿Le dieron cita para su primer control en el establecimiento de salud?   |  |  |                             |
| 25 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva?, ¿le enseñaron la técnica adecuada del amamantamiento?        |  | ¿El personal de salud se comunicó con usted en su lengua?  |                             |
| 26 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la planificación familiar?, ¿le enseñaron qué métodos puede usar y le recomendaron cuál usar? |  | Si el personal de salud no sabía hablar en su lengua, ¿la ayudó alguien a traducir lo que le decían?                               |                             |
| 27 | ¿Su hijo/a es prematuro/a?   | ¿Le brindaron información sobre el estado del niño/a?          | ¿En qué lengua le dieron la información?   |                             |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.13 (cont.)

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio   |
|----|---|--|---|---|
| 28 |   | ¿Le explicaron el tratamiento que le tenían que hacer al niño/a?, ¿le pidieron su aprobación?, ¿usted lo aprobó? |   | ¿Quién pagó el tratamiento del niño/a (medicamentos, exámenes, atención, etc.)?   |
| 29 | ¿Se quedó usted y/o un familiar para acompañar a su hijo/a prematuro/a?, ¿por cuántos días? |  |   | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a usted o su familiar?, si la respuesta es no: ¿dónde se alojó y alimentó?, ¿cómo financió este gasto? |
| 30 | ¿Cómo regresó a su casa?, ¿cuánto tiempo le demoró regresar a su casa?                      |  |   | ¿Le pagaron el traslado de regreso a su casa?   |
| 31 | ¿La acompañó algún familiar?  |  |   |   |

**MATRIZ A.3.14****Mujer indígena cuyo parto complicado (quirúrgico) y puerperio inmediato fueron atendidos por personal calificado en salud en el hospital**

Tema 5: Atención del parto complicado (quirúrgico) y del puerperio inmediato de acuerdo con lo establecido en el modelo 4 de atención.

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio |
|----|---|--|---|-----------------------------|
| 1  | El personal de salud que le hizo la atención prenatal, ¿sabía que su parto representaba algún riesgo?   | El personal de salud que le hizo la atención prenatal, ¿le informó que su parto representaba un riesgo?  |   |                             |
| 2  | ¿Qué complicación se le presentó?   |  |   |                             |
| 3  | ¿En qué momento se presentó la complicación?, ¿durante la etapa de dilatación, durante la etapa de expulsión o durante el posparto inmediato? |  |   |                             |
| 4  | ¿Dónde se presentó la complicación?, ¿en su domicilio, en el puesto de salud o en el centro de salud?   | ¿El personal de salud le informó que su parto se había complicado?, ¿le explicó en qué consistía la complicación?, ¿le explicó cuáles eran los riesgos si no se trasladaban a un hospital? |   |                             |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.14 (cont.)

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio  |
|----|---|---|---|--|
| 5  | ¿Qué medio de transporte utilizó para trasladarse hasta el centro de salud y desde el centro de salud hasta el hospital?, ¿le ofrecieron o utilizó la ambulancia? | Si utilizó la ambulancia, ¿le explicaron que la iban a trasladar hasta el hospital? |   | ¿Cuánto costó trasladarse de la casa al centro de salud y del centro de salud hasta el hospital?, ¿usted pagó el traslado? |
| 6  | ¿Cuánto tiempo se demoró en trasladarse desde su casa hasta el centro de salud o desde el centro de salud hasta el hospital?                                      | ¿Algún familiar la acompañó durante su traslado?                                    |   |  |
| 7  | ¿Encontró al personal de salud en el hospital o hubo que ir a buscarlo?, si lo fueron a buscar, ¿llegó pronto al hospital o se demoró?                            |   |   |  |
| 8  | ¿Cuánto tiempo estuvo internada después de la cesárea?  | Si ha estado internada bastante tiempo, ¿tenía cómo comunicarse con su familia?     |   | ¿Tuvo que pagar por la atención durante su internación?  |
| 9  |   |   |   | ¿Tuvo que pagar los exámenes auxiliares con su dinero durante la internación?  |

| Nº | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio   |
|----|--|---|---|---|
| 10 | ¿El hospital tiene casa de espera?, ¿usted la utilizó?                         |   |   | ¿Pagó por el uso de la casa de espera?  |
| 11 |  |   |   | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a su familiar?; si la respuesta es no, ¿dónde se alojó y alimentó su familiar?, ¿cómo financió este gasto? |
| 12 | ¿Le pidieron su autorización para practicarle la cesárea?, ¿usted la autorizó? | ¿Antes de la cesárea le explicaron qué le iban a hacer?, ¿qué le dijeron? | ¿La bañaron antes de la cesárea?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre bañarse antes de la cesárea?            |   |
| 13 |  |   | ¿Le hicieron un enema antes de la cesárea?, ¿con agua fría, tibia o caliente?, ¿qué opinión tiene sobre el enema antes de la cesárea? |   |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.14 (cont.)

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio   |
|----|--|--|---|---|
| 14 | ¿Qué opinión tiene de la capacidad profesional del personal que la atendió?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? | ¿Cómo la ha tratado el personal de salud antes, durante y después de la cesárea?, ¿bien o mal?, ¿con respeto o le han gritado? |   | ¿Tuvo que pagar por la cesárea?, ¿cuánto?                           |
| 15 |  | ¿Durante la cesárea respetaron su privacidad o la atendieron delante de otras personas?  |   | ¿Le dieron medicinas?, ¿tuvo que pagar por las medicinas?, ¿cuánto? |
| 16 |  |  | ¿El profesional que la atendió durante la cesárea era hombre o mujer?, ¿qué prefiere usted?   |   |
| 17 |  |  | ¿Durante la cesárea estuvo presente un familiar suyo?, ¿usted prefiere la presencia de un familiar o no?  |   |
| 18 |  |  | ¿En su pueblo las mujeres indígenas consumen algunos mates especiales antes, durante o después del parto?, ¿le permitieron consumir estos mates en el hospital? |   |

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio  | Respeto a las prácticas culturales en el servicio   | Financiamiento del servicio |
|----|--|---|---|-----------------------------|
| 19 |  |   | ¿Qué opinión tiene de la comida que le dieron después de la cesárea?, ¿se parece o no a la comida que las mujeres consumen en su comunidad? |                             |
| 20 | ¿Qué opinión tiene de la infraestructura y del equipamiento del hospital?, ¿le parece buena o mala?, ¿por qué? |   | ¿En la sala de operaciones hacía frío, estaba tibio o hacía calor?  |                             |
| 21 |  |   | ¿La sala de operaciones tenía mucha luz, tenía una iluminación media o estaba oscura?, ¿cómo prefere usted?                                 |                             |
| 22 | ¿Le tuvieron que suministrar sangre durante o después de la cesárea?   | ¿Le informaron previamente que le iban a suministrar sangre?    | ¿Le preguntaron previamente qué opina de la transfusión de sangre?, ¿en su pueblo son aceptadas las transfusiones de sangre?                |                             |
| 23 | ¿Después de la cesárea le dieron orientación sobre los cuidados que debe practicar en su domicilio?            | ¿Después de la cesárea permaneció alojada al lado de su hijo/a? | ¿En su pueblo, después del parto, le entregan la placenta a la familia?, ¿se la entregaron a usted en el hospital?                          |                             |

(Continúa en la página siguiente)

## MATRIZ A.3.14 (cont.)

| No | Calidad del servicio   | Calidez del servicio   | Respeto a las prácticas culturales en el servicio  | Financiamiento del servicio   |
|----|--|--|--|---|
| 24 | ¿Le dieron cita para su primer control en el establecimiento de salud?   |  |  |   |
| 25 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva?, ¿le enseñaron la técnica adecuada del amamantamiento?        |  | ¿El personal de salud se comunicó con usted en su lengua?  |   |
| 26 | ¿Le dieron orientación sobre la importancia de la planificación familiar?, ¿le enseñaron qué métodos puede usar y le recomendaron cuál usar? |  | Si el personal de salud no sabía hablar en su lengua, ¿la ayudó alguien a traducir lo que le decían? |   |
| 27 | ¿Su hijo/a es prematuro/a?   | ¿Le brindaron información sobre el estado del niño/a?  | ¿En qué lengua le dieron la información?   |   |
| 28 |  | ¿Le explicaron el tratamiento que le tenían que hacer al niño/a?, ¿le pidieron su aprobación?, ¿usted lo aprobó? |  | ¿Quién pagó el tratamiento del niño/a (medicamentos, exámenes, atención, etc.)? |

| No | Calidad del servicio  | Calidez del servicio | Respeto a las prácticas culturales en el servicio | Financiamiento del servicio   |
|----|---|----------------------|---|---|
| 29 | ¿Se quedó usted y/o un familiar para acompañar a su hijo/a prematuro/a?, ¿por cuántos días? |                      |   | ¿El personal de salud se preocupó por darle alojamiento y alimentación a usted o su familiar?; si la respuesta es no, ¿dónde se alojó y alimentó?, ¿cómo financió este gasto? |
| 30 | ¿Cómo regresó a su casa?, ¿cuánto tiempo le demoró regresar a su casa?                      |                      |   | ¿Le pagaron el traslado de regreso a su casa?   |
| 31 | ¿La acompañó algún familiar?  |                      |   | ¿Le pagaron el traslado de regreso a su familiar?   |

**Conclusión:** la información obtenida a través de la aplicación de esta herramienta nos permitirá conocer, como ya se ha mencionado, la percepción de la mujer indígena respecto del servicio prestado por el personal calificado en salud durante la atención de su parto, sea este normal o complicado (quirúrgico o no quirúrgico) y del puerperio inmediato. Esta información será de mucha utilidad para mejorar la calidad, la calidez y los mecanismos de financiamiento del servicio, así como para desarrollar acciones que contribuyan a la adecuación intercultural del mismo.





[www.iadb.org](http://www.iadb.org)

