

**EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN
LAS NORMAS DE SALUD MATERNA
DE PERÚ**

1994-2009

Informe provisional

Lima, mayo de 2010

PRESENTACIÓN:

El documento que tiene en sus manos fue encargado por Family Care International (FCI), en el marco del proyecto *Construcción de base de conocimientos y análisis de modelos de adecuación cultural de los servicios nacionales y regional andino con enfoque en necesidades y prioridades de las mujeres indígenas* que FCI implementa en coordinación y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la asistencia financiera de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID).

El objetivo del mapeo es analizar y sistematizar cómo las normas de salud materna en Perú articulan el enfoque intercultural a nivel de los servicios. El mapeo se enmarca en un proyecto regional orientado a fortalecer las organizaciones de mujeres indígenas y los sistemas de salud, para promover la salud materna desde un enfoque de salud intercultural y de derechos en países con población indígena.

El proyecto espera contribuir a avanzar en el desarrollo e incorporación de modelos de atención en la salud materna culturalmente adecuados y pertinentes en las políticas públicas de salud; y a abrir y dinamizar espacios regionales, nacionales y locales de diálogo sobre salud intercultural y derechos entre autoridades de salud, de salud intercultural y de organizaciones de la sociedad civil.

Este proyecto se enmarcan en el eje estratégico 3 del Marco del Fondo de Cooperación España y UNFPA: *Salud materna con enfoque intercultural y de derechos*, y quiere contribuir a la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, impulsado por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), y en particular de su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud.

Los puntos de vista expresados en esta publicación son de responsabilidad del autor/ institución y no necesariamente reflejan los del Fondo de Población de las Naciones Unidas y los de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Éste es un borrador (NO final) que está siendo revisado por distintas contrapartes. Rogamos no circular el documento. Para mayor información o comentarios, escribir a: FCI en lac@fcimail.org

Con el apoyo de:



Índice

- 0. Introducción
- 1. La población indígena del Perú
- 2. Breve panorama de la situación de salud y la salud materna en el Perú
- 3. Introducción al mapeo
- 4. Marco normativo y su orientación para la reducción de brechas culturales y exclusión social
- 5. Mapeo de normas relativas al acceso a servicios de salud reproductiva desde la perspectiva intercultural
 - 5.a. Introducción y lista de normas
 - 5.b. Análisis de la normativa
- 6. Conclusiones

BORRADOR

0. Introducción

La muerte materna es la expresión más flagrante de las condiciones de desigualdad que afectan principalmente a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Las mujeres que mueren por causas relacionadas al embarazo o el parto, son por lo general las mujeres de más bajos ingresos, con menor escolaridad y que afrontan mayores dificultades de distinta índole en el acceso a los servicios de salud reproductiva. Son también chicas adolescentes y jóvenes, y mujeres que sufren violencia sexual. La mortalidad materna constituye un problema de salud pública, pero también un reto de justicia social y de derechos humanos. Buena prueba de ello son los informes defensoriales sobre el derecho a una maternidad segura, elaborados por la Defensoría del Pueblo en 2008 y 2010, con los que se monitorea el funcionamiento de los servicios de planificación familiar, así como de ginecología y obstetricia en el sistema público de salud.

La mortalidad materna, incluyendo la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad perinatal, constituye un indicador sensible que permite evaluar el desempeño de los sistemas de salud, en la medida que da cuenta de los límites que éstos enfrentan para alcanzar estándares básicos de calidad. La ruta de una mujer que muere incluye entre otros aspectos: la dificultad de diagnosticar oportunamente las complicaciones, la falta de acceso a servicios para atender a tiempo las complicaciones obstétricas inminentes, y la limitada capacidad resolutoria que los distintos niveles de gravedad de las complicaciones requieren.

En el Perú, según datos oficiales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2000 (ENDES), la mortalidad materna en el periodo 1994-2000, se mantuvo en un relativo descenso y alrededor de las 185 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos¹. Se espera registrar una disminución significativa en una nueva medición, como resultados de las distintas intervenciones de reducción de mortalidad materna implementadas en la última década, entre las cuales, la puesta en marcha del Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, también hay un consenso bastante compartido de que existen núcleos de población entre los que difícilmente se habrán producido cambios importantes en las tasas de mortalidad materna, y entre los que incluso se teme que se pueda registrar un incremento, debido principalmente a una mayor demanda insatisfecha de planificación familiar, y el consecuente mayor riesgo de embarazo, debido a la disminución en el uso de anticonceptivos modernos (50% en el año 2000, y 48% en el 2007-2008, ENDES, INEI). Estos núcleos de población están compuestos principalmente por mujeres indígenas (andinas y nativas) y adolescentes.

1. La población indígena del Perú

En 2009 el Perú tenía más de 29 millones de habitantes. Según datos del Banco Mundial, el 48% de la población peruana es indígena, definiendo como población indígena a los integrantes de las familias cuyo jefe de hogar (padre o madre) utiliza una lengua indígena (quechua, aymara o una lengua de la zona del Amazonas) de manera más frecuente que el castellano o cuando algunos de estos integrantes tienen padres o abuelos que han tenido como lengua materna una lengua indígena. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) hace la siguiente distribución de población por condición étnico-lingüística:

¹ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015. MSP, 2009

- **Región amazónica:** según censos de 2007 se estima que en esta región peruana conviven 60 etnias, conformando una población indígena de más de 330.000 habitantes. Según el CENSI estas poblaciones tienen una salud más debilitada, debido a *determinantes socio culturales y a la organización de los servicios de salud*.² La esperanza de vida de las mujeres de zonas rurales es 6,6 años menor a la de las mujeres de zonas urbanas. Según la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) la cobertura de parto institucional a nivel nacional es de 72 %, mientras que en la región amazónica es sólo del 46,7%. Si bien se detecta una progresiva mejora en la cobertura del parto institucional, siguen habiendo grandes brechas en la región amazónicas.
- **Región andina:** concentra a la población quechua-hablante con un total de más de 3,3 millones de personas que habitan mayormente en las regiones de Cusco, Lima, Puno y Ayacucho entre otras.
- **Región del altiplano:** es donde se ubica la población indígena de habla aymara, lengua usada por más de medio millón de personas (sobre todo en Puno, Tacna, Lima y Arequipa). Hay población aymara-hablante también dispersa en todos los departamentos del país, excepto en los departamentos amazónicos donde es más marginal.

Según el propio CENSI la información sobre los pueblos indígenas en Perú presenta serias limitaciones, siendo la principal el subregistro en la información censal. Al no haberse incluido hasta la fecha variables étnicas, se dispone de escasa información sobre la condición de salud, el acceso a la educación o a la vivienda, entre otros, de los pueblos indígenas del Perú³.

Cabe destacar la diversidad a la que nos referimos al hablar de pueblos indígenas en el Perú. Tal y como indica la Defensoría del Pueblo, *no resulta acertado intentar homogenizar a los pueblos indígenas, dado que habitan en medios ecológicos diversos y han desarrollado formas organizativas y culturales particulares; asimismo, son diferentes sus formas de vinculación al mercado de bienes y de trabajo, por lo que experimentan de manera distinta los procesos de aculturización*.⁴

La conceptualización de la salud y la enfermedad y la vida y la muerte entre los pueblos indígenas difieren de la concepción que de ello hacen las sociedades no indígenas. La salud para los pueblos indígenas se vincula fuertemente a la noción de territorio, y se aborda desde una cosmovisión más holística e integral de las distintas dimensiones del ser humano⁵.

2. Breve panorama de la situación de salud y la salud materna en el Perú

En términos de inversión social, Perú es uno de los países que menor presupuesto asigna a salud: mientras que el promedio latinoamericano de gasto en salud es del 3,5% del

² Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012 - Documento de trabajo. CENSI – INS / MSP, 2009.

³ PLAN GENERAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL. SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. 2009 – 2012. Documento de Trabajo. Pág. 25

⁴ *La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado. Informe Defensorial N° 134.* Defensoría del Pueblo. Lima, Perú, mayo 2008. Pág. 67

⁵ Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012 - Documento de trabajo. CENSI – INS / MSP, 2009. Pág. 24

producto interior bruto (PIB), en el Perú el gasto en salud sólo alcanza el 1,6% del PIB. Es importante tomar en cuenta este punto de partida para entender los retos que afrontan los servicios de salud para responder a las necesidades del conjunto de la población peruana.

Un segundo aspecto a tomar en cuenta es la heterogeneidad de la población y la desigual distribución de los servicios. De las 196 provincias (distribuidas en las 25 regiones que constituye el territorio nacional) siete concentran al menos el 50% de la población y las 189 restantes la otra mitad. En las siete provincias de mayor concentración poblacional, hay una amplia red de servicios básicos y cuentan con establecimientos de salud geográficamente accesibles. Al menos el 60% de la población hace uso de los servicios de salud cuando son afectados por alguna enfermedad, y existe una oferta significativa de servicios privados de salud, operando de manera muy fluida la economía de mercado. Sin embargo, el otro 50% de la población se halla dispersa, el 70% no disponen de servicios de salud y sólo en la tercera parte de los ámbitos geográficos disponen de una red de establecimientos que incluyen todos los niveles de atención. Este segundo grupo depende principalmente de los servicios de salud que el Estado les puede proveer (Murgia C, Bedoya C, Castillo C, 2007)⁶.

En el Perú, la condición indígena está asociada a la pobreza: la probabilidad de vivir en condiciones de pobreza se incrementa del 13% al 30% en las personas indígenas, lo cual da cuenta del grado de exclusión social. En el año 2000 un 63% de hogares indígenas vivían en situación de pobreza, frente a una 43% de los hogares no indígenas en la misma situación. El 52% de hogares en extrema pobreza, son indígenas. En relación al nivel educativo, los avances son menores en los hogares indígenas, pues mientras que los años de escolaridad en adultos en general es de 8,7 años, en los hogares indígenas el promedio es de 6,4 años, y en el caso de las mujeres indígenas apenas llega a 4 años de escolarización (menos de la mitad que sus contrapartes no indígenas).

El acceso a los servicios de salud para esta población es muy limitado y hay servicios disponibles, éstos se hallan prácticamente aislados, afectando seriamente su capacidad resolutoria. Datos levantados por la Defensoría del Pueblo⁷, señalan por ejemplo que el 76% de establecimientos de salud visitados no cuenta con medios de transporte para visitar a las comunidades de su jurisdicción, ni para derivar a las personas que requieren atención más compleja o por emergencias. Los costos de traslados tienen que cubrirlos muchas veces las propias familias, para las cuales a menudo resulta inalcanzable. El informe *La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado* de la Defensoría también identifica como un problema añadido, la alta rotación de los profesionales de salud y la mínima capacitación que recibe el personal de salud para lograr un acercamiento adecuado a poblaciones nativas e indígenas. Para abordar el problema de la falta de accesibilidad a servicios de salud, el Ministerio de Salud (MINSA), desde hace varios años implementa los “equipos itinerantes”, encargados de proveer atención sanitaria básica y de carácter preventivo a través de visitas a la comunidad. Del informe Defensorial se deduce que la implementación de estrategia es insuficiente, ya que no se logra llegar a todas las comunidades de forma satisfactoria, y el 72% de los jefes de comunidades nativas informaron que los equipos itinerantes nunca llegaron o lo hicieron muy rara vez.

El Perú ha asumido progresivamente los retos particulares que la situación sanitaria de la población indígena plantea al Estado, respondiendo así a los compromisos asumidos en el

⁶ Presentación realizada en el marco del III Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud En América Latina. Nicaragua, 2007).

⁷ Defensoría del Pueblo. Pág. 199

marco de el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En este sentido mediante la Resolución Ministerial 771-2004 el Ministerio de Salud (MINSA) estableció en 2004 la Estrategia Sanitaria Salud de los Pueblos Indígenas, con el objetivo de disminuir las brechas en salud que afrontan los pueblos indígenas, en un contexto de combatir la inequidad social, pobreza y exclusión, determinantes importantes de la salud. La Estrategia Sanitaria, cuyas intervenciones se ha centrado inicialmente en el personal sanitario, busca implementar servicios de salud con pertinencia intercultural, que permitan un mayor acceso de los miembros de pueblos originarios al sistema prestacional (contribuyendo así a disminuir las brechas sanitarias existentes) y también un avance cualitativo en la interacción de proveedores de servicios y los usuarios de diversas culturas, y de sus sistemas de salud. *Así, la interculturalidad, base en la que debe sustentar la armoniosa articulación de los sistemas de salud –tradicional y oficial- constituye un elemento fundamental de las intervenciones de salud, en un mundo en el que el proceso de globalización y de modernización ha contribuido a visibilizar las diferencias y complejizar las interacciones.*⁸

Salud materna

El MINSA ha incorporado los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la salud de las personas, y brinda especial énfasis en los grupos que requieren especial protección, como es el caso de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio⁹. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) del MINSA es el órgano técnico a cargo de impulsar la rectoría del sector salud en los asuntos relacionados con el derecho a la maternidad segura.

De las 25 regiones que conforman el país, diez presentan índices de muerte materna superiores al promedio nacional, siendo las más afectadas las zonas de alta ruralidad y exclusión social como Puno, Ayacucho, Huánuco, Cajamarca, Cuzco, Amazonas y Apurímac, donde se concentran al menos el 60% de las muertes (UNFPA). Lima presenta un número importante de muertes por ser centro de referencia nacional y concentrar el mayor porcentaje de población.

En cifras absolutas, del año 1997 al 2008 se aprecia un descenso en el número de muertes maternas, de 769 a 509 aunque la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud estima un sub-registro del 50%¹⁰. Cabe destacar el reto añadido que plantea la falta de cifras oficiales actualizadas a nivel nacional, que impide conocer con exactitud la dimensión y progresión de este problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud habla de una tasa de mortalidad materna en Perú de 240 mujeres muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2005¹¹, aunque explícita la falta de fuentes de datos sólidas, y que los datos que maneja provienen de notificaciones de los países y estimaciones interinstitucionales correspondientes a 2005.

Según estimaciones realizadas en la ENDES 2005 – 2007, a nivel nacional el 72,6% de partos fueron institucionales, correspondiendo a la zona urbana 92,3% y a la rural 48,3%. La

⁸ Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012 - Documento de trabajo. CENSI – INS / MSP, 2009. Pág.3

⁹ *Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA. Defensoría del Pueblo.* Nov 2008. Pag 155

¹⁰ MINSA- OGE 2009

¹¹ ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010. OMS

incorporación del enfoque intercultural, la implementación de las “casas de espera” (ya más de 408 en todo el país) y la protocolización del parto en posición vertical, son algunas de las medidas tomadas para aumentar la cobertura del parto institucionalizado en las zonas rurales y dispersas. El 58% de las muertes maternas ocurren en establecimientos de salud y 42% en domicilio, lo cual da cuenta de la necesidad de seguir trabajando y fortaleciendo la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

Según reporta el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2010, las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) reportaron en 2007 las siguientes causas principales de muerte: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo (19%), aborto (6%) e infecciones (6%); la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto (retención de placenta) y post parto (atonía uterina).

El porcentaje de partos asistidos por personal calificado es uno de los indicadores para monitorear avances hacia la reducción de la mortalidad materna, tal y como se establece en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5, *Mejorar la salud materna*). En el Perú en las zonas rurales se observa un incremento significativo del parto institucional en relación al año 2000 (22%), pero sólo el 44% de mujeres han recibido asistencia de personal calificado durante el parto. Del 56% que no tuvo acceso a los establecimientos, el 71% señala que el principal impedimento para acceder a los servicios fueron barreras económicas y culturales.

Un estudio sobre la interrelación entre factores individuales y comunitarios relativos a la predisposición a recibir atención prenatal, parto institucional y posparto¹² (Sandoval 2005), realizado en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (DHS-2000) y a la Encuesta Nacional de Infraestructura Socioeconómica Distrital (ENISED-1999), señaló lo siguiente:

- Hay una alta relación entre los hogares que predominantemente hablan el idioma quechua y el lugar de nacimiento. Según este análisis, en estos hogares sólo 1 de cada 10 nacimientos ocurre en un servicio de salud, mientras que en los hogares donde se habla predominantemente castellano, 7 de cada 10 nacimientos ocurren en instituciones de salud.
- El lugar de residencia también es un factor asociado al acceso a la atención prenatal. Según estos análisis, residir en la sierra y hablar quechua disminuye en 68% la probabilidad de tener atención prenatal, mientras que residir en la sierra y escuchar radio aumenta esta probabilidad.
- Las relaciones equitativas entre hombres y mujeres también aparece como un factor influyente, pues la probabilidad de recibir atención prenatal, parto institucional y atención posparto, disminuye alrededor del 30%, cuando es el marido quien decide sobre el cuidado de la salud de la mujer, comparado con las mujeres que deciden por sí mismas sobre sus cuidados de salud. Si la mujer reside en la selva, la probabilidad disminuye aún más, en 47%.

Como parte de la elaboración del Plan para los pueblos indígenas en el marco del Proyecto ParSalud II (BM y BID), se llevaron a cabo cuatro talleres de diagnóstico participativo involucrando a población indígena. Los temas de análisis fueron: a) el parto, b) el parto con complicaciones y c) la lactancia materna exclusiva. Los y las participantes identificaron ciertos avances, como las ventajas de tener un parto institucional. Sin embargo, señalaron también que existen barreras que dificultan el uso de los servicios institucionales, los cuales estaría

¹² <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50273> Atención Prenatal, Parto Institucional y Atención Posparto en el Perú: Efectos Individuales y de la Comunidad.

relacionado a tres grandes problemas: la falta de calidez, la falta de capacitación e información, y la accesibilidad de los servicios.

La falta de calidez fue entendida como la poca voluntad del personal sanitario de atender a las mujeres, percibida por ellas mismas por actitudes discriminatorias y excluyentes. Las mujeres señalan que éstas son una de las principales razones por las que no acuden a los servicios a dar a luz: el temor a que las regañen; la vergüenza por no poder expresarse claramente en un idioma que no dominan; y la falta de adecuación de los servicios a sus costumbres (que no les devuelvan la placenta, no guarden los cuidados en la alimentación, etc.). Estos factores generan grandes resistencias para que las mujeres acudan a los servicios, por lo menos de manera oportuna.

Respecto a la falta de capacitación, las mujeres señalaron la escasa información que les brinda el personal de salud, tanto en términos de ventajas que les puede proveer el parto institucional, como de los beneficios y derechos de los que son beneficiarias, mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). Todo ello genera desconfianza en las usuarias. Este tema aparece también en el *Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura* de la Defensoría del Pueblo¹³ en el que señala que el 70,7% de las usuarias entrevistadas dijo no conocer sus derechos en el marco de la atención de su salud materna, y que es necesario que el personal de salud informe a las usuarias de sus derechos, como la gratuidad y la adecuación intercultural de los servicios de salud materna, el derecho a que la pareja y/o familiar participe de los controles prenatales y el parto, etc.

Finalmente, en cuanto al acceso, se identificó como problema la lejanía de los servicios, la ausencia de hogares maternos y el escaso nivel de organización de la comunidad para trasladarlas a las mujeres cuando lo necesitan.

3. Introducción al mapeo

El **objetivo general** de este mapeo es identificar y sistematizar las normativas, protocolos, directrices y otras formas de lineamientos emitidos desde la autoridad nacional de salud de Perú, originados en la medicina académica y en la medicina tradicional, que describan o indiquen cómo articular, abordar y manejar en los servicios de planificación familiar y de salud materna los factores culturales relevantes en los procesos de prevención del embarazo, embarazo, parto y postparto, y cómo mejorar la pertinencia cultural de los servicios.

Los **objetivos específicos** son:

- Recopilar las principales normas y directrices desarrolladas en materia pertinencia cultural de los servicios de salud materna en Perú.
- Identificar en qué áreas de los procesos embarazo / parto / postparto se han establecido normas para la atención culturalmente sensible y pertinente, y en qué áreas hay vacíos normativos.
- Identificar en qué momentos del ciclo de vida y del continuo de atención se han establecido e implementado normas y procedimientos.
- Identificar si existen programas de transferencia condicionada vinculados a servicios de anticoncepción o de salud materna, que incorporan elementos relativos a la pertinencia cultural de los servicios cuyo uso pretenden estimular.
- Identificar lecciones aprendidas en el proceso de normatización de los aspectos culturales de los servicios de salud materna.
- Contribuir a divulgar lecciones aprendidas sobre el desarrollo y aplicación de normas en materia de pertinencia cultural.

¹³ *Informe de Adjuntía N° 001-2010/DP-ADM. Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura.* Defensoría del Pueblo, Lima, Perú, enero de 2010

- Contribuir a la construcción de una base de conocimientos y de análisis de modelos de mejora de la pertinencia cultural de los servicios de salud materna en la región andina.

Metodología:

Para realizar este mapeo se ha llevado a cabo un proceso de revisión documental, selección y análisis de la normatividad desarrollada en Perú en los últimos 15 años, en relación a la salud sexual y reproductiva y la salud materna. En base a esta selección, se ha procedido a analizar los aspectos de las normas relativos a aspectos socioculturales, prestando especial atención a los cuatro aspectos siguientes:

ACEPTABILIDAD:

- ¿Cómo estas normas están atendiendo problemas prioritarios que son identificados por las propias afectadas?, ¿cómo las normas están recogiendo los distintos diagnósticos socio-culturales que se han realizado con las comunidades?
- ¿Qué recomendaciones básicas recoge a partir de los diagnósticos en la aplicación de la misma; es decir ¿cómo acerca al operador de servicios en la atención de dichas necesidades?.

EFICACIA:

- ¿Cómo se armonizan las prácticas culturales con la incorporación de avances científicos?
- ¿Cómo se recogen las propias nociones de eficacia de la población indígena, particularmente las mujeres, y cuyas referencias se pueden encontrar en algunos diagnósticos?
- ¿Cómo estas intervenciones atienden dentro de la eficacia, la seguridad de las usuarias y no las exponen a riesgos innecesarios?

PARTICIPACIÓN:

- ¿Cómo motivan estas normas a que las mujeres indígenas vivan sus decisiones reproductivas en una esfera de libertad?
- ¿Qué indicadores o mecanismos de seguimiento se puede desarrollar desde la sociedad civil?

APLICABILIDAD DE LA NORMA:

- ¿Qué recursos económicos y financieros está asignando el estado para cumplir con esta norma?
- ¿Qué acciones ha realizado para asegurar la vigencia de la norma? (entrenamiento del personal, adecuación de las instalaciones, etc.)

4. Marco normativo y su orientación para la reducción de brechas culturales y exclusión social

En los últimos 30 años, en el Perú, al igual que en el resto de Latinoamérica, se viven diversos procesos que tienen que ver, por un lado, con la vigencia de economías sociales de mercado, pero también con la evidencia de una inequitativa distribución de los recursos, que se visibiliza en la condición de pobreza y extrema pobreza de grupos importantes de la población. A su vez, hay una mayor presencia de la agenda de los derechos humanos, en particular de los derechos económicos, sociales y culturales, que han sido puestos en relieve por las

organizaciones de la sociedad civil, actores claves en la demanda de derechos que han impulsado avances en materia de políticas públicas y de marcos normativos que regulan la acción del Estado.

Los procesos de descentralización, buenos en sí mismos, plantean un reto añadido para el ejercicio de los derechos humanos: los procesos de descentralización no han sido siempre debidamente planificados, los cambios políticos han generado intermitencias en el proceso de traspase de competencias, y todo ello ha difuminado las rutas y mecanismos para la rendición de cuentas a la ciudadanía, lo cual dificulta el ejercicio real de los derechos de todas las personas. La falta de recursos suficientes articulados a una política global de desarrollo no ha permitido un avance sostenido del ejercicio de derechos humanos.

Sin embargo, y a pesar de todas las limitaciones señaladas, es importante reconocer que en términos generales, desde el plano normativo el Perú ha realizado importantes avances en el campo de la salud sexual y reproductiva en dos sentidos:

- a) promulgación de instrumentos normativos dirigidos a la población en general con lineamientos generales de políticas públicas en salud sexual y reproductiva (por ejemplo, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer, y las Normas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva) a través de los cuales se delinean pautas para el Estado cumpla con su obligación de implementación medidas que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- b) promulgación de normativa focalizada en grupos de población en condición de vulnerabilidad de modo de definir un sistema en el que los servicios de salud sexual y reproductiva logren atender a toda la población, tomando en cuenta las inequidades existentes, asegurando la vigencia real de los derechos para todas/os; este extremo se identifica con las medidas de acción afirmativa y con la vigencia del enfoque de interculturalidad.

En particular, en el campo de la población indígena, podemos formularnos una serie de preguntas para analizar su acceso real a servicios de salud sexual y reproductiva, necesarios para lograr la reducción de la muerte materna: ¿cómo, desde la normatividad, se está avanzando para superar las brechas socio-culturales al acceso a servicios eficientes y de calidad?; ¿qué necesidades se han identificado entre poblaciones indígenas y cómo se han priorizado o tomado en cuenta?; ¿cómo se está incorporando el enfoque de interculturalidad de modo que las normas incluyan los elementos de identidad, cosmovisión y propio entendimiento de los proyectos de vida?.

Breve revisión de la legislación relativa al reconocimiento de la identidad cultural, y al derecho una maternidad segura:

El reconocimiento de la identidad cultural: El marco jurídico peruano reconoce la diversidad cultural en el país. La propia **Constitución Política del Perú** (1993) afirma la pluralidad étnica y cultural, y el principio de la no discriminación, señalando que toda persona tiene derecho a “la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.” (Art.2, inciso 2). Incluye además medidas de acción afirmativa, al señalar que toda persona tiene derecho a “a su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación.” (inciso 19). La **Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres**, (2007), afirma en su artículo 3°, inciso 2, la obligación del Estado de impulsar “la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, considerando básicamente los siguientes principios: (...) c) El respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión

social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo”.

El reconocimiento del derecho a la salud: La **Constitución Política del Perú** señala el derecho de todos a “... la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa...” (Art.7). Dentro de este marco, reconoce como facultad inherente conservar el estado de las personas dentro de la normalidad orgánica y psíquica, y restituirla en caso que ésta se vea perturbada por alguna razón o enfermedad. La **Ley General de Salud** (1997), señala en su título preliminar “la equidad como responsabilidad del Estado para asegurar el acceso a la salud por parte de la población, especialmente la menos favorecida, así como las condiciones que aseguren una adecuada cobertura, seguridad, oportunidad y calidad, de los servicios que se brindan”.

El derecho a una maternidad segura: Es recogido ya en la **Ley General de Población (1985)**, que si bien hace un amplio desarrollo respecto a la planificación familiar, incluye como uno de sus objetivos “lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad, especialmente entre las madres y los niños, mejorando los niveles de salud y de vida de la población”. Incluye dentro de las obligaciones del Estado, brindar atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio y señala que estos servicios deberían ser provistos con “tendencia a la gratuidad” (art. 34).

El artículo 6 de **Ley de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y de Hombres** señala la obligatoriedad de las distintas instancias de gobierno (central, regionales y locales) de adoptar políticas, planes y programas, para garantizar servicios de salud de calidad, que incluyan “(...) la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura”.

El derecho a regular la propia fecundidad: *Queda recogido* en el artículo 6 de la **Ley General de Salud**, que señala que “Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar”. La **Ley de Política General de Población**, que es el documento jurídico más completo en el tema de planificación familiar, incorpora en sus diversos artículos un conjunto amplio de acciones de política pública y sanitarias orientadas a lograr que personas y parejas puedan ejercer la paternidad responsable. Este instrumento, establece dentro de sus obligaciones la provisión de información, educación y servicios desde las distintas instancias sectoriales sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, especialmente para ayudar a las mujeres, evitar el aborto, así como la exclusión de cualquier acción que intente violar las decisiones autónomas de las personas.

5. Mapeo de normas relativas al acceso a servicios de salud reproductiva desde la perspectiva intercultural

5.a. Introducción y lista de normas

Durante los últimos años, el Ministerio de Salud (MINSa) ha realizado un esfuerzo sustantivo por desarrollar instrumentos que faciliten un mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de promover su ejercicio de derechos y de reducir la mortalidad materna en este sector poblacional. Esta normatividad se ha desarrollado principalmente desde dos direcciones: Dirección de Atención de las Personas, y dentro de ella, desde el equipo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y

Reproductiva (ESNSSR); y desde la Dirección de Promoción de la Salud. La estructura del MINSA incluye también una Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, como ya se ha mencionado anteriormente, cuyas acciones están enfocadas al acercamiento de los servicios de salud a las poblaciones indígenas, sobretodo a aquellas en situación de aislamiento.

Los instrumentos normativos identificados y objeto de este análisis son los siguientes:

Normativa Nacional

- Norma Técnica, 001-2008, de Implementación Regional, y Local de la Estrategia Crecer, Decreto Supremo N° 055-2007-PCM

Normativa del Sector Salud

- Documento técnico “Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad – Marco Conceptual”. Aprobado el 17 de agosto del 2006. Res. 792-2006
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas el 21 de junio del 2004. Res. 668-2004
- Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, aprobado el 20 de marzo del 2006. Res. 290-2006
- Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH. Aprobada el 8 febrero 2005. Res. 084-2005
- Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Aprobado el 1 de abril 2009. Res. 207-2009
- Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Aprobadas el 2 de noviembre del 2006. Res. 1041-2006
- Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Aprobada el 26 de julio 2006
- Documento Técnico: Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Aprobado el 13 de febrero del 2007
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N°033-MINSA / DGSP-V.01) Aprobada por Resolución Ministerial el 2 de agosto de 2005
- Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades en Consejería en Planificación Familiar, aprobado el 20 de marzo del 2006
- Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal
- Manual de Orientación/Consejería en salud sexual y reproductiva, Res. 290-2006, aprobado el 20 de marzo del 2006
- Normas de planificación familiar, Resolución 536-2005, aprobada el 14 de julio del 2005
- Documento Técnico Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva. 22 de abril de 2008.

5.b. Análisis de las normas

5.b.1. Documento técnico Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad – Marco Conceptual”. Aprobado el 17 de agosto del 2006. Res. 792-2006

Objetivo de la norma: Facilitar la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, mediante su incorporación en la formulación de política, planificación, monitoreo y evaluación de la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Breve descripción: Este documento técnico desarrolla una serie de contenidos sobre derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. En el componente de derechos humanos, hace una breve referencia al derecho a la salud, haciendo mención al Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Menciona también los valores que sustentan los derechos humanos, así como los vínculos que se establecen con los determinantes de la salud. Hace también un breve desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos y lo que denomina “derechos humanos y ciudadanía diferenciada en salud”, entendida como la necesidad de atender específicamente a la población vulnerable, con el fin de disminuir las brechas sociales.

En el componente de interculturalidad en salud repasa muy brevemente algunas definiciones como *etnia* y *diversidad* y la aculturación (como un proceso de uniformización con una cultura dominante) y las diferencias entre *multiculturalidad* e *interculturalidad*, teniendo como marco los derechos humanos. Menciona también la vinculación que hay entre situación de pobreza, determinantes sociales y las diferencias étnicas, mostrando algunos indicadores que dan cuenta de ello.

El documento técnico señala las distintas normativas, acuerdos internacionales, documentos de política nacional y de salud, en las que el Ministerio de Salud ha introducido el enfoque de género y la interculturalidad como un asunto de política. Según este documento, son al menos 5 políticas de Estado, propuestos en el marco del Acuerdo Nacional que han considerado estos temas.

Respecto a los documentos del Ministerio de Salud, señala que estos temas son introducidos desde los Lineamientos de Política Sectorial, Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud, Seguro Integral de Salud y los documentos de las Estrategias Sanitarias, entre otros.

Finalmente, el documento termina con 6 orientaciones de políticas, de las cuales cinco podrían tener un impacto positivo en la salud sexual y reproductiva, proponiéndose en cada una algunas medidas específicas:

→ ***Inclusión para el acceso universal a la salud sin discriminación ni violencia contra las personas, con respeto y reconocimiento a la propia identidad y a la diversidad.*** Algunas de las medidas propuestas son las siguientes:

- La educación en derechos humanos equidad de género e interculturalidad del personal de salud en todos los niveles.
- La elaboración de un perfil de salud de mujeres y hombres, que brinden indicadores que puedan integrarse al sistema de información.
- Desarrollo de investigaciones sobre salud tradicional e indígena y aplicar sus resultados a la capacitación del personal de salud.

→ ***Crear las condiciones para el ejercicio de la participación activa como derecho individual y grupal, y sin discriminación, de todas las personas, en todos los niveles de decisión.*** Algunas de las medidas propuestas son las siguientes:

- El desarrollo de diagnósticos y planes participativos, con especial énfasis en agentes de salud tradicional y/o indígenas (parteros/as, curanderos/as, etc.)
- **Responsabilidad compartida del Estado y de sociedad civil sin menoscabo de las responsabilidades del Estado, garantizando un mayor empoderamiento de la población y vigilancia ciudadana.** Algunas de las medidas propuestas son las siguientes:

- Desarrollo de metodologías e indicadores nacionales, regionales y locales, para monitorear los compromisos del Estado relacionados a la equidad de género e interculturalidad.
- Desarrollo de competencias y habilidades de negociación y diálogo entre mujeres y varones, y entre personas de culturas diferentes, para promover la superación de inequidades, involucrando al personal de salud como facilitador.
- Generar reflexión colectiva, mediante procesos educativos y comunicacionales, entre recursos humanos del sector salud y la población de manera individual u organizada, acerca de los estereotipos de género y cultural.
- Reconocer la diversidad y las situaciones particulares en todo el país aceptando o respetando las diferencias existentes; y en consecuencia desarrollar un modelo de atención intercultural en salud en los distintos niveles del sistema y considerando las distintas realidades socio-geográficas, culturales y lingüísticas.
- Brindar al personal de salud las herramientas conceptuales y metodológicas de trabajo intercultural en los idiomas nativos que la zona de trabajo requiera.
- Incorporar la atención intercultural en todos los servicios de salud pública.
- Desarrollar procesos educativos comunicacionales empoderándoles en su lengua y cultura maternas, entrenándoles en habilidades para la negociación, integrando conocimientos y prácticas tradicionales con los biomédicos.

Análisis de la norma

A diferencia de muchos de los documentos técnicos que serán materia de análisis en este estudio y que abordan intervenciones específicas, este documento en particular, establece los grandes lineamientos de política en materia de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, desarrollando una serie de conceptos que deberían servir como orientadores de la política sanitaria, tanto a nivel intrainstitucional, interinstitucional, como en la prestación misma de los servicios. En este sentido, tal como se establece en el documento, está dirigido a todos los niveles, incluyendo autoridades, funcionarios y proveedores de servicios del sector salud.

5.b.2. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobado el 21 de junio del 2004. Res. 668-2004

Objetivo de la norma: Desarrolla el conjunto de protocolos de atención que guían las intervenciones, técnicas y procedimientos de salud sexual y reproductiva, en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Breve descripción de la norma: El documento está organizado en 8 módulos: i) Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva; ii) Atención Obstétrica; iii) Manejo de las emergencias obstétricas; iv) Atención inmediata del recién nacido; v) Manejo de las emergencias neonatales; vi) Bioseguridad; vii) Infecciones de transmisión sexual (ITS); y viii) Planificación familiar.

En el *primer módulo* presenta los conceptos básicos de derechos humanos, derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. También presenta definiciones de género, específicamente en lo relacionado a roles y establece las pautas que deben seguir los proveedores cuando una usuaria asiste a un establecimiento demandando atención en salud sexual y reproductiva. Incluye así mismo el desarrollo de un conjunto de atenciones relativas a la atención de la salud de la mujer que incluye los protocolos sobre violencia contra la mujer, de detección del cáncer ginecológico, climaterio y menopausia; diagnóstico y manejo de la infertilidad, así como problemas menstruales y disfunciones sexuales. Al final incluye dos temas relacionados a la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales.

En el *segundo módulo* hace un amplio desarrollo de la atención obstétrica, incluyendo además de los protocolos, algunas recomendaciones básicas, como los principios básicos en el manejo de medicamentos y el manejo adecuado de las molestias de la gestación.

El *tercer módulo* está dedicado a las emergencias obstétricas, incluyendo el manejo adecuado de las distintas emergencias que pueden presentarse durante la gestación.

El *cuarto módulo* desarrolla la atención del recién nacido, incluyendo las recomendaciones de la lactancia materna. El *quinto* hace una presentación de las emergencias neonatales y las indicaciones para la mayor parte de complicaciones que puede presentarse en el recién nacido. El *sexto* desarrolla el componente de bioseguridad, buscando fortalecer la prevención de daños dentro del establecimiento de salud, relativos a la infección y accidentes. El *séptimo módulo* introduce definiciones y manejo de las ITS; y el *octavo* desarrolla la planificación familiar, presentando los distintos métodos anticonceptivos, sus características y las técnicas para su uso adecuado.

Análisis de la norma: Incorporación del componente intercultural en cada uno de los módulos

Este documento está principalmente orientado a los proveedores de servicios y tal como su nombre indica es un documento técnico que pauta y estandariza las distintas atenciones en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su carácter técnico no ha limitado el abordaje social, lo que permite a los operadores de servicios no sólo contar con una guía referencial de pautas para la atención, sino también acercarse a las y los usuarios dentro de un marco de respeto de sus derechos humanos y de pautas culturales y de género con los que interactúan.

→ *Primer módulo: Atención integral de la salud sexual y reproductiva*

Incorpora como un tema clave el trato con el o la usuaria del servicio, incidiendo en tres aspectos que están muy interrelacionados; El establecimiento de un ambiente acogedor, la relación cordial y el respeto a las creencias y costumbres de la zona (Pág. 6). El módulo desarrolla preguntas claves, orientadas a la obtención de una anamnesis basada en la información y percepción de las propias consultantes. Estas preguntas están planteadas coloquialmente, lo que facilita un abordaje respetuoso de las usuarias.

Un tema relevante en este módulo que se acerca al componente intercultural, es la atención de la violencia contra la mujer y aunque en el documento propone hacer consultas a la

mujer respecto al contexto familiar y sociodemográfico, en el “Plan de seguridad ante la violencia intrafamiliar”, sus indicaciones están más dirigidas al contexto urbano.

Dentro de este módulo también se incluye el componente “autoestima y habilidades sociales” más orientado a población adolescente; incluye definiciones referidas a la autoestima y habilidades sociales y hace un breve desarrollo de los temas relativos a la *asertividad*, *toma de decisiones* (incluye el método de toma de decisiones) y *comunicación*.

→ Segundo módulo: Atención obstétrica

En este módulo se aborda el control prenatal, la atención del parto, la inducción del parto, el puerperio y la atención del recién nacido. En *control prenatal* incorpora dos objetivos que tienen que ver con el contexto social y cultural de las mujeres: el desarrollo del plan de parto y el planeamiento del parto institucional/plan de parto con “participación de la pareja, la familia y la propia comunidad”. También aborda la dimensión familiar y social del cuidado prenatal. Como propuestas durante la atención prenatal que incluyen aspectos socioculturales específicos, están las siguientes:

- Dentro del trato a la gestante: identificar los factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención; propone respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de que éstas sean incluidas para mejorar la relación del profesional de la salud con la gestante. Propone también involucrar en este proceso a la pareja y a la familia.
- Incluye la evaluación de ciertas patologías de carácter epidemiológico, que afecta de manera particular a las mujeres de las zonas rurales y de las comunidades indígenas, tales como la malaria y la fiebre amarilla.
- En la evaluación y estimulación del apoyo familiar, incluye la promoción de la participación de la pareja tanto en los controles como en la atención del parto, que la propia gestante elija y propone así mismo, construir con ella misma un plan para la emergencia obstétrica o el inicio del parto.
- En las indicaciones para el personal de salud, acerca de las instrucciones que debe dar a la gestante, recomienda que éstas sean lo más claras posibles, escritas con letra legible, la necesidad de verificar la comprensión adecuada del mensaje, adecuarlas al “lenguaje y creencias de la gestante”, así como “evitar creencias perjudiciales”. Dentro del plan de parto, incluye la necesidad de participación de la comunidad.
- En la adecuación del lenguaje y a las creencias culturales, incorpora el fortalecimiento de los aspectos culturales y la orientación con argumentos sencillos y verdaderos y fundamentando las razones para evitar los aspectos negativos.

→ *Atención del Parto:*

- Asegurar trato cálido a la gestante y promover la participación de la pareja o de un familiar que elija la mujer, incluye respetar las creencias culturales y evaluar su incorporación para una mejor relación entre el proveedor y la parturienta. Incluye la identificación de factores culturales o étnicos que pueda interferir en la atención.
- Dentro de las condiciones de internamiento señala permitir el uso de ropa acorde con las creencias de la gestante, que no condicione problemas en el momento del parto. Descarta el uso de enemas, dado que no contribuye en el riesgo de infección.

- Dentro de la atención del parto, se propone algunas consideraciones de carácter cultural:
 - Manejo del periodo de dilatación: dentro de la calidez de atención, propone el respeto de las creencias culturales, así como la identificación de factores culturales o étnicos que interfieran en la atención.
 - Manejo del periodo expulsivo: al también propone el respeto de las creencias culturales, y que la parturienta elija la posición más adecuada, si es que ésta no genera algún riesgo.
 - Dentro de la atención del puerperio: se promueve el respeto a las costumbres alimentarias que no impliquen riesgos para la mujer y recién nacido. Considera el uso de infusiones tradicionales y caldos.

→ Octavo módulo: Planificación familiar

Dentro de los aspectos generales, propone el respeto a la intimidad y el respeto a las costumbres culturales, principalmente en lo que se refiere al manejo de pudor (desnudo). Respecto a la información, señala la importancia de que se brinde en el idioma con el cual se comunica la usuaria, pudiéndose usar un intérprete.

5.b.3. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, aprobado el 20 de marzo del 2006. Res. 290-2006

Objetivo de la norma: Establecer los procedimientos técnicos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de la planificación familiar. Sus objetivos específicos son: establecer criterios para la atención integral en planificación familiar; mejorar la prestación del servicio mediante procedimientos estandarizados orientados a la mejora de competencias; establecer responsabilidades y procedimientos administrativos; fortalecer el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos.

Breve descripción de la norma: Esta norma recoge y amplía los aspectos técnicos propuestos en el octavo módulo las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva. El documento está organizado en 11 capítulos, que incluyen: enfoques; componente administrativo; componente técnico; métodos anticonceptivos; y anexos. Los capítulos que hacen mención a la dimensión cultural de la consejería, son los siguientes;

→ Enfoques:

- Derechos humanos, respeto y dignidad: Destaca el derecho que tienen todas las personas a que se respeten sus creencias y valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.
- Comunicación: Cuando la persona no comprenda el español, tendrá derecho a contar con un/a intérprete.
- Interculturalidad: propone el reconocimiento y respeto de la existencia de la diversidad sociocultural del país. En este sentido propone la capacitación de los proveedores de servicios en conocimientos actitudes y prácticas de las usuarias/os, adecuación cultural de los servicios, trabajo con agentes comunitarios, trabajo de pares y atención domiciliaria.
- Desde el enfoque de integralidad, propone un abordaje que incluya el contexto y la realidad sanitaria de las personas, tomando en consideración su entorno cultural y social.

- Componente administrativo. Competencias
 - Incluye a los promotores de salud y propone que éstos puedan hacer consejería, atención en abstinencia periódica, MELA, uso del condón, espermicidas, también pueden proveer insumos de métodos hormonales y evaluar signos de alerta, pero después que el proveedor de salud lo haya indicado.
- Componente administrativo. Espacios para proveer la atención en planificación familiar:
 - Señala que se puede hacer extramural, especialmente en las zonas de difícil acceso geográfico. Las actividades que se pueden desarrollar en este ámbito son: información, orientación, consejería y provisión de servicios de salud sexual y reproductiva y oferta de métodos anticonceptivos temporales.
- Líneas de acción en planificación familiar
 - Promoción de la planificación familiar; dentro de los marcos de referencia de los mensajes, incluye los valores culturales de la audiencia.
- Componente técnico
 - Señala dentro de las disposiciones generales, la prohibición de todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza y de cualquier otra índole. Incluye también trato digno, respeto a sus derechos y costumbres.
 - También señala que los establecimientos deberán buscar estrategias para atender necesidades la población indígena y migrante, previos estudios antropológicos o de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.

5.b.4. Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH. Aprobado el 8 febrero 2005. Res. 084-2005

Objetivo de la norma: Reducir la transmisión del VIH de madre a niño, mediante la detección temprana de la infección por VIH en la mujer gestante, la administración de tratamiento profiláctico antirretroviral a la madre y su niño. Propone dentro de sus objetivos específicos:

- a) establecer un sistema de diagnóstico precoz y oportuno para las gestantes
- b) establecer criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH que incluyan el uso racional de antirretrovirales
- c) establecer sistema de información y consejería pre y post prueba
- d) establecer mecanismos de entrega de medicamentos profilácticos antirretrovirales a las gestantes infectadas por el VIH y al recién nacido, así como fórmula láctea maternizada
- e) establecer un sistema de seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH, y
- f) establecer el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH.

Breve descripción de la norma: El documento plantea una serie de pautas administrativas, de información y de procedimientos técnicos, relacionados a la consejería, diagnóstico y manejo de la prevención vertical en distintos escenarios, en función del grado de conocimiento que exista respecto a un diagnóstico previo de VIH y al momento en que llega la mujer al establecimiento de salud (control prenatal o atención del parto).

La norma no incluye ninguna referencia a la diversidad cultural de las usuarias, y aunque se propone la firma de consentimiento informado, todo indica que la información está primordialmente orientada a población de zonas urbanas y a mujeres con niveles educativos medianos.

5.b.5. Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Aprobado 1ero de abril 2009. Res. 207-2009.

Objetivos de la norma: La finalidad de este Plan es contribuir a modificar sustancialmente los indicadores negativos relacionados a la muerte materna y de recién nacidos, especialmente en los sectores menos favorecidos de la población. El objetivo es establecer las pautas que deben cumplir las distintas instancias del Ministerio de Salud, con el fin de reducir la mortalidad materna y servir de base para un plan estratégico multisectorial que involucre a todas las instancias del sector salud en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Dentro de los objetivos específicos propone lograr el compromiso político y multisectorial en los tres poderes del Estado y en los diferentes niveles de gobierno; garantizar la capacidad de respuesta del MINSA; asegurar la participación de la comunidad y de la familia y otros actores sociales; y asegurar un sistema de información para la toma de decisiones.

Los resultados esperados del Plan, más relevantes para este análisis, son los siguientes:

- Garantizar el financiamiento de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna, así como la inclusión de este plan en el marco de las estrategias de lucha contra la pobreza (dentro del objetivo estratégico 1).
- Priorizar la salud materna en los gobiernos locales y en la planificación local (dentro del objetivo estratégico 2).
- Promover la participación organizada de la familia y la comunidad para el cuidado de la salud materna, tomando en consideración el enfoque de género, intercultural y de no violencia contra la mujer, y el establecimiento de sistemas de vigilancia en salud (dentro del objetivo estratégico 3).

Breve descripción del documento: El Plan en su introducción invoca el conjunto de compromisos y mandatos internacionales y nacionales asumidos por el Estado relativos a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, así como al logro de una maternidad saludable. Recoge brevemente las diversas intervenciones que se han realizado en el país, muchas de las ellas con el apoyo de la cooperación internacional. De todo ello se desprende que la reducción de la mortalidad materna se ha mantenido como una prioridad sanitaria en los últimos 30 años, y que se han implementado distintas intervenciones para abatirla: desde acciones comunitarias hasta el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de emergencias obstétricas.

Dentro de las intervenciones previas descritas, se destacan algunas estrategias directamente vinculadas a la dimensión sociocultural de la mortalidad materna:

- La **adecuación cultural**: desarrollada inicialmente en el marco de *Programa de Fortalecimiento y Salud Básica para Todos*, se describe como el primer esfuerzo para incorporar en la programación de las estrategias de salud, los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas. Posteriormente se le dio continuidad con los Proyectos 2000, el Proyecto ReproSalud (entre los años 90 y 2000) y en la última

década, en el Proyecto ParSalud y de UNICEFF (con las casas maternas y adecuación cultural del parto).

- La **eliminación de barreras económicas**: impulsada principalmente a través de las distintas iniciativas de aseguramiento público (Seguro Materno Infantil, Seguro Integral de Salud y el Aseguramiento Universal) iniciadas en la década de los 90, después de haber identificado las barreras económicas como una de las más significativas para el uso de los servicios de salud.
- **Participación ciudadana**: elemento relativo a la gestión de los servicios, que puso cierto énfasis en la salud materna, y planteó la creación de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), y de sistemas de vigilancia ciudadana, y mesas de concertación, entre otros, que se desarrollaron en varios ámbitos regionales.
- **Control social**: Se refiere a las acciones de diagnóstico y monitoreo de la prestación de servicios, desarrolladas especialmente por la Defensoría del Pueblo.

Este Plan Estratégico incluye también un diagnóstico de la situación de la salud materna en el país, y concluye reconociendo la dificultad de abordar la multi-causalidad de la mortalidad materna en el país, los altos índices de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, usos y costumbres inadecuados, redes de transporte en mal estado, inaccesibilidad geográfica y sistemas de salud con problemas de organización y de capacidad resolutive, junto la insuficiente participación de la familia y la comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido (Pág.31).

El Plan se basa en los principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad y sostenibilidad. Sus enfoques transversales se basan en:

a) el *derecho y la justicia social*, reconociendo el derecho de las mujeres a decidir sobre su propia vida, y la necesidad atender las exclusiones en el ejercicio de sus derechos humanos a las que están expuestas;

b) *la equidad de género*, en el sentido de atender las distintas discriminaciones que afectan a las mujeres;

c) *la interculturalidad*, que establece que el sistema de salud debe actuar afirmativamente para evitar que las diferencias culturales y de capital cultural entre usuarias y proveedores de salud, implique la privación a determinadas poblaciones del derecho a acceder a la información sanitaria y al conocimiento científico actual, así como a beneficiarse de la práctica médica, en especial para salvar la vida y recuperar la salud.

e) el reconocimiento de los *determinantes sociales en salud (familia y comunidad)*. En particular se reconoce el rol clave de las familias y las comunidades para superar las demoras a la atención oportuna de la mujer embarazada y el recién nacido (demora en reconocer el peligro, en tomar la decisión de buscar ayuda, y en acceder físicamente al establecimiento de salud adecuado).

Dentro de las estrategias más relevantes de orden cultural que el Plan define, destacamos las siguientes:

→ Infraestructuras y equipamiento:

- Fortalecer la infraestructura de los establecimientos de salud para la atención institucional del parto y del recién nacido, acorde a la normatividad y con enfoque intercultural y reorientados a las necesidades y realidad local.

→ Procesos de atención y gestión de la salud:

- Calidad e integralidad de la atención: (...) Adecuación cultural de los servicios con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos.
 - Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia: (...) Mejorar el sistema de transporte entre establecimientos de salud de acuerdo a las necesidades y realidad local.
- Promoción de la salud individual y colectiva:
- Educación en salud: (..) desarrollar un programa de educación en salud integral y ambiental a nivel comunitario, que promueva la maternidad saludable, basado en los derechos humanos y con enfoque intercultural. Se destaca también el impulso de la educación en salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida, pero no se hace mención a los elementos socioculturales y lingüísticos que tal educación debe tomar en cuenta.
- Participación familiar y comunitaria:
- Propone aumentar el número de casas de espera, y promover el involucramiento de las familias y las comunidades en la sostenibilidad de las casas de espera.
 - Agentes comunitarios de salud: Promueve su rol activo y coordinado con el sistema de salud, en la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva, la identificación de signos de alarma y la referencia de usuarias. Señala también su capacitación integral permanente con enfoque de derechos y responsabilidades, género y no violencia.
 - Sistema de vigilancia ciudadana y comunitaria: propone fortalecer los Comités Locales de Salud en derechos de las usuarias, entre otros temas. E incorporar sistemas de vigilancia como los radares de seguimiento de la gestante, la evacuación comunitaria de emergencia, la identificación de recursos y equipamientos comunitarios.

Finalmente el Plan propone una serie de indicadores para dar seguimiento a su implementación, de los cuales destacamos los siguientes, por tener una cierta relación con la inclusión del enfoque intercultural:

- % de establecimientos con espacios formales de concertación para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- % de casas de espera implementadas que son sostenidas por la comunidad
- número de establecimientos de la zona que tienen estrategias locales de evacuación de emergencias obstétricas.

5.b.6. Guía Técnica; Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, aprobada 26 de julio 2006

Objetivo del documento: Al igual que la *Guía de Práctica Clínica para la atención del recién nacido*, establece una serie de pautas que debe seguir los proveedores de salud, frente a las emergencias obstétricas, en los distintos niveles de atención.

Breve descripción de la guía: La guía describe principalmente los procedimientos técnicos que deben seguirse al interior del sistema sanitario en la atención obstétrica. El documento desarrolla las pautas de manejo de las complicaciones más comunes tanto del embarazo, parto y

puerperio. Aunque el documento es fundamentalmente de carácter técnico- clínico, incluye en sus anexos, indicaciones para algunos procedimientos claves que incluyen componentes socio-culturales, que guardan importancia con la atención de emergencias obstétricas y que son los siguientes:

- Control prenatal: dentro de la anamnesis, se incluye la detección de la violencia y en caso de que la mujer viva en un lugar poco accesible, su derivación a una casa de espera.
- En la atención del parto, propone en donde sea necesario, la atención del parto con adecuación cultural.
- Dentro del manejo, según nivel de complejidad y capacidad resolutive, incluye a la comunidad. Para ello señala la participación del agente comunitario de salud y/o familia, quienes deberán cumplir las siguientes funciones:
 - La identificación de la gestante y referencia de gestantes a término.
 - La referencia oportuna de gestante que presentan signos de parto.
 - La organización comunal en coordinación con las autoridades para la referencia oportuna, así como la identificación de potenciales donantes o identificación de recursos locales, como botiquines, entre otros.
- En el acápite de orientación/consejería post aborto, incluye:
 - Considerar el respeto al consentimiento informado, en relación a la planificación familiar. Advierte de las dificultades que pueden tener las mujeres en la prevención del embarazo no deseado o verse obligada a asumir un método anticonceptivo. En la guía se puede encontrar una serie de ejemplo de preguntas y situaciones en que deberá tener cuidado sobre su abordaje y derivación.

5.b.7. Documento Técnico, Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobado el 13 de febrero del 2007

Objetivos del documento: Su finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención, a través de promover el cumplimiento de estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los servicios de salud; y servir de base para un sistema de monitoreo permanente. El objetivo es disponer de estándares e indicadores de servicios que evalúen los resultados de implementación de acciones oportunas dirigidas a mejorar la calidad de la atención materna. Se pretende contar con estándares e indicadores de calidad específicos para los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y disponer de información que aporte en la mejora continua de la calidad de atención.

Breve descripción del documento: Los indicadores han sido organizados en base a los niveles de atención, tomando como referencia las funciones obstétricas y en el tipo de atención. Se mencionan a continuación los más relevantes para este análisis:

- En el control prenatal y atención de parto se han identificado los siguientes:
 - Estándar: Toda gestante que tiene cita programada y no asiste a control, recibe visita domiciliaria.
 - Estándar: Al menos un integrante de la familia, además de la gestante, reconoce los signos y síntomas de alarma del embarazo, parto o puerperio.

- Estándar: Comunidades que tienen una organización comunal para la vigilancia efectiva de la salud de la gestante y recién nacido.
 - Estándar: Gestante en trabajo de parto que no puede ser referidas, pero que tienen un partograma registrado.
 - Estándar: Gestante que tiene un plan de parto y que culminan su gestación en un establecimiento FONP.
 - Estándar: Gestantes identificadas como víctimas de violencia basada en género, reciben atención según la norma.
- En satisfacción de atención:
- Estándar: Las gestantes que acuden para atención prenatal y atención de parto, en un establecimiento FONP, están satisfechas con la atención recibida.
- En planificación familiar:
- Estándar: Toda puérpera que ha sido atendido en un establecimiento, egresa habiendo recibido información sobre planificación familiar.

5.b.8. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación cultural, aprobada por Resolución Ministerial el 2 de agosto 2006 (NT N° 033 - MINSA/DGSP-V.01).

Objetivos de la norma: Esta norma propone mejorar el acceso al parto de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud y tiene como objetivo establecer un marco normativo para la atención del parto vertical en los diferentes niveles de atención de la red de servicios de salud.

Breve descripción del documento: El documento se inicia con los aspectos históricos y epidemiológicos del parto vertical, tomando en consideración las variaciones de la atención del parto como resultado de las perspectivas biomédicas. Aborda la fisiología del parto vertical, haciendo una comparación entre el parto vertical y el parto horizontal, forma clásica que se utiliza rutinariamente en los establecimientos, mostrando las ventajas que ofrece la posición vertical. Incluye también algunas definiciones claves.

En lo referente a elementos organizativos de los servicios, la norma aborda dos componentes: la organización y la provisión de servicios.

- *Componente de organización:* Incluye los arreglos institucionales que deben darse para hacer posible el parto vertical. Entre ellos, los recursos humanos, la infraestructura, el equipo y los medicamentos.
- Dentro de los recursos humanos, se considera todo el equipo de salud: médico, obstetrix, enfermera, técnica, y cabe destacar que no prevé rol alguno para agentes tradicionales o comunitarios de salud (como las parteras, por ejemplo).
 - En cuanto a la infraestructura se señala el acondicionamiento del ambiente a una temperatura controlada, la protección de las ventanas con cortinas de colores y las paredes con colores no claros.
 - Entre los equipos y materiales, se mencionan todos aquellos con que debe contar una sala de partos regular, y además una camilla para la atención vertical del parto, incluyendo una soga gruesa, una colchoneta en el piso, y varias medicinas tradicionales a base de plantas medicinales.

→ *El componente de provisión de la atención*, incluye el conjunto de actividades y los cuidados que se debe proveer a la mujer parturienta y ello incluye desde que la propia mujer tenga la oportunidad de elegir el tipo de parto, hasta los procedimientos regulares necesarios para todas las mujeres sin excepción. En este sentido, el componente de provisión incluye los siguientes procedimientos que están relacionados al componente cultural:

- La recepción de la mujer gestante en los servicios: incluye el trato cordial y la generación de un ambiente de confianza para la mujer. Incluye también indicaciones para el acompañamiento de la pareja y el uso de la alimentación que las propias mujeres elijan.
- La atención en el periodo de dilatación: respecto al número de exámenes vaginales se propone limitarlos al mínimo necesario. En cuanto al manejo del dolor, se propone el uso de hierbas y el apoyo a la mujer para buscar su propia comodidad. Se promueve el uso de la relación y de masajes, con el fin de disminuir el dolor y generar una mayor confianza.
- La atención del periodo expulsivo incluye el acondicionamiento del ambiente para dar facilidades para el parto vertical, como el uso de la silla y la sogá. En cuanto a la posición se propone una serie de modalidades en que la mujer puede dar a luz, que incluye la posición de cuclillas variedad anterior y variedad posterior; posición de rodillas, sentada, semisentada, cogida de la sogá, o posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).
- Otro aspecto que se desarrolla en la norma, es la atención del periodo de alumbramiento, incorporando una serie de prácticas tradicionales relativas a la expulsión de la placenta, tales como soplar la botella, o provocarse arcadas de náuseas. En cuanto a la disposición de la placenta, la norma señala la importancia de entregarla a la familia de la mujer con el fin de que ésta pueda disponer de la misma de la mejor manera posible.
- En cuanto a la atención del puerperio inmediato, se propone el cuidado de la luz, el uso de camas bajas (contrarias a las que se usan en los establecimiento de salud) y frazadas de material local. También se recomienda el uso de alimentos de mayor aceptación por parte de las mujeres y que muchas veces son adaptados a las necesidades específicas de cada una.

El documento incluye una sólida bibliografía que sustentaría esta propuesta normativa.

5.b.9. Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades en Consejería en Planificación Familiar (RM N° 1148-2006/MINSA)

Objetivos del manual: El manual propone establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar en los establecimientos de salud, para lo cual

- a) establece criterios de atención integral en planificación familiar, en un marco de respeto, promoción de derechos, prevención de la violencia y aplicación del enfoque de género;
- b) mejora la prestación de servicios, mediante procedimientos estandarizados en aspectos técnicos para la mejora de competencias;
- c) establece responsabilidades y procedimientos administrativos,

d) contribuye a la elección libre e informada de métodos anticonceptivos,

e) fortalece el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos y reproductivos en los servicios de planificación familiar.

Breve resumen: El documento está organizado en cinco secciones (enfoques, componente administrativo, componente técnico, métodos anticonceptivos y anexo).

→ Dentro de los enfoques, propone, los derechos humanos, la calidad óptima de los servicios, la equidad de género, prevención de la violencia familiar, y la interculturalidad. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- Enfoque de derechos: se ha relevado el derecho a la privacidad, mencionando el derecho a estar acompañada por una persona de confianza. En el derecho a la comunicación, se señala la importancia de contar con un intérprete cuando el o la usuaria no hable castellano. En respeto a su dignidad, señala la importancia de que toda persona sea respetada en sus creencias, valores, conocimientos, actitudes y prácticas.
- En equidad de género: se plantea la necesidad de que en la prestación de servicios se reduzcan las inequidades, para lo cual hombres y mujeres deben recibir información sobre su derecho a la salud, sobre prevención de prácticas sexuales de riesgo y de la violencia basada en género y del abuso sexual.
- Enfoque intercultural: se señala el reconocimiento y respeto a la diversidad sociocultural y la necesidad de que los trabajadores de salud concilien sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas y lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, de edad, identitaria y de orientación sexual y género, adaptando en función de ello la atención que brindan. Señala aspectos en que los proveedores deben ser capacitados en conocimientos, actitudes y prácticas de los/as usuarias, adecuación cultural de los servicios, trabajo con agentes comunitarios y trabajo de pares, así como acción domiciliaria.

→ Componente administrativo: incluye las responsabilidades de los niveles administrativos, así como las competencias de los proveedores para la atención en planificación familiar, espacios para la prestación de la atención en planificación familiar y líneas de acción en planificación familiar. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- En lo que respecta a competencia de proveedores, señala la incorporación de los promotores de salud y el desarrollo de competencias de estos proveedores para hacer consejería de planificación familiar, informar sobre la abstinencia periódica, MELA, condón, espermicida y hacer seguimiento del uso de anticonceptivos hormonales orales. Como espacios para la prestación de consejería en planificación familiar, se propone el espacio extramural especialmente para la población de difícil acceso. En estos espacios se puede hacer consejería y proveer métodos anticonceptivos temporales, junto con otras intervenciones, como prevención de cáncer de cuello uterino, y otros de acuerdo a las necesidades locales.
- Dentro de las líneas de acción en planificación familiar, específicamente en promoción de la planificación familiar, se propone la emisión de mensajes que enfrenten estereotipos entre hombres y mujeres y la comunicación acorde con los valores culturales de la audiencia.

→ Componente técnico,

- Dentro de sus disposiciones generales se propone asegurar la elección informada, la prohibición de cualquier trato discriminatorio por razones de sexo, edad, estado civil, condición económica, cultural y de cualquier otra índole. Se destaca brindar atención especial a las personas iletradas, y prevenir la inducción de la elección de métodos anticonceptivo basado en engaños u ocultando información.
- Dentro de las actividades en los servicios, se propone la orientación diferenciada a las personas que se encuentren en el post parto o post aborto y a las personas analfabetas, que podría interpretarse como persona que no hablan castellano.

5.b.10. Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal

Objetivos del reglamento: Su finalidad es reglamentar la organización, funciones, atribuciones y competencias de los comités de mortalidad materna y perinatal para la implementación de acciones orientadas a la prevención, vigilancia y control de la mortalidad materna y perinatal.

Breve resumen: El reglamento es de aplicación interno en el MINSA, en los distintos niveles. Sin embargo, dentro de su diseño también se incluye un Comité Ampliado, constituido por otras instancias interinstitucionales y comunitarias, como las organizaciones de mujeres y organizaciones de la sociedad civil.

Las funciones de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal a nivel nacional son:

- analizar las tendencias de la muerte materna
- analizar las demoras y factores condicionantes de muerte materna
- diseñar y proponer estrategias para la disminución de la muerte materna
- desarrollar estudios, investigaciones clínicas y epidemiológicas,
- dar seguimiento a las recomendaciones y
- realizar auditorías de muertes maternas y perinatales.

Sus funciones a nivel regional y local son:

- analizar cada caso de muerte materna y perinatal
- determinar las zonas de mayor riesgo,
- evaluar las demoras médicas y complicaciones
- proponer medidas a implementarse y monitorear las redes, microrredes
- brindar asistencia técnica y sensibilizar a actores locales.

Si bien el reglamento no establece explícitamente elementos de inclusión de un enfoque intercultural en el diseño de los Comités, se incluye en este mapeo puesto que estos comités conforman un espacio de participación social que puede abarcar e incluir a distintos grupos de población. En este sentido, constituyen plataformas desde las cuales exigir y monitorear la articulación real del enfoque intercultural en los propios servicios, y por ello consideramos válido incluirla en este análisis.

5.b.11. Manual de Orientación / Consejería en Salud sexual y reproductiva, Res. 290-2006, aprobado el 20 de marzo del 2006

Objetivos del manual: Este manual tiene como finalidad difundir los procedimientos técnicos para la orientación y consejería a fin de facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la ciudadanía. Los objetivos propuestos son sistematizar los lineamientos básicos para realizar actividades claves de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva como parte de la atención integral, estableciendo criterios y procedimientos estandarizados para la orientación en salud sexual y reproductiva (SSR), establecer características y responsabilidades de los consejeros en SSR, determinar el uso de materiales y recursos en las actividades de orientación y consejería, y contribuir a la mejora de la prestación de los servicios.

Breve descripción de la norma: El documento incluye definiciones operativas, disposiciones generales, disposiciones específicas; define procedimientos generales y específicos para la orientación en SSR, y niveles de responsabilidad.

Los aspectos relevantes a la inclusión de un enfoque intercultural, en cada uno de estos acápites son los siguientes:

- Enfoques en la orientación y consejería:
 - Derecho a comunicarse de manera verbal o escrita y de contar con el apoyo de intérprete si es necesario
 - Adecuación de los servicios
 - Trabajo con agentes comunitarias y la atención domiciliaria.
- Sobre el perfil del orientador o consejero:
 - Señala el respeto a las diferencias socio-culturales y la toma de conciencia de los propios valores, prejuicios, expectativas, capacidades y limitaciones, así como tolerancia a los valores ajenos y distintos.

5.b.12. Documento Técnico Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y reproductiva. 22 de Abril de 2008

Objetivos del documento técnico: Establecer orientaciones técnicas para el desarrollo eficaz de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva (SSR) incorporando la adecuación cultural en los establecimientos del primer nivel de atención. Dentro de sus objetivos específicos incluye:

- hacer uso de la información sobre costumbres, prácticas y expectativas de la población para adecuación cultural en cada ámbito real de los establecimientos de salud;
- implementar la adecuación cultural con participación activa de la comunidad, sobre la base del respeto de las tradiciones culturales y satisfacción de las necesidades de información.

Breve descripción del documento técnico: Los criterios que establece son de aplicación en los establecimientos de primer nivel de atención que realizan actividades de salud sexual y reproductiva y que están ubicados principalmente en las zonas con características culturales diversas (indígenas y amazónicas) y vincula tres aspectos fundamentales: derechos humanos, género e interculturalidad.

El contenido está dividido en tres partes: aspectos conceptuales; aspectos metodológicos; y aspectos de organización.

- *Aspectos conceptuales*: Incluye un glosario de términos con definiciones relativos a la cultura, interculturalidad, así como a la salud sexual y reproductiva. En esta parte hace un análisis comparativo entre la “práctica de salud de la medicina moderna” y las “prácticas de salud tradicionales”, referidas no sólo a prácticas, sino también a lógicas que subyacen a estas, como por ejemplo la causas de enfermedades evaluadas desde perspectivas distintas.
- *Aspectos metodológicos*: Hace referencia al modelo de *cinco pasos* como flujo para establecer el vínculo de forma culturalmente pertinente con el o la usuarios durante la orientación y consejería; y los procedimientos previos a la adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. El modelo de los *cinco pasos* en la consejería, desarrolla cada uno de los momentos del proceso de orientación: Trato cordial, identificación de necesidades del usuario, respuesta a necesidades, verificación de la comprensión por parte del usuario, y mantener el vínculo establecido. El desarrollo de estos “pasos”, se realiza en base a la secuencia de un caso ficticio de una pareja que acude a consultar a un servicio, y en cada secuencia incluye el análisis de derechos humanos que entran en juego en esta relación entre consejero y usuario. Asimismo, desarrolla una tabla comparativa en la que se listan las posibles expectativas de los y las usuarias, expresadas en citas de testimonios, a la par de lo sería la “respuesta ideal de los establecimientos”. Los aspectos más relevantes de orden cultural son los siguientes:
 - Trato cordial: Propone adecuar el ambiente del establecimiento de salud (la decoración) con elementos de la zona, y usar lenguaje coloquial que facilitan un mayor acercamiento entre usuarias/os y personal de salud. También pone énfasis en la autoidentificación de los proveedores.
 - Identificación de necesidades: Incluye aspectos relacionados a la comunicación, en un marco de buen trato y respeto a los derechos humanos relativos a la relación proveedor–usuaria, así como a la identificación del contexto social de usuario (familia, relaciones interpersonales, etc.), patrones culturales (formas de cuidado de su salud sexual y reproductiva) y algunos consejos sobre la actitud que el personal de salud debe procurar mantener para generar confianza.
 - Responder a las necesidades de las usuarias: propone una actitud de apertura para incorporar coincidencias y negociar cambios frente a prácticas nocivas y a establecer un encuentro entre las expectativas de las mujeres y la respuesta ideal de los establecimientos. Pone énfasis en la relación cordial y disposición para aclarar dudas, temores y brindar apoyo emocional. Menciona la necesidad de apoyar en la autogestión del cuidado de la salud, en un contexto de responsabilidad y de derechos humanos. Brinda algunos ejemplos de cómo incorporar algunas prácticas de las usuarias en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, que incluye ejemplos prácticos de identificación de las necesidades de las mujeres, la incorporación de algunas prácticas tradicionales en salud como parte de las recomendaciones, la oferta de nuevas prácticas, como el uso de anticonceptivos, el resarcimiento al cual tienen derecho las usuarias en caso de problemas ocurridos en el marco de la atención y el fortalecimiento de las mujeres para tomar decisiones, generando un ambiente protector de la mujer.
 - Verificación de la comprensión de las y los usuarios: orienta para que los proveedores verifiquen el entendimiento y ampliar la información en caso

necesario. En este acápite también se menciona la posibilidad de las usuarias opten por rechazar alguna indicación del personal de salud.

- Mantener la relación cordial: brinda orientaciones claves para el seguimiento basándose en el trato cordial y en el desarrollo de compromisos consensuados para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
 - *Procedimientos previos a la adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.* En este apartado se desarrollan las indicaciones claves que deberán tenerse en cuenta para incorporar en la consejería aspectos relacionados al ejercicio de derechos humanos y género desde una perspectiva intercultural. El documento rescata los siguientes:
 - El trabajo con actores claves: se señala la importancia del trabajo al interior del equipo y orienta los aspectos claves con los que el personal de salud debe familiarizarse desde buen principio: los agentes comunitarios de salud de la zona, los diagnósticos locales, las normas técnicas y directrices del MINSA.
 - Los conocimientos, creencias, mitos y temores que hay en torno a los anticonceptivos: identificación de las principales percepciones que hay respecto a la anticoncepción y pautas de cómo resolver algunos temores que hay frente a estos métodos, así como las respuestas a los problemas más comunes que suelen presentarse con el uso de anticonceptivos.
 - Conocimientos para la orientación y consejería con enfoque de género. En este acápite se explica en base a situaciones concretas, orientaciones claves para introducir el enfoque de género en el marco de la consejería/orientación. Los temas de mayor profundización es la violencia basada en género.
 - Conocimientos para la orientación/consejería a adolescentes: propone algunas pautas para asegurar la confianza y confidencialidad de las personas adolescentes, y profundiza algunos aspectos relacionados con el embarazo adolescente, desarrollando un análisis de factores de riesgo y los factores protectores que se pueden generar desde los establecimientos de salud.
- *Aspectos de organización:* Aborda los aspectos relativos a recursos humanos, materiales y ambiente físico.
- Sobre recursos humanos, propone 6 áreas de competencias, incluyendo actitudes y habilidades. Dentro de estas últimas se señalan la capacidad para escuchar, diseñar estrategias, trabajo con la comunidad y capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
 - Dentro de materiales señala el manejo de los documentos normativos claves del MINSA y el desarrollo del material didáctico.
 - Dentro de ambiente físico, se hace referencia a la infraestructura, en términos de adaptación, pero también a asegurar la confidencialidad.

Finalmente la guía, incluye en un anexo, una serie de ejemplos ilustrativos del proceso de consejería, en base a las principales motivos de consulta que tienen las mujeres, relacionados a la salud sexual y reproductiva.

6. Conclusiones

Este mapeo muestra que existe una cantidad importante de documentos producidos desde las autoridades sanitarias del país, que toman en cuenta la dimensión cultural de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Es decir, la preocupación por la inclusión del enfoque intercultural está claramente presente. Los principales motivos que se aluden para incorporar el enfoque intercultural en normas, manuales y guías para la prestación estandarizada de servicios es fundamentalmente dos:

- a) La evidente exclusión que afecta a amplios sectores de la población, que permanecen sin acceso a servicios de calidad y cuyos resultados sanitarios se reflejan en las altas tasas de mortalidad materna, el insuficiente uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como el importante gasto de bolsillo, para atender los problemas priorizados y
- b) los mandatos, convenios y acuerdos internacionales de derechos humanos, suscritos por el Perú que cada vez más se convierten de imperativo cumplimiento para el país.

Todo ello ha hecho que por lo menos en los últimos 15 años, el Ministerio de Salud incluya y articule cada vez más la dimensión socio-cultural en las acciones sanitarias que realiza e impulsa. Si bien dicha inclusión no es aún suficiente ni plenamente consistente, supone un avance muy importante que habrá que seguir fortaleciendo y fomentando.

Para efecto de este análisis se han revisado 12 normas técnicas, todas ellas enfocadas en la atención de la salud sexual y reproductiva que se provee desde el Ministerio de Salud. Se han seleccionados estas normas en base a que han incluido de alguna manera, aunque sea referencial, el enfoque intercultural. Han quedado excluidos del análisis algunos documentos, que por su carácter estrictamente técnico, no incluyen esta dimensión tema intercultural.

Al menos, diez de los documentos analizados han sido producidos por la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y las otras dos, por la Dirección General de Promoción de la Salud. Tal como se ha podido ver tanto en las breves descripciones que se ha hecho de cada uno de los documentos analizados, como en sus respectivas fichas (en anexo), el grado de inclusión del enfoque intercultural variado de gran manera, siendo en algunos sólo una mención al término que no llega a concretarse ni articularse, mientras que otros, más específicos, se hace un mayor desarrollo del enfoque.

En términos de contenido, lo básico que presentan todas las normativas, es el “trato cordial”, trato con “calidez”, es decir todo aquello que propone un trato amable, la eliminación del mal trato, y la mejora de la relación proveedor-usuario. Es importante señalar que aunque este tema es abordado de una manera repetitiva, tiene una importancia significativa en el sentido que responde a las necesidades identificadas en múltiples diagnósticos, en los que se señala el mal trato recibido, como una de las barreras más destacada por las mujeres indígenas para no buscar atención en los servicios, y lo cual es percibido como el principal foco del desencuentro cultural.

Un segundo aspecto concurrente es el tema del idioma, como una de las principales áreas en las que mejorar la comunicación paciente-proveedor. En este marco, se reconoce que la lengua local y la lengua usada en los establecimientos de salud pueden diferir, reto que se proponen superar a menudo con el apoyo de un intérprete, si bien no se especifica la asignación del mismo (si debe ser una persona calificada de la comunidad, o personal de salud). No se incluye tampoco en las normas revisadas, la propuesta de trabajar con proveedores locales que hablen el idioma del lugar, muchos de los cuales, son de la propia localidad y que dada la permanencia de muchos proveedores terminan aprendiendo el idioma local.

Un tercer aspecto, tiene que ver con las medidas necesarias para garantizar la toma de decisiones libre e informada, principalmente en el campo de la planificación familiar. Este tema es absolutamente relevante tanto para las mujeres indígenas como para los propios proveedores, dados los problemas de la aplicación coercitiva de la anticoncepción quirúrgica que afectaron de una manera particular a las mujeres indígenas en la década de los 90. La toma de medidas para asegurar que los aspectos culturales no impiden una elección informada, es un tema que principalmente se levanta en la planificación familiar con una mayor insistencia, pero no se incluye con igual fuerza en relación a otros procedimientos sanitarios de SSR.

En los aspectos de violencia basada en género no se incluye con particular acervo la dimensión intercultural, y el punto de partida es que es un fenómeno presente en todas las culturas, por lo cual el énfasis se pone las dinámicas de la relación entre hombres y mujeres, y en intentar identifica a toda mujer susceptible de sufrir violencia, para prevenir y atender, indistintamente del contexto en que se dé la relación entre géneros.

Se observa que el país dispone de un cuerpo más sólido de normas, orientadas a los servicios de salud materna y planificación familiar, mientras que otras áreas de la salud sexual y reproductiva están más desatendidas desde este punto de vista. La Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, aparece como un esfuerzo inicial, pero que no ha contado aún con el desarrollo necesario en todas las áreas. Temas como las infecciones vaginales, el abordaje de la violencia o el tratamiento de la infertilidad son áreas que aparecen que probablemente debería ser completarse, puesto que un de los aspectos que más se reclama desde la perspectiva intercultural, es la integralidad de la atención de la salud sexual y reproductiva.

El análisis de las normas se ha realizado tomando como base ciertos temas, que han sido resumidos para normas en cada ficha (ver adjunto). En este sentido los hallazgos, de acuerdo a estas categorías, son los siguientes:

Aceptabilidad:

Se ha podido observar que en gran medida las normas responden a los problemas priorizados de las mujeres. Los pocos diagnósticos que existen con perspectiva cultural, respecto a las necesidades de las mujeres, como son los Autodiagnósticos de Proyecto ReproSalud y otros que se conocen en el medio, la salud materna, especialmente la morbimortalidad materna, la necesidad de regular su propia fecundidad y los descensos vaginales, son los principales problemas de salud sexual y reproductiva que las mujeres identifican. De estos temas, al menos dos son relevados por el Ministerio de Salud, lo que hace ver el alto potencial que tienen sus intervenciones al responder a las necesidades de las mujeres. Por lo tanto, los temas abordados en las normativas, responden a las necesidades identificadas

Aunque los temas son altamente aceptables, es importante tomar en cuenta cuales son los esfuerzos para que las intervenciones sean efectivamente valoradas y asumidas por las mujeres. Un punto de discusión importante sería como se está estableciendo el diálogo intercultural. Del análisis de la normativa (no su aplicación) se puede decir que aún prevale un enfoque unidireccional; es decir, hay un mayor énfasis en ciertas adecuaciones que se proponen desde los proveedores de servicios, pero sin poner aún en cuestión la lógica que subyacen en las prácticas locales. Un esfuerzo interesante en este sentido, es la *Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva con enfoque intercultural* y la *Guía Técnica del Parto Vertical*. Está última hace mas bien un análisis de la fisiología demostrando las ventajas que tendría un parto vertical, sin recoger la lógica que para las mujeres tiene dar a luz de esa manera. Definitivamente estas normas suponen grandes avance, y buena muestra de ello es como han inspirado normas y protocolos de la atención del parto similares en otros países de la región. Sin embargo, aún no se puede decir que por lo menos este aspecto, tenga efectivamente un diálogo intercultural, aunque es muy factible que sus resultados así lo demuestren.

Eficacia

Abordar la eficacia, probablemente sea incidir en el encuentro de las lógicas; en comprender entre uno y otro lado, las razones por las cuales emplean una determinada práctica, aunque no compartan necesariamente los mismos principios. Esta es probablemente, desde la perspectiva integral, la parte menos trabajada. Es probable que estas nociones de eficacia sí se den en el mundo real de la interacción, pues no se puede olvidar que los proveedores son seres humanos que van interactuando con otras personas, aprendiendo cotidianamente de la gente y transmitiendo información. No resulta muy sencillo capturar la dinámica de una relación proponerla en una norma técnica que sólo propone una serie de procedimientos a cumplir. Esto hace que temas como el cuidado de lo frío, caliente, cálido, ausencia de reglas (amenorreas), no sea incorporado como parte de las áreas a explorar y que definitivamente inciden en lo que se entiende de qué es eficaz para uno y qué es eficaz para el otro. El estudio de Calidad de Atención de Jeannine Anderson, por ejemplo, señala como un criterio de eficacia el control de los síntomas y no necesariamente en la cura de la enfermedad, que sí es percibido como eficaz desde quienes están mas cerca del sistema biomédico .

En cuanto a la prevención de riesgos innecesarios, dentro de un enfoque de eficacia, tal como se ha señalado anteriormente, el tema más constante es asegurar el consentimiento informado, evitando así los serios contrasentidos de la anticoncepción impuesta.

Participación

El mayor mecanismo de participación son los promotores de salud, pero que son percibidos principalmente como extensores de las actividades del servicio de salud en la comunidad. En temas de vigilancia y monitoreo social, no hay mucha información, ni siquiera en lo que serían los Comités de Mortalidad Materna, en donde se propone un comité ampliado, pero cuyo papel es mas bien la participación colaborativa

Aplicabilidad de la norma

Son muy pocas las normas que señalan pasos para su aplicación. Se supone que como normas técnicas o guías, están sujetas de evaluación y de monitoreo, pero ninguna tiene indicadores precisos, a excepción de la Norma Técnica de Calidad de los Servicios. Esto hace que las normas muchas veces no sean conocidas. Muy pocas normas proponen capacitación y esta es un área que podría ser fortalecido y darían cuenta de que competencias se requieran para aplicar la misma. Por lo tanto, es un área clave, pero también muy ausente en estos instrumentos.