

xix. El personal de salud impulsó una estrecha colaboración con los ACS, coordinando, capacitando y manteniendo reuniones periódicas.

xx. Se promovió una red comunitaria y familiar para los traslados. Los líderes y familias conocen los procedimientos de evacuación en caso de parto, con acceso directo a la obstetra y ambulancia.

xxi. La Microred, la Red, el Ministerio de Salud que respondió a las demandas de las comunidades indígenas capacitaron al personal en salud intercultural.

D. Calidad: Implica estándares de cuidado, trato respetuoso, capacitación del personal, almacenamiento adecuado de insumos e infraestructura segura.

Barreras en tiempos normales (antes de pandemia)

i. Infraestructura, equipamiento y recursos humanos limitados que debilitan la atención general del servicio de salud materna.

ii. Rotación de personal de salud obstaculiza capacitación en interculturalidad en los EESS, dificultando la continuidad de los avances logrados.

iii. Médicos del SERUM enfrentan desafíos al adaptarse a nuevas prácticas culturales durante su corto período de servicio.

iv. El personal de salud conoce poco sobre las normas de adecuación intercultural en la atención primaria de salud.

v. El plan de parto, crucial para la atención, no se respeta en el momento del parto. Aunque se completa durante los controles prenatales, el personal de salud no lo consulta.

vi. Parturientas hospitalizadas demandan mejoras en infraestructura y, sobre todo, trato adecuado por parte del personal de salud.

Barreras en tiempos de pandemia del COVID-19

vii. Durante la pandemia, colapsaron los servicios y existió un ambiente tenso lo que desanimó a las mujeres indígenas de acudir a sus controles prenatales o dar a luz en los EESS.

viii. El personal de salud estuvo sobrecargado por la pandemia, enfrentó incertidumbre laboral y emocional debido a la falta de apoyo y riesgo constante de contagio.

ix. La obligación de usar mascarilla durante el parto, por precaución ante el contagio, no consideró la dificultad de la situación para la mujer.

x. La pandemia aumentó los riesgos para gestantes y bebés, afectando su bienestar emocional y físico, lo que a veces impedía que ellas buscaran atención médica.

Fortalezas: lo que sí funcionó

xi. Implementación de un protocolo claro para gestantes frente a la emergencia del parto; se les enseñó a contactar a la obstetra en caso de parto nocturno, asegurando transporte al EESS (hospital).

xii. El personal de salud adaptó su EESS para atender tantos casos positivos y no Covid-19, garantizando seguridad en el servicio.

04. REFERENCIAS

- Ministerio de Salud. (2016). NTS N°121-MINSA/DGIESP V.01, Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.
- Ministerio de Salud. (2019). Directiva Administrativa N°261-MINSA/SGIESP, para la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención.
- World Health Organization. (2023). Availability, accessibility, acceptability and quality infographic.

AGRADECIMIENTOS

Este resumen ha sido posible gracias a la colaboración de la Unión Indígena Asháninka Nomatsiguenga del Valle Pangoa (KANUA); a la Organización de Comunidades Ashánincas de Mazamari (OCAM); a la municipalidad distrital de San Martín de Pangoa, a la municipalidad distrital de Mazamari y al personal de salud de los establecimientos de ambos distritos. Agradecemos de manera especial a las 21 mujeres indígenas que dieron a luz en tiempos de pandemia y compartieron sus experiencias con el equipo de investigación. También, al equipo de gestión del estudio: Esperanza Ludeña, Jenny Nureña, Javier Huaja, Edith Vargas, Julián Flores, Rosa Capirushari, Henry López y Karen Mahuanca Flores.

FINANCIAMIENTO

El estudio estuvo financiado por CONCYTEC en el marco del concurso "Proyectos de investigación aplicada a las ciencias sociales", según contrato PER501078515-2022 PROCIENCIA.

COMO CITAR

Bazán M., M. Amalia Pesantes., (2024). Atención en salud materna culturalmente apropiada: lecciones desde las comunidades indígenas de la selva central. Resumen N°001 SSLP/FONDECYT. Perú.



01. CONTEXTO:

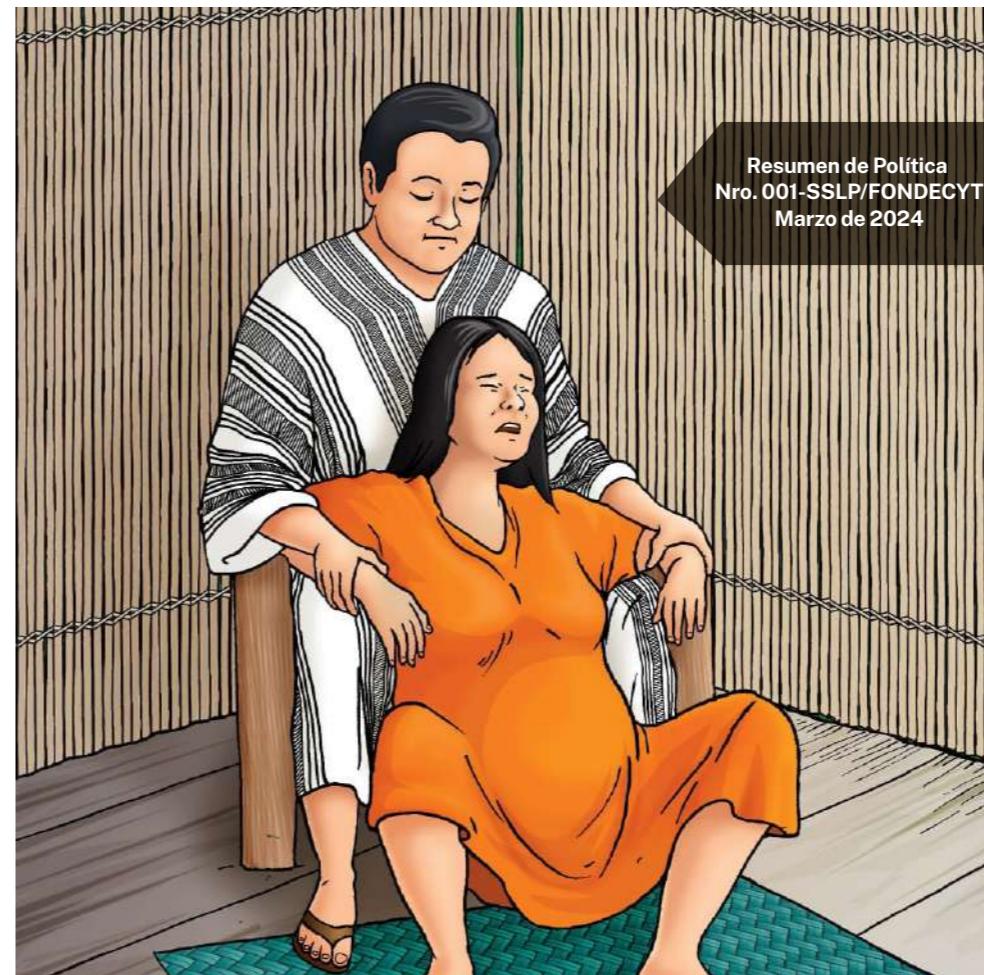
La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud es un derecho, articulado en cuatro principios:

Disponibilidad, Accesibilidad,

Aceptabilidad y Calidad. Estos principios garantizan que usuarios y usuarias puedan ejercer su derecho a la salud. Las mujeres indígenas suelen enfrentar problemas para ejercer su derecho a la salud, especialmente cuando requieren servicios de salud materna. Entre abril y julio de 2023, con el apoyo financiero de FONDECYT, Salud Sin Límites Perú, investigó la continuidad en el uso del enfoque intercultural en la atención de salud materna dirigida a mujeres indígenas en la selva central del Perú durante la pandemia del COVID-19.

El estudio recogió las experiencias de mujeres indígenas, autoridades comunitarias, agentes comunitarios de salud (ACS), agentes de medicina tradicional (AMT) y personal de salud; y documentó la respuesta de la red comunitaria de salud ante los desafíos planteados por la pandemia del COVID-19. Identificó fallas en la adecuación de los servicios de salud materna a las perspectivas indígenas, falta de respeto a las concepciones indígenas sobre el parto y los cuidados asociados al mismo. Se evidenció la necesidad de fortalecer la colaboración entre la red comunitaria de salud y el sistema formal de salud para abordar las necesidades específicas de las mujeres indígenas durante la pandemia.

Este resumen de política describe el objetivo del estudio, y sus hallazgos; y propone recomendaciones para continuar en el esfuerzo por garantizar el derecho a la salud a través de la adecuación intercultural de los establecimientos de salud. Busca promover un diálogo entre las comunidades indígenas, las autoridades locales, el personal de salud y los decisores políticos para fortalecer su aplicación general en el país.



ATENCIÓN EN SALUD MATERNA CULTURALMENTE APROPIADA: LECCIONES DESDE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE SELVA CENTRAL.



MENSAJES CLAVES:

- La mortalidad materna refleja las desigualdades sociales que afectan a las mujeres indígenas de la Amazonía. La pandemia del COVID-19 exacerbó estas desigualdades.
- Se requiere esfuerzos concretos y sostenidos para institucionalizar la política de salud intercultural y así garantizar el derecho a la salud en las poblaciones indígenas.

02. EL ESTUDIO:



El **objetivo** del estudio fue describir las experiencias de mujeres indígenas amazónicas durante el embarazo, parto y postparto, así como documentar la respuesta de la red comunitaria de salud ante los desafíos planteados por la pandemia.

Se usó una **metodología** cualitativa que consistió en entrevistas a profundidad con 21 mujeres indígenas que dieron a luz en los años 2020-2021. Además, se entrevistaron a líderes comunitarios, agentes comunitarios en salud, agentes de medicina tradicional, profesionales de la salud y autoridades de salud en los distritos de Pangoa y Mazamari.

03. HALLAZGOS PRINCIPALES:



Hemos organizado los hallazgos a partir de los cuatro principios de la OMS orientados a garantizar el derecho a la salud.

A. Disponibilidad: Consiste en garantizar servicios de salud materna en número suficiente para un área geográfica determinada. Cuando esto no es posible, se deben ofrecer alternativas, como las Casas Maternas. Incluye contar con un sistema de referencia y contrarreferencia efectivos, y de equipamiento y medicamentos.

Limitaciones y barreras

- i. En algunos establecimientos, la ausencia de personal de salud indígena dificulta la comunicación y la confianza entre pacientes y profesionales. Esta barrera persiste en lugares más remotos, donde los ACS actúan como traductores.
- ii. La falta de atención en el idioma local desalienta a las mujeres indígenas a buscar atención médica, afectando su experiencia durante el parto. Muchas manifestaron que preferirían ser atendidas en su idioma.
- iii. La información que reciben las gestantes es insuficiente y no se entienden los procedimientos a seguir y su importancia. Su clara y detallada información puede ayudar a contrarrestar los temores y creencias negativas sobre los servicios de salud.
- iv. Los servicios limitados de laboratorio y ecografías en las comunidades obligan a las mujeres a ser referidas a la capital del distrito, generando costos económicos y pérdida de tiempo. Esta barrera desalienta la continuidad de la atención prenatal, evidenciando la necesidad de servicios más accesibles y completos en las zonas rurales.

Fortalezas: lo que sí funcionó

- vii. Los EESS implementaron un plan mensual de visitas a comunidades remotas, con

B. Accesibilidad: Implica acoger a los usuarios sin discriminación, con facilidades físicas y económicas, y brindando información clara.

Barreras en condiciones normales (antes de la pandemia)

- i. La distancia entre las zonas rurales y los centros urbanos complica la referencia al hospital: Las dificultades económicas y geográficas impiden a las gestantes acceder a la atención médica adecuada. Se sugieren visitas domiciliarias para mitigar riesgos.
- ii. Dar a luz en los EESS exige gastos de transporte así como ropa y pañales para el bebé, que las familias indígenas no pueden costear debido a sus limitaciones económicas. A veces se reprenden a los padres por no proveer los insumos esperados. En algunos casos el personal de salud brinda kits de emergencia.
- iii. La exigencia de dar a luz en el EESS para obtener documentos como el DNI y seguro de salud es una barrera burocrática. Se condiciona a las gestantes a dar a luz en el centro de salud, generando temores aunque pueden obtener los documentos posteriormente.

Barreras en tiempos de pandemia del COVID-19

- iv. Durante la pandemia, el temor al contagio del COVID-19 disminuyó la asistencia a los establecimientos de salud. Las restricciones de tránsito y protocolos de protección también contribuyeron. Se implementaron horarios específicos y medidas para atender a gestantes sin mayores riesgos, adaptándose a la situación.
- v. En varios EESS durante el parto, las gestantes y sus acompañantes no recibieron alimentación básica debido a la falta de presupuesto. Los familiares tuvieron que traer comida, generando gastos adicionales y dificultades.
- vi. Se redujo el acceso a medicamentos esenciales debido a la priorización de recursos para insumos relacionados con el COVID-19.

Fortalezas: lo que sí funcionó

- vii. Los EESS implementaron un plan mensual de visitas a comunidades remotas, con

equipos médicos y laboratorios móviles. Esto permitió atender en su propio entorno, a pacientes reduciendo costos y barreras de acceso.

- viii. Durante la pandemia, se optó por evitar visitas al centro de salud. El personal médico monitoreaba gestantes a través de llamadas telefónicas y luego visitas domiciliarias.
- ix. En algunos EESS, se fomentó que las gestantes se muden cerca al establecimiento de salud un mes antes del parto, aprovechando la cercanía de familiares, facilitando un traslado oportuno antes del trabajo de parto.
- x. A pesar del COVID-19, el servicio de salud en estas comunidades nunca se interrumpió, funcionando con horarios ajustados. Esto contrasta con otras zonas que suspendieron servicios por contagios y temor.

C. Aceptabilidad: Implica que los servicios de salud sean culturalmente apropiados y éticamente sólidos, con personal que sea sensible a las diferencias de cultura, género y ciclo de vida.

Barreras en tiempos normales (antes de la pandemia)

- i. A pesar de incentivos y sanciones, las mujeres indígenas prefieren dar a luz en casa pues los servicios de salud no se adaptan a sus prácticas culturales.
- ii. Las mujeres critican la falta de adecuación en cinco aspectos: posición del parto, uso de hierbas y prácticas tradicionales, acompañamiento familiar, manejo de la placenta y condiciones de la casa materna.

- La mayoría de las mujeres indígenas prefieren dar a luz en posición vertical, pero muchas no son consultadas al respecto.

- En las comunidades indígenas, es esencial contar con el apoyo de familiares durante el parto, especialmente el esposo. Sin embargo, durante la pandemia del COVID-19, estas prácticas se vieron restringidas.

- Las comunidades indígenas valoran el uso de plantas medicinales durante el embarazo y el parto. Sin embargo, para facilitar su uso en los EESS, es esencial integrar el conocimiento tradicional con el de los profesionales de la salud (al momento de su aplicación).

- La entrega de la placenta tras el parto es importante. Muestra respeto hacia las costumbres.

- La casa materna carece de comodidades básicas y espacio adecuado para las mujeres indígenas.

- iii. El personal de salud no consulta ni respeta las preferencias culturales de las mujeres. Agentes comunitarios señalan que los protocolos de atención materna no se adaptan a la cultura local.

iv. En algunas comunidades indígenas, se aplican multas a mujeres que dan a luz en casa o no asisten a controles prenatales.

v. El Programa Juntos ofrece incentivos monetarios a quienes eligen dar a luz en establecimientos de salud.

vi. Poca coordinación entre personal de salud y agentes tradicionales. Aunque estos últimos son reconocidos como clave, no se coordina ni se les capacita.

vii. Mujeres indígenas evitan ser atendidas por varones en servicios de salud por vergüenza y temor, y a menudo sus esposos también se oponen.

viii. El personal de salud desconfía de la medicina tradicional por falta de evidencia científica, por lo que no la promueve.

Barreras en tiempos de pandemia del COVID-19

ix. Mujeres indígenas temían por su embarazo ante la falta de información y miedo a contagiar al bebé con COVID-19.

x. Restricciones en planificación familiar durante COVID-19 aumentaron embarazos, colapsando servicios de salud por demanda.

xi. Se restringió presencia de familiares (esposo) durante el parto por temor al COVID-19.

xii. Se expandieron las creencias negacionistas del COVID-19 debido a influencias religiosas. Esto obstaculizó los protocolos de salud y la prevención.

Fortalezas: lo que sí funcionó

xiii. Gran parte del personal de salud mostró interés en aprender y respetar las costumbres indígenas en torno al parto. Reconocen la importancia de esta práctica para mejorar la atención materna.

xiv. Personal de salud procuró cercanía y se adaptó al momento (pandemia), ganándose la confianza y respeto en las comunidades.

xv. Muchas mujeres valoraron la atención en el EESS después de dar a luz, especialmente por el apoyo que recibieron del personal de salud.

xvi. Durante el COVID-19, el uso de medicina tradicional ayudó a las mujeres en el parto y a la población en general a prevenir y tratar síntomas, revalorizando sus prácticas ancestrales de salud.

xvii. El personal de salud promovió el parto institucional con incentivos financiados por ellos mismos, evitando medidas coercitivas.

xviii. Algunos profesionales de la salud promovieron activamente la participación del varón durante el parto para visibilizar el esfuerzo de las mujeres y comprometer a sus parejas en su rol de padres.