Estándares Básicos
PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

DOCUMENTO DE TRABAJO

Estándares básicos para
SERVICIOS DE SALUD MATERNA
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

® **UNFPA y FCI 2012**
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Family Care International (FCI)

Autores:
Dr. Neptalí Cueva,
Dr. Jorge Hermida,
Cristina Puig Borràs

Edición: Ariadna Capasso

Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El documento fue desarrollado en el marco de la iniciativa Mujer Indígena: Salud y Derechos del Fondo de Cooperación para América Latina y el Caribe UNFPA/AECID, y es fruto de un esfuerzo regional conjunto del UNFPA; los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú; la Comisión Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); el Enlace Continental de Mujeres Indígenas-Región Sudamérica; y Family Care International (FCI).

contenido

1 Introducción 5

2 Contexto y base legal 7

3 Desencuentros interculturales en los servicios de salud materna 9

4 Definiciones 11

5 Estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural 13

6 Incorporación de los estándares en los sistemas de salud 25

ANEXO 1
Encuesta de satisfacción de la usuaria por la atención del parto 27

ANEXO 2
Encuesta de satisfacción de la usuaria o su familia con el servicio de salud materna 29

INTRODUCCIÓN

Más de 8.000 mujeres pierden su vida cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas al embarazo y el parto. Conocemos soluciones asequibles y concretas para evitar la gran mayoría de las muertes maternas. Dejar que estas muertes innecesarias sigan ocurriendo es intolerable.

En los últimos 20 años se redujo el número global de defunciones maternas en un 47%. En 2010, se estima que la razón de mortalidad materna en América Latina y el Caribe fue de 80 por 100.000 nacidos vivos; 41% menos que las cifras de 140 por 100.000 nacidos vivos estimadas en 1990[1] . Si bien esta reducción supone un avance positivo, no es suficiente para cumplir con las metas a las que se comprometieron los gobiernos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 a 2015.

La normativa internacional de derechos humanos incorpora el compromiso de los Estados de asegurar que la mujer no pierda su vida durante el embarazo y el parto por causas prevenibles, en el marco del ejercicio de sus derechos a la salud sexual y reproductiva y a una vida digna. El desarrollo y aplicación de políticas y prácticas de salud pública adecuadas son básicos para que los Estados hagan efectivos estos derechos[2].

MUERTE MATERNA ES:

La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los primeros 42 días después de la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o el parto mismos o su atención.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, 1992.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA ES:

Número de muertes maternas en una población dividido por la cantidad de nacidos vivos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna, 2005

En América Latina y el Caribe la mortalidad materna sigue siendo un problema no resuelto. Los datos agregados ocultan grandes disparidades entre los países y dentro de los mismos. De hecho, la falta de información estadística desagregada por etnicidad y de indicadores culturalmente relevantes suponen un reto para medir y consolidar avances. Sin embargo, estudios puntuales dejan ver que, en general, las muertes maternas se concentran en zonas rurales, pobladas desde tiempos ancestrales por pueblos originarios e indígenas. Estas muertes están vinculadas a un menor acceso a servicios de salud aceptables y de calidad.

En Bolivia se estima que la atención del parto por personal calificado llega al 83% entre mujeres no indígenas y sólo al 52% entre mujeres indígenas (ENDSA 2003). En Ecuador, el 52% de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal, pero sólo el 18% de las mujeres indígenas lo hace. Sólo el 30% de las mujeres indígenas dan a luz con personal calificado, frente a un promedio nacional del 74% (ENDEMAIN 2008).

1 Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. WHO. Geneva, 2012.

2 Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Julio 2012. A/HRC/21/22.

El marco jurídico y político de la región ha cambiado notablemente en los últimos 20 años. Las constituciones vigentes reconocen a los pueblos indígenas y los Estados se definen como plurinacionales y multiétnicos. También se ha desarrollado un cuerpo de legislación que incluye políticas de salud intercultural, si bien a nivel operativo, el grado de implementación de este marco legislativo varía.

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social, y que permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad de los servicios de salud.

AVANCES JURÍDICOS	
MEDIDA ESTABLECIDA	**NÚMERO DE PAÍSES**
Cuenta con medidas específicas sobre salud indígena	13
Se reconocen prácticas tradicionales	11
Se permite el use de plantas medicinales	6
Los servicios de salud deben observar las costumbres de los pueblos indígenas	7
Los servicios deben contar con participación plena y efectiva de los pueblos indígenas	9
Existe una política nacional de salud indígena	10

Fuente: Comunicación de Mirna Cunningham, Centro para la Autonomía y Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Nicaragua, y Presidenta del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas

A pesar de este importante desarrollo normativo, *¿por qué siguen muriendo en mayor proporción las mujeres indígenas?* Sabemos que ciertos factores culturales como el idioma, la concepción de la salud y la enfermedad, o ciertas prácticas no basadas en la evidencia pero muy arraigadas en los servicios de salud (como la prohibición de prácticas inocuas de gran valor identitario y tradicional para los pueblos indígenas, por ejemplo), constituyen serios obstáculos para el acceso de mujeres indígenas, en situación de exclusión y viviendo en zonas rurales, a atención calificada durante el parto y a cuidados obstétricos oportunos.

Si bien se han realizado avances en el desarrollo de políticas de salud materna con pertinencia intercultural, su implementación y operativización a nivel de los servicios, sigue siendo un reto, y son escasos los instrumentos disponibles para impulsar su aplicación.

Esta propuesta de *estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural* quiere dar respuesta a este reto. Su objetivo es contribuir a articular la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna, en el marco de procesos de mejora de la calidad técnica y humana de la atención. Para ello, propone instrumentos (indicadores y estándares) que permitan impulsar, medir y evaluar el avance en la implementación de servicios de salud materna con pertinencia intercultural.

La propuesta se ha desarrollado entre 2011 y 2012 con la inestimable contribución de equipos técnicos de salud de Bolivia, Ecuador y Perú, representantes de la Comisión Andina de Salud Intercultural del ORAS-CONHU, de organizaciones indígenas, parteras y personas con saberes ancestrales de dichos países, y de expertos y expertas en salud materna e interculturalidad de toda la región.

El documento va dirigido a autoridades y tomadores de decisiones de los ministerios de salud, de unidades descentralizadas de salud y de otras instituciones del ámbito de la salud, comprometidos en procesos de mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud materna en su territorio.

CONTEXTO Y BASE LEGAL

La diversidad cultural es una característica del mundo actual, y también de los países de América Latina y el Caribe. La población indígena y originaria forma parte de esta diversidad, y supone cerca del 10% de la composición poblacional de la región. En Bolivia, Ecuador y Perú la población indígena constituye aproximadamente el 60%, 7% y 14% de la población total, respectivamente[1]. Las poblaciones afro-descendientes y asiático-descendientes, entre otras, amplían el crisol de diversidad cultural al que los sistemas de salud tienen que dar respuesta.

En los últimos diez años se ha desarrollado un marco legal a nivel internacional y regional, relativo al derecho a la salud con pertinencia intercultural. Éste apela a la necesidad de transformar los sistema de salud de manera participativa, para hacerlos culturalmente más inclusivos y fortalecer su capacidad de atender y responder a las necesidades de todas las poblaciones a las que sirve.

Esta propuesta de estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural, y sobretodo su aplicación a nivel de los servicios, contribuye a la implementación del marco legal. A continuación se listan las declaraciones y recomendaciones más importantes de dicho marco:

- *Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, (...) tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud (...)*

  Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud (...)

  (Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos indígenas (61/295), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007. Artículos 23 y 24.)

- *El Foro Permanente, (...), recomienda también que todas las entidades competentes (...) las organizaciones regionales de la salud y los gobiernos, incorporen plenamente una perspectiva cultural en las políticas y los programas sobre salud destinados a brindar a la mujer indígena una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, una planificación voluntaria de la familia y una asistencia cualificada en el parto.*

  (Informe del 5° periodo de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, 2006. Artículo 48.)

PLAN ANDINO DE SALUD INTERCULTURAL

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), organismo intergubernamental de cooperación regional creado en 1971 para fortalecer la integración andina en salud, incluye entre sus prioridades estimular la creación de servicios de salud con enfoque intercultural. Con ese fin, ORAS-CONHU ha constituido la Comisión Andina de Salud Intercultural y desarrollado el Plan Andino de Salud Intercultural. Su objetivo es promover planes y acciones ministeriales que contribuyan al ejercicio de los derechos de los pueblos originarios y a la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural. La Comisión de Salud Intercultural está a cargo de desarrollar la Política Andina de Salud Intercultural, que incluye entre otros, la adecuación de los servicios de salud, para reducir de la mortalidad materna entre mujeres indígenas.

1 UNICEF. Atlas sociodemográfico de pueblos indígenas en América Latina. Tomo 2, 2009. P.2.

- *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

  (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966. Artículo 12.)

- *El presente informe ha reseñado los deberes de los Estados para garantizar la protección del derecho a la integridad de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad. Recomendaciones:*

  5. Fortalecer la capacidad institucional para garantizar (...) el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y periodo después del parto, (...) respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres. (...)

  9. Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, atendiendo y respetando sus expectativas, tradiciones y creencias.

  (Relatoría sobre los derechos de la mujer en cuanto al acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos[4]. Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, 2010.)

- *20. Para hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva es necesario que se cumplan las siguientes normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud: (...)*

  b) La accesibilidad en cuatro dimensiones que en parte se superponen: la dimensión física, la económica (asequibilidad), la de la no discriminación y la de la información;

  c) La aceptabilidad, en términos del respeto de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, teniendo en cuenta las necesidades relacionadas con el género y con el ciclo de vida (...)

  d) La calidad (...); la atención respetuosa de las mujeres que utilizan los servicios de salud es una dimensión fundamental tanto de la calidad como de la aceptabilidad.

  (Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad[5]. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, julio de 2012. A/HRC/21/22.)

- *Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. (...)*

  (Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 1994. Artículos 3, 7 y 25.)

4 Disponible en http://cnb.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap4.sp.htm

5 Disponible en http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf

DESENCUENTROS INTERCULTURALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

Los desencuentros interculturales que ocurren en los servicios de salud materna y salud sexual y reproductiva, han sido identificados y analizados por numerosas investigaciones, en la literatura sobre el tema así como por diversos diagnósticos llevados a cabo por organizaciones de mujeres indígenas[6]. Esto nos permite entender mejor el itinerario terapéutico y el proceso de toma de decisión relativo a la búsqueda de atención en los establecimientos de salud o en los recursos humanos de la comunidad (promotores, personas con saberes ancestrales y parteras, entre otros). Hoy conocemos mejor las causas de estas brechas culturales que obstaculizan el acceso de las mujeres indígenas a servicios calificados de consejería anticonceptiva, atención prenatal, del parto y el puerperio.[7,8]

Estos desencuentros emergen tanto de la oferta como de la demanda de los servicios de atención a la salud materna. En el caso de la oferta se identifican los siguientes componentes:

- La *normatividad*, la verticalidad de programas y planes, y la exigencia a los servicios de cumplir con ciertas metas (en cuya elaboración no participaron las beneficiarias), pueden conducir al maltrato y a la imposición de medidas sancionadoras. Por ejemplo, negar la entrega del certificado de nacimiento o el acceso a programas sociales, en caso de parto domiciliario.

- Aspectos relativos a la *infraestructura* de los servicios. La señalización en idiomas que las mujeres indígenas no entienden; el mobiliario (camas altas y angostas); el ambiente (temperatura fría); o la falta de privacidad y confidencialidad.

- La forma de *organización* de los servicios salud. Las demoras; la atención brindada sólo por varones (cuando la usuaria prefiere ser atendida por una mujer); la referencia a otros establecimientos, en caso de ser necesaria la atención en otro nivel de complejidad, que aleja a la mujer de su familia, entorno y recursos.

- Las *deficiencias* de los sistemas de salud, como el desabastecimiento de medicinas, la falta de equipamiento y/o de profesionales en los propios establecimientos de salud. Todo ello alimenta la desconfianza en los servicios entre la población.

- Los *procedimientos* técnicos invasivos y que afectan la privacidad de la usuaria (tactos vaginales, venoclisis, uso de espéculo, legrados, episiotomías, cesáreas y otros), pueden resultar intimidatorios si no son bien explicados durante todo el proceso de contacto entre usuaria y proveedor.

- El *personal* de salud puede contribuir al levantamiento de brechas interculturales:

  - Su cosmovisión y su valoración desde una cultura hegemónica que tiende a imponerse, subordinar o ignorar otras culturas.

6 Taller ECUADOR Mujer Indígena: Salud y Derechos. Diagnóstico Participativo con CONAIE, UNIPA, FCI, AECID Enlace Continental, Quito, 2009. Taller PERÚ Mujer Indígena: Salud y Derechos. Diagnóstico participativo con el Taller Permanente de Mujeres Indígenas Amazónicas y Andinas del Perú, UNFPA, FCI, AECID Enlace Continental, Perú, 2009. Taller BOLIVIA Mujer Indígena: Salud y Derechos. Diagnóstico participativo con CIDOB, CNAMIB y CNMCIOB-BS, UNFPA, FCI, AECID y Enlace Continental, Bolivia, 2009.

7 Secretaría de Salud México. El enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México D.F., 2007.

8 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud. Quito, 2006.

- Su condición socioeconómica, experiencias y expectativas, afectan cómo se relaciona con las usuarias, con las cuales puede descargar su incomodidad, molestias o frustraciones.
- Su desconocimiento o falta de comprensión del idioma local y de los códigos culturales de las usuarias, dificulta la atención y lo puede llevar a desvalorizar a la usuaria o a generar imposiciones y enfrentamientos.
- Su desconocimiento de los derechos diferenciados de los pueblos indígenas a los que atiende (derecho a la libre determinación, información, respeto cultural, participación, etc.).
- La falta de disposición o de capacidad para comunicarse con las usuarias puede llevar a abusos en la prestación de servicios (imposición de procedimientos, tratamientos o decisiones) y supone la negación del derecho a la participación y al diálogo.
- Trasgresión a la ética profesional (deficiencias en la entrega de información, cobros indebidos, ausencia de consentimiento informado para ciertos procedimientos, etc.).
- Debe tomarse en cuenta las condiciones de trabajo –a menudo poco atractivas y duras– en las que operan los profesionales de salud. Como colectivo profesional tienen derecho y tienden a la superación personal, lo cual afecta su motivación y rendimiento.
- El ambiente laboral, las jerarquías internas y las malas relaciones interpersonales que puedan haber dentro de un equipo sanitario, crean discrepancias, deterioran las relaciones interpersonales y generan malestar, lo cual repercute en la atención de las usuarias.
- La alta rotación y las ausencias prolongadas del personal de los servicios generan malestar y desconfianza entre la población usuaria.

Desde las usuarias, familias o comunidades que **demandan** el servicio, identificamos las siguientes posibles brechas:

- La *diferente cosmovisión* y percepción del proceso salud-enfermedad-muerte puede suscitar conflictos conceptuales y hacer que la usuaria se sienta discriminada o desvalorizada en el servicio.
- Los valores o prejuicios de las usuarias, y las dificultades para comprender los *códigos culturales* del personal de salud, crean distanciamientos sociales que influyen en la decisión de aceptar o no los procedimientos técnicos recomendados en los servicios.
- La *organización familiar* y los niveles de toma de decisión alrededor de la mujer en una comunidad cultural determinada, influyen en su capacidad de decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida.
- El conocimiento y la capacidad de la usuaria de ejercer sus *derechos*, que le permitirá exigir una mejor calidad de atención.
- La *ubicación geográfica* y dispersión de las viviendas y comunidades, influye en los costos no monetarios que hacerse atender en el servicio de salud tendrá para la usuaria (transporte, tiempo, dejar de atender las tareas del hogar, los otros hijos, el campo, etc.).
- El *nivel educacional* de la usuaria y su grado de acercamiento a la cultura de la sociedad envolvente.
- Sus *experiencias*, negativas o no, con la sociedad no indígena y específicamente con los servicios de salud. Estas experiencias determinan su actitud de rechazo o aceptación, su decisión de acudir o no al servicio.

DEFINICIONES

ESTÁNDAR

Los estándares se conciben como enunciados explícitos que definen las expectativas de cómo debe desempeñarse una actividad de atención de la salud para producir los resultados deseados[9]. Se vinculan a las normativas emitidas y definen lo que es necesario para producir servicios de calidad. Los estándares deben definirse claramente, ser alcanzables y estar a disposición de los proveedores de servicios de la salud.

Los estándares pueden ser de tres tipos:

- de entrada (recursos necesarios para proveer atención, como personal capacitado o equipamiento),
- de proceso (actividades y tareas para alcanzar un resultado particular), o
- de salida (resultados que derivan de los estándares anteriores; por ej. la situación clínica de la paciente)[10].

Tres funciones claves de los estándares[11]:

- Establecen, a partir de las necesidades, deseos y expectativas de las usuarias, las metas de calidad que debe alcanzar el servicio.
- Sirven de parámetro para medir los niveles de calidad que realmente se logran en el servicio.
- Indican al personal cuáles son, de acuerdo a los criterios de la institución, las características concretas que deben poseer los productos o servicios brindados, para que sean considerados aceptables, óptimos o de calidad.

Definir estándares concretos es más complejo en contextos de diversidad cultural en los que se tiene que lograr la pertinencia intercultural teniendo en cuenta realidades disímiles dentro de un mismo territorio, lo cual complica la tarea de homogenizar parámetros.

INDICADOR

El cumplimiento de los estándares puede ser monitoreado a través de indicadores. Los indicadores son variables o características medibles que sirven para determinar el nivel de desempeño de un sistema o proceso, el grado de adherencia a un estándar, o el logro de una meta de calidad[12]. Los indicadores intentan medir u objetivar en forma cuantitativa y cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas[13].

La calidad y utilidad de un indicador se define por su:

- *Validez:* efectivamente mide lo que pretende medir.
- *Confiabilidad:* su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.

9 Marquez L. *Helping Healthcare Providers Perform According to Standards*. Quality Assurance Project, QAP, Issue Paper, September, 2001, Vol. 2, Issue 3.

10 Ibid, p 5.

11 MK Marketing. Los estándares de calidad del servicio. Nro 164, diciembre 2005.

12 Mainwaring R, Askew K, Brijnke L, Miller Franco L., Romanier L., Kiefer E & MacAulay C. A. *Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality*. Quality Assurance Project, QAP, 2000.

13 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Guía General de Indicadores de Gestión en Salud. La Paz, Bolivia, 2008.

- *Especificidad:* mide solamente el fenómeno que pretende medir.
- *Sensibilidad:* puede medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- *Mensurabilidad:* basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- *Relevancia:* mide y da respuestas claras sobre un aspecto importante para el logro del objetivo.
- *Costo-efectividad:* los resultados que brinda justifican la inversión en tiempo y otros recursos.
- *Sencillez:* es fácilmente utilizable e interpretable.

Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos (construidos sobre la base de varios indicadores simples). Los sistemas de información en salud tienen grandes avances en cuanto a indicadores. Sin embargo, para mediciones relativas a la pertinencia intercultural de los servicios, los sistemas aún no están suficientemente desarrollados. Se pueden considerar indicadores simples (como las tasas diferenciadas según etnia de morbilidad, mortalidad o cobertura) y complejos (como la calidad humana del servicio percibido desde la cosmovisión y expectativas de la usuaria).

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad de la atención es un componente esencial para la reducción de la mortalidad materna, y un derecho humano fundamental. Se busca *calidad en la atención* médica cuando se realizan esfuerzos encaminados a garantizar servicios de salud accesibles y equitativos, con presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y la satisfacción de la usuaria con la atención recibida[14].

La calidad de los servicios de salud refleja la correspondencia entre las características de los servicios ofertados a la población, y el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. La *calidad* posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado, para una institución en particular, y en ella juegan un importante papel los factores subjetivos o psicosociales (las creencias, la idiosincrasia y los valores, entre otros).

La satisfacción de usuarios y proveedores de salud constituye una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención. Son determinantes fundamentales de la calidad de los servicios[15], entre otros, su confiabilidad, receptividad, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, capacidad de entender y conocer al usuario, y otros aspectos tangibles del servicio.

La calidad de un servicio de salud tiene dos componentes principales: la calidad técnica y la calidad humana. La calidad técnica se mide desde la perspectiva de los proveedores de salud y tradicionalmente considera cinco variables:

- *Integridad:* satisface todas las necesidades de los pacientes en base a la identificación de las necesidades y de los medios necesarios para enfrentarlas.
- *Contenidos:* hace todo lo que se debe hacer en cada caso.
- *Destreza:* hace bien lo que se debe hacer.
- *Oportunidad:* hace a tiempo las actividades y en la secuencia adecuada.
- *Continuidad:* realiza las actividades debidas, en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención.

14 Jiménez L, Báez RM, Pérez R, Reyes L. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 1996;22(1):37-43.

15 Maasip C. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. En http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm

ESTÁNDARES BÁSICOS PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

ESTÁNDAR 1: EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (EESS) CUENTA CON EL 100% DE INSUMOS Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA OFRECER ATENCIÓN CULTURALMENTE ADECUADA SEGÚN LA CULTURA LOCAL.

Objetivo: Que los EESS adecúen el servicio con los insumos y elementos necesarios de mobiliario para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: % de insumos y elementos necesarios de mobiliario e insumos existentes en el EESS para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Cálculo del indicador:

Número de insumos y elementos necesarios de mobiliario e insumos con los que cuenta el EESS para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local x 100 / Número total de insumos y elementos necesarios de mobiliario e insumos para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local, establecidos en un listado específico.

Para medir este indicador se aplicará una lista de chequeo. El listado específico de insumos y elementos necesarios de mobiliario e insumos con los que debe contar el EESS para ofrecer atención culturalmente adecuada de acuerdo a la cultura local (por ej., colchoneta, estufa para preparar aguas medicinales, calefactor, ropa adecuada para la parturienta según la región geográfica, sistema de apoyo para pujar durante el parto, etc.), debe ser elaborado mediante un diagnóstico participativo con usuarias y representantes de organizaciones comunitarias.

Fuentes de obtención de datos: Lista de insumos y elementos necesarios de mobiliario e insumos existente en el EESS para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Método de obtención del dato: Conteo

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 2: EL EESS CUENTA CON PERSONAL DE SALUD CAPACITADO Y MOTIVADO EN INTERCULTURALIDAD, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.

Objetivo: Contribuir a una mejor gestión y atención técnica y humana en el nivel de resolución correspondiente, con una mejor relación intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de personal de salud del EESS capacitado y motivado en interculturalidad, género y derechos humanos.

Cálculo del indicador:

Número de trabajadores de salud del EESS capacitados y sensibilizados en interculturalidad, género y derechos humanos x 100 / Número total de personas que trabajan en el EESS.

La Meta 7 del Llamado a la Acción de Toronto Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006-2015, contempla que al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria tengan competencias de salud pública e interculturales comprobables. El numerador incluye egresados de cursos de posgrado referentes al tema (diplomados, maestrías, doctorados o cursos de capacitación con un número de horas superior a 24 dedicados a estos temas). También incluye la especialidad de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), los posgrados de salud pública, los estudios para técnicos en salud con mención en interculturalidad y los estudios de medicina tradicional o ancestral.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Registros de asistencia del personal de salud del EESS a talleres o sesiones de capacitación en temas de interculturalidad, género y derechos humanos.

Denominador: Jefe del EESS o responsable de recursos humanos (RRHH) del EESS.

Método de obtención del dato: Revisión de base de datos de RRHH correspondiente y visita al EESS.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Semestral.

ESTÁNDAR 3: EESS EN LOCALIDADES DE ALTA CONCENTRACIÓN INDÍGENA Y DE DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO CUENTAN CON PROFESIONAL DE LA SALUD PARA ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL.

Objetivo: Que las gestantes y neonatos tengan acceso a atención por personal profesional de la salud, lo que contribuye a decisiones e intervenciones oportunas y de mayor calidad técnica.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Al menos 1 profesional de salud en atención materno-neonatal por EESS en localidades de alta concentración indígena y de difícil acceso geográfico.

Cálculo del indicador:

Dicotómico: sí o no.

Para caso de un conjunto de EESS: porcentaje de servicios de salud materna que cumplen con criterio x 100 / Total de EESS ubicados en comunidades indígenas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Responsable de RRHH de EESS y Dirección de Salud Materna o del nivel inmediato superior.

Denominador: Oficina de Estadística e Informática.

Método de obtención del dato: Revisión de base de datos.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 4: PARTERAS TRADICIONALES Y OTRAS PERSONAS CON SABERES ANCESTRALES (PSA) RECONOCIDAS POR SU COMUNIDAD, CAPACITADAS EN SIGNOS DE PELIGRO DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y NEONATO.

Objetivo: Reconocer el valor de las PSA y la confianza que sus comunidades tienen en ellas. Reconocer que, sin renunciar a sus conocimientos y tradiciones, juegan un rol de suma importancia en la prestación de servicios de salud tanto en el ámbito rural como urbano, en la comunidad como en los EESS, para abordar las prioridades de salud materna y neonatal.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: % de parteras tradicionales y otras PSA en el ámbito del EESS, reconocidas por su comunidad, capacitadas en signos de peligro y atención esencial del embarazo, parto, puerperio y neonato.

Cálculo del indicador:

Número de parteras tradicionales y otras PSA en el ámbito del EESS, reconocidas por sus comunidades, capacitadas en signos de peligro y atención esencial en embarazo parto, puerperio y neonato x 100 / Total de parteras tradicionales y otras PSA en el ámbito del EESS reconocidas por su comunidad.

Fuentes de obtención de datos:
Numerador: Informes de capacitación.
Denominador: Registros de parteras y PSA del EESS que se construyen con las actas enviadas por las comunidades.

Método de obtención del dato: Revisión de actas para confirmar el número de personas reconocidas y su participación en los eventos. Deben ser parteras y PSA reconocidas por su comunidad mediante documento correspondiente generado en la comunidad y dirigido al EESS para su conocimiento y fines. En esta identificación y reconocimiento los prestadores de salud no deben participar, salvo para informar de la necesidad de contar con dicho documento. Es un proceso que se debe realizar mediante los mecanismos propios de cada cultura y en coordinación con sus organizaciones respectivas.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 5: EESS CUENTA CON PERSONAL ESPECIALMENTE CAPACITADO PARA ACTUAR COMO FACILITADOR INTERCULTURAL QUE HABLE EL IDIOMA LOCAL.

Objetivo: Contar con un personal de salud, preferentemente indígena, que realice las funciones de puente intercultural en la atención a poblaciones indígenas, posibilitando una mejor información de las medidas diagnósticas y terapéuticas para su aceptación y cumplimiento; su rol también consiste en informar al personal de salud de la cultura, creencias, costumbres, temores, necesidades y demás incertidumbres de las usuarias indígenas y sus familias. Por ello, al seleccionar a este/a profesional, es de suma importancia procurar que pertenezca al pueblo indígena del ámbito.

Nivel de aplicación: Nacional, subnacional y local

Indicador: El EESS cuenta con al menos un/a facilitador intercultural que hable el idioma local.

Cálculo del indicador:

Dicotómico: cuenta o no cuenta con facilitador intercultural que hable el idioma local.

Es necesario articular una política de formación o capacitación para el personal que realizara el rol de facilitador intercultural.

Fuentes de obtención de datos: Dirección de RRHH en coordinación con la Dirección de Salud de Pueblos Indígenas.

Método de obtención del dato: Datos de la Dirección de RRHH.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Semestral.

ESTÁNDAR 6: CASA MATERNA CUENTA CON ATENCIONES CULTURALMENTE ADECUADAS PREVIO AL PARTO, OFRECIDA POR PARTERAS RECONOCIDAS POR LA COMUNIDAD.

Objetivo: Disminuir barreras de acceso a la atención calificada del parto debido a la demora en llegar al EESS (*tercera demora* en el camino de la sobrevivencia materna).

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de casas maternas que brindan atención culturalmente adecuada previo al parto por parteras reconocidas por la comunidad.

Cálculo del indicador:

Número de casas maternas que brindan atención culturalmente adecuada previo al parto por parteras reconocidas por la comunidad / Número total de casas maternas en el territorio o país.

Supone un proceso de coordinación con las parteras reconocidas organizadas para seleccionar las que harían esta tarea, su turno, rotaciones, acordar sus funciones y alcances y demás. Las prestaciones interculturales que podrían brindar las parteras son: masajes, manteos, tratamientos con infusiones para el frío, etc., de acuerdo a la realidad local. Esta coordinación es parte de la gestión local de la casa materna que involucra una mayor participación y control social.

Fuentes de obtención de datos: La persona responsable de salud materna del EESS genera el dato hacia la Dirección de Salud Materna del nivel superior para su monitoreo.

Método de obtención del dato: Informe del EESS a su nivel técnico administrativo superior. Visita de supervisión.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 7A: PARTERA TRADICIONAL ES INTEGRADA COMO UN MIEMBRO DEL EQUIPO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EESS.

Objetivo: Operativizar en un contexto de diversidad cultural, en el marco de respeto a la cultura de la gestante, y de coordinación entre los proveedores de los sistemas de salud, la atención del parto con pertinencia intercultural.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: % de partos atendidos en EESS conjuntamente por personal de salud y partera tradicional.

Cálculo del indicador:

Número de partos atendidos por la partera u otra PSA reconocida por la comunidad conjuntamente con personal de salud x 100 / Total de partos atendidos en EESS.

Este indicador supone una estrecha coordinación entre el personal de salud, las parteras, la gestante y la familia, para definir el rol de cada quien durante la atención. El respeto a la decisión de la gestante y la familia debe agotar los mecanismos de comunicación adecuados sobre los riesgos. Idealmente los EESS deben haber implementado un servicio de atención coordinada y conjunta.

Fuentes de obtención de datos:
Numerador: Registro de EESS
Denominador: Registro de EESS

Método de obtención del dato: El dato debe recoger los eventos que suceden mensualmente en el ámbito y el registro de los mismos debe ser coordinado y complementado con los registros de los proveedores de ambos sistemas de salud.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Mensual

ESTÁNDAR 7B: PARTERA TRADICIONAL REPORTA AL EESS PARTOS DOMICILIARIOS, PARA QUE SEAN CONOCIDOS Y ANALIZADOS EN CONJUNTO POR PARTERAS Y EL PERSONAL DEL EESS.

Objetivo: Desarrollar y fortalecer el trabajo en red entre las parteras tradicionales y el personal de salud del EESS de la comunidad, mediante reuniones periódicas en las cuales se analicen conjuntamente las atenciones domiciliarias.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: % de partos domiciliarios atendidos por las parteras tradicionales que son reportados y analizados en conjunto por parteras y el personal del EESS.

Cálculo del indicador:

Número de partos domiciliarios atendidos por las parteras tradicionales que son reportados y analizados en conjunto por parteras y el personal del EESS / Número total de partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales en el área de influencia, territorio o país.

Las realidades de las poblaciones dispersas, inaccesibles y en contexto de diversidad cultural, implican que muchos partos domiciliarios seguirán siendo atendidos por parteras tradicionales como una práctica ancestral, en un contexto de lógicas culturales que deben ser motivo de diálogo, para buscar la articulación de esfuerzos y la complementariedad de los sistemas de salud ancestral y moderno.

Fuentes de obtención de datos:
Numerador: Registro de EESS
Denominador: Registros de partos domiciliarios atendidos por las parteras y reportados al EESS.

Método de obtención del dato: El dato debe recoger los eventos que suceden mensualmente en el ámbito y el registro de los mismos debe ser coordinado y complementado con los registros de los proveedores de ambos sistemas de salud.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Mensual

ESTÁNDAR 8: EESS OFERTA Y ATIENDE EL PARTO RESPETANDO LA PREFERENCIA DE LA USUARIA RESPECTO A LA POSICIÓN EN LA QUE DESEA DAR A LUZ.

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que manifestaron que se atendió su parto en la posición que ellas escogieron.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas que manifestaron que se atendió su parto en la posición que ellas escogieron x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:
Numerador: Encuesta, informe de supervisor.
Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 9: EL EESS PERMITE LA PRESENCIA DE UN FAMILIAR O PERSONA DE CONFIANZA DE LA PARTURIENTA DURANTE LA LABOR, EL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO.

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que manifestaron que se permitió la presencia de un familiar o persona de confianza durante la labor, el parto y puerperio inmediato.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas que manifestaron que se permitió la presencia de un familiar o persona de confianza de la parturienta durante la labor, el parto y el puerperio inmediato x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 10: EL EESS PERMITE QUE LA PARTURIENTA RECIBA INFUSIONES VEGETALES CULTURALMENTE ADECUADAS DURANTE LA LABOR DE PARTO, EL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO.

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que manifestaron que se les permitió la ingesta de infusiones culturalmente adecuadas durante la labor de parto, el parto y el puerperio inmediato.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas que manifestaron que se les permitió la ingesta de infusiones culturalmente adecuadas durante la labor de parto, el parto y el puerperio inmediato x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 11: EL EESS PERMITE QUE LA FAMILIA BRINDE A LA PUÉRPERA COMIDAS DE VALOR CULTURAL Y NUTRICIONAL EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos. Permitir la ingesta de alimentos y bebidas de valor cultural y nutricional, según las necesidades de la usuaria, durante el puerperio inmediato con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere para su pronta recuperación, de acuerdo a la costumbre local.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas a cuyos familiares se les permitió llevarles comidas de valor cultural y nutricional en el puerperio inmediato.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas a cuyos familiares se les permitió llevarles comidas de valor cultural y nutricional en el puerperio inmediato x 100/ Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 12: EL EESS ENTREGA LA PLACENTA A LA FAMILIA SI ÉSTA DESEA DARLE UN MANEJO CULTURALMENTE ADECUADO (POR EJEMPLO, ENTERRARLA EN UN LUGAR DE SU ELECCIÓN).

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que recibieron la placenta al haberla solicitado ella o su familia.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas que recibieron la placenta al haberla solicitado ella o su familia x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 13: EL EESS MANTIENE UN HORARIO DE VISITAS DURANTE LA LABOR Y EL PUERPERIO INMEDIATO QUE SEA AMPLIO, NO RESTRINGIDO, DE MANERA QUE FAVOREZCA LA PRESENCIA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA JUNTO A LA PARTURIENTA O PUÉRPERA.

Objetivo: Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas con el horario de visita en el EESS.

Cálculo del indicador:

Número de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas con el horario de visita en el EESS x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 14: EL EESS CUENTA CON LETREROS DE ORIENTACIÓN (SEÑALÉTICA) Y MATERIAL AUDIOVISUAL (YA SEA PARA LAS USUARIAS O PARA EL PERSONAL) EN EL IDIOMA DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE SU ÁMBITO.

Objetivo: Contribuir a un mejor entendimiento y confianza en la interacción entre usuarias y proveedores.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador:
a) % de ambientes del EESS que cuentan con rotulación en idioma originario.
b) Número de productos audiovisuales dirigidos a usuarias en idioma originario.

Cálculo del indicador:

a) Número de ambientes del EESS que cuentan con rotulación en idioma originario x 100/ Número total de ambientes del EESS en los que hay o debería haber señalética.

b) Conteo

Fuentes de obtención de datos: Lista de ambientes del EESS

Método de obtención del dato: Verificación in situ / Conteo

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 15: PUÉRPERAS EXPRESAN SATISFACCIÓN CON ATENCIÓN BRINDADA EN EL EESS DURANTE SU LABOR, PARTO Y PUERPERIO.

Objetivo: Lograr el mayor nivel de satisfacción y aceptación del servicio brindado durante la atención del embarazo y el parto.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: % de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas por la atención brindada en el EESS durante su labor, parto y puerperio.

Cálculo del indicador:
Número de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas por la atención brindada en el EESS durante su labor, parto y puerperio x 100 / Total de puérperas encuestadas.

Para medir el grado de satisfacción se aplicará la encuesta de satisfacción de la usuaria por la atención de parto (Anexo 1). Se considerará que la usuaria está satisfecha si la suma del puntaje es de 34 a 36, o si la suma del puntaje es de 31 a 33 y ha contestado Muy conforme o muy satisfecha con la atención a la pregunta 10 de la encuesta.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida. También se aplicará la encuesta de satisfacción de usuaria o familia con el servicio de salud materna (Anexo 2) para rescatar aquellos datos de la interacción proveedor-usuaria durante los controles prenatales a fin de realizar las intervenciones correspondientes de manera oportuna para la mejora continua de la calidad.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 16: EL EESS IMPLEMENTA UN MECANISMO PARA EVALUAR Y DISCUTIR REGULARMENTE EL GRADO DE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN CON REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD, INCLUYENDO LA EVALUACIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE MUERTES MATERNAS Y MUERTES NEONATALES CON COMPROMISOS A CUMPLIR.

Objetivo: Posibilitar la pertinencia intercultural del servicio, mediante una inclusión participante de la comunidad usuaria de los servicios en el diseño, planificación y control social.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Número de reuniones para evaluar y discutir regularmente el grado de adecuación cultural de la atención con representantes de la comunidad, incluyendo la evaluación social y cultural de muertes maternas y neonatales con compromisos a cumplir.

Cálculo del indicador:
Dicotómico: Implementó o no mecanismos para evaluar y discutir con representantes de la comunidad (por ejemplo, los diálogos interculturales en salud).

Los diálogos interculturales en salud (o DICS) son una metodología para la inclusión participante de las comunidades beneficiarias de los servicios de salud, en el diseño, implementación y control social de los mismos. Los DICS permiten promover el respeto a las culturas y disminuir los desencuentros interculturales; también ayudan a acordar formas de articulación de los sistemas de salud, mediante compromisos cuyo cumplimiento debe ser sujeto del control social de los y las participantes en los diálogos. En los DICS deben participar como mínimo el equipo de salud local, las autoridades comunales, las PSA (parteras, curanderos, etc.) y los líderes y lideresas de la comunidad. La participación de mujeres organizadas es clave por ser las principales usuarias de los servicios de salud materna, y también dado el papel que asumen en el cuidado de su salud y la de su familia.

Fuentes de obtención de datos: Acta de reunión y compromisos

Método de obtención del dato: Durante la visita de supervisión que realiza la instancia técnica administrativa inmediatamente superior al EESS, se revisarán las actas y se entrevistará a autoridades comunales.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 17A: EXISTE UNA INSTANCIA A NIVEL DEL EESS (POR EJEMPLO, UN EQUIPO DE MEJORA CONTINUA) FUNCIONANDO REGULARMENTE, QUE RECOGE, PROCESA Y ANALIZA DATOS E INDICADORES DE ADECUACIÓN CULTURAL; TOMA ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA CONTINUA EN BASE A LOS HALLAZGOS; Y REPORTA LOS DATOS E INDICADORES AL NIVEL DE GESTIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA DE SALUD.

Objetivo: Que el equipo del EESS realice un auto-monitoreo periódico del cumplimiento de los estándares, que le permita identificar los estándares más débiles en su implementación, identificar los obstáculos y las causas que impiden su cumplimiento, y planear intervenciones específicas a corto plazo orientadas a superar dichos obstáculos.

Nivel de aplicación: Local

Indicador: a) Indicadores de adecuación cultural han sido reportados al nivel de gestión territorial para el mes (o 2 meses) previo a la medición de este indicador.

b) Registro o acta de reunión del equipo del EESS para el mes previo a la medición de este indicador, en el que se documenta el análisis de los indicadores de adecuación cultural y la toma de acciones correctivas y/o de mejora.

Cálculo del indicador:

Dicotómico: sí o no.

Fuentes de obtención de datos: Informe reporte de indicadores en formato electrónico al nivel de la Gestión Territorial; Acta de reunión y compromisos.

Método de obtención del dato: Durante la visita de supervisión que realiza la instancia técnica administrativa inmediatamente superior al EESS. Se revisarán las actas y se entrevistará a autoridades del EESS.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 17B: EXISTE UNA INSTANCIA A NIVEL DE LA GESTIÓN TERRITORIAL (YA SEA PROVINCIAL, DEPARTAMENTAL O REGIONAL) FUNCIONANDO REGULARMENTE, QUE RECOGE, PROCESA Y ANALIZA LOS DATOS E INDICADORES ENVIADOS POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SU TERRITORIO, Y TOMA ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA CONTINUA FOCALIZANDO EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTAN DEFICIENCIAS EN LA ADECUACIÓN CULTURAL. ESTA INSTANCIA REPORTA LOS DATOS E INDICADORES AGREGADOS POR TERRITORIO AL NIVEL DE GESTIÓN NACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD.

Objetivo: Que el equipo de la Gestión Territorial realice un monitoreo periódico del cumplimiento de los estándares de los EESS, para establecer, por una parte, cuáles son los estándares deficientes en el conjunto de los establecimientos; y por otra, cuáles son los establecimientos que presentan mayores dificultades en su implementación. Esto deberá dar lugar tanto a acciones orientadas a la mejora de los estándares deficientes en el conjunto, como a intervenciones (por ejemplo visitas de supervisión y otras similares) dirigidas a aquellos establecimientos que presentan mayores dificultades. El nivel de gestión territorial agrega los estándares de los establecimientos de su territorio y reporta los estándares agregados hacia el nivel nacional.

Nivel de aplicación: Subnacional

Indicador:

a) Indicadores de adecuación cultural han sido reportados al nivel de gestión nacional para el mes (o 2 meses) previo a la medición de este indicador.

b) Registro o acta de reunión del nivel de gestión territorial en el que se documenta el análisis realizado de los indicadores de los EESS del territorio, y la toma de acciones correctivas y/o de mejora dirigidas a los establecimientos que presentan deficiencias.

Cálculo del indicador:
Dicotómico: sí o no

Fuentes de obtención de datos:

a) Reporte de indicadores en formato electrónico al nivel nacional.

b) Acta de reunión y compromisos

Método de obtención del dato: Durante la visita de supervisión que realiza la instancia técnica administrativa del nivel nacional. Se revisarán las actas y se entrevistará a autoridades del nivel de gestión territorial.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

ESTÁNDAR 17C: EXISTE UNA INSTANCIA A NIVEL DE LA GESTIÓN NACIONAL FUNCIONANDO REGULARMENTE, QUE RECOGE, PROCESA Y ANALIZA LOS DATOS E INDICADORES ENVIADOS POR LOS TERRITORIOS, Y TOMA ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA CONTINUA FOCALIZANDO EN AQUELLOS QUE PRESENTAN DEFICIENCIAS EN LA ADECUACIÓN CULTURAL.

Objetivo: Que el equipo de la Gestión Nacional realice un monitoreo del cumplimiento de estos estándares en cada uno de los territorios (provincias, departamentos o regiones); identifique aquellos estándares que presenten deficiencias a nivel nacional; establezca qué territorios tienen mayores dificultades con el proceso, e implemente acciones de apoyo donde más se necesiten.

Nivel de aplicación: Nacional

Indicador: a) Registro o acta de reunión del nivel de gestión nacional que documenta el análisis realizado de los indicadores de los niveles de gestión territorial, y la toma de acciones correctivas y/o de mejora dirigidas a los territorios que presentan deficiencias.

Cálculo del indicador:
Dicotómico: sí o no

Fuentes de obtención de datos: Reporte de indicadores enviados desde las Gestiones Territoriales; acta de reunión y compromisos

Método de obtención del dato: Revisión de las actas.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

INCORPORACIÓN DE LOS ESTÁNDARES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Los estándares e indicadores de adecuación intercultural de los servicios de salud materna establecen los requerimientos que el servicio debe cumplir para garantizar una calidad adecuada. Además, constituyen herramientas valiosas para el monitoreo y evaluación de la aplicación de cambios concretos para la mejora continua de la calidad de los servicios.

En los procesos de mejora de la atención, las guías sobre cómo debe ser la prestación de un determinado servicio (normas y estándares) son necesarias pero no suficientes para asegurar la implementación de los cambios concretos que buscan generar. Asumir, aplicar y dar seguimiento al cumplimiento de estándares en el quehacer diario de los servicios, requiere del monitoreo periódico de su implementación, a fin de detectar avances y también dificultades en su puesta en práctica. Tanto los avances como los retos detectados serán fuentes de aprendizaje sobre cómo (re-)conducir el proceso de implementación.

El monitoreo y evaluación del cumplimiento de los estándares aquí propuestos, y a través de ellos, de los cambios en el abordaje de la interculturalidad, debe darse a tres niveles de gestión:

a) en el *establecimiento de salud,* en la práctica de la atención a las mujeres y recién nacidos;

b) a nivel de la *unidad de gestión territorial* (direcciones provinciales, departamentales o regionales de salud); y

c) a *nivel central,* de gestión del sistema nacional de salud.

A *nivel del establecimiento de salud,* un equipo a cargo del proceso de mejora de la atención de salud puede realizar un auto-monitoreo periódico del cumplimiento de los estándares, con lo cual podrá identificar aquellos estándares cuya implementación es más baja, identificar obstáculos para un óptimo cumplimiento, y planear intervenciones específicas a corto plazo orientadas a superar dichos obstáculos. Una nueva ronda de monitoreo mostrará al equipo los avances que se hayan logrado y dará lugar a un nuevo ciclo de monitoreo-identificación de deficiencias-obstáculos al cambio y de planeamiento de intervenciones. El equipo de mejora de cada establecimiento reporta el conjunto de estándares con la periodicidad acordada con el nivel de gestión territorial.

A nivel de *gestión territorial* los responsables de salud materna y neonatal en el territorio deberán monitorear el cumplimiento de los estándares a través del conjunto agregado de los indicadores para todo el territorio, como también para los establecimientos en el territorio por separado, analizando su cumplimiento comparativamente entre cada uno de ellos. Esto les permitirá a los gestores establecer, por una parte, cuáles son los estándares deficientes en el conjunto de los establecimientos; y por otra, cuáles son los establecimientos que presentan mayores dificultades en su implementación.

Esto deberá dar lugar tanto a acciones orientadas a la mejora de los estándares deficientes en el conjunto, como a intervenciones (como visitas de supervisión y apoyo, u otras similares) dirigidas a aquellos establecimientos que presentan mayores dificultades. El nivel de gestión territorial agrega los estándares de los establecimientos de su territorio y reporta los estándares agregados hacia el nivel nacional.

A nivel de *gestión nacional* los responsables de la salud materna y neonatal podrán monitorear el cumplimiento de estos estándares en cada uno de los territorios (provincias, regiones o departamentos), identificar aquellos estándares que presenten deficiencias a nivel nacional; establecer qué territorios tienen mayores dificultades con el proceso, e implementar acciones de apoyo donde más se necesiten.

ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DE MEJORA CONTINUA DE LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN BASE A ESTÁNDARES E INDICADORES

ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA USUARIA POR LA ATENCIÓN DEL PARTO

Parto: Institucional / Domiciliario / En casa con partera

Atendido por: méd / obst / enf / téc / partera / otro: _____

TESTIMONIO	PUNTAJE			
1. Cuando estaba con los dolores del parto y durante el parto, ¿Usted entendía bien lo que le decían las personas que la atendían? 0. No, porque hablaban en idioma que no entiendo y con palabras difíciles 1. Poco porque hablaban con palabras difíciles y no me explicaban bien 2. Sí entendía; me traducía otro proveedor de salud o mi familiar o partera, aunque algunas palabras eran difíciles 3. Sí entendía porque hablaban el idioma que yo entiendo y con palabras muy fáciles que me explicaban	0	1	2	3
2. ¿Sabía o conocía, porque le explicaron, de su plan de parto? 0. No me explicaron 1. Me explicaron pero no entendí 2. Entendí pero no lo cumplieron 3. Entendí y lo cumplieron	0	1	2	3
3. ¿Se sintió cómoda o incómoda con las personas que estaban durante su parto? 0. Me sentí muy incómoda, con mucha vergüenza 1. Incómoda y con vergüenza 2. Poco incómoda 3. Indiferente o me sentí muy cómoda	0	1	2	3
4. ¿Sintió que no le prestaban mucha atención a lo que usted decía? 0. No me escuchaban 1. Escuchaban sin interés o se burlaban 2. Me prestaban atención y a veces me respondía 3. Con mucho interés me escuchaban y me respondían	0	1	2	3
5. Durante el parto ¿sintió que la obligaron a hacer algo que Usted no quería? 0. Varias cosas que no quería y no me gustaron y por eso reclamé o me escapé 1. Varias cosas; reclamé pero tuve que hacerlas aunque no quería 2. Pocas cosas, y me daba cuenta que era para bien 3. No, todo estuvo bien	0	1	2	3
6. ¿Sintió que la apuraban o le llamaban la atención durante los dolores o su trabajo de parto? 0. Me gritaban, me decían cosas feas y me asustaban 1. Me gritaban para que me calle y me asustaban 2. No me gritaban y me aconsejaban cómo hacer 3. Me aconsejaban y dejaban que la partera, mi esposo u otro familiar me apoyara	0	1	2	3

TESTIMONIO	PUNTAJE			
7. ¿Le dejaron hacer según sus costumbres para el dolor, para ayudar, para cortar el cordón o expulsar la placenta? 0. No dejaron 1. Dejaron poco 2. No hubo problema, dejaron 3. Conversaron, me dejaron, conocían y aplicaban	0	1	2	3
8. ¿Le preguntaron en qué posición deseaba tener su parto? 0. No me preguntaron y me dijeron que mejor acostada 1. No me preguntaron pero di a luz en vertical 2. Me preguntaron pero al final di a luz en otra posición 3. Me preguntaron y di a luz en la posición que yo quería	0	1	2	3
9. ¿Tuvo su parto en la posición que Usted quería? 0. No, y sentí que se demoraba o dolía más, o se complicó 1. Sí, pero se demoraba y complicó un poco 2. No, pero todo salió bien 3. Sí y todo salió bien	0	1	2	3
10. ¿Se siente conforme o satisfecha con la forma como le atendieron? 0. Inconforme, insatisfecha 1. Poco satisfecha 2. Más o menos, o satisfacción moderada o conforme 3. Muy conforme o muy satisfecha con la atención ¿Por qué?	0	1	2	3
11. ¿Recomendaría a otras personas el establecimiento de salud donde se atendió? 0. De ninguna manera, para nada 1. Con muchas dudas 2. Con pocas dudas 3. Sí, con mucha seguridad y confianza ¿Por qué?	0	1	2	3
12. ¿Regresaría para consultas al establecimiento de salud o con la persona que le atendió? 0. No regresaría por nada, ni obligada 1. Regresaría aunque con desconfianza 2. Regresaría con alguna condición 3. Con seguridad regresaría ¿Por qué?	0	1	2	3

SATISFACCIÓN: SUMA DE PUNTAJE DE 34 A 36; O RESPUESTA "MUY CONFORME O MUY SATISFECHA" EN LA PREGUNTA 10 Y SUMA DE PUNTAJE DE 31 A 33.

Suma de puntaje: _____

Ficha aplicada por: (nombre, apellidos y firma) _____

Fecha: _____

ANEXO 2: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIA O FAMILIA CON EL SERVICIO DE SALUD MATERNA

Estamos haciendo unas preguntas para saber su opinión sobre la atención que ha recibido durante su parto. Es muy importante que responda sin temor y con la verdad, cómo usted se ha sentido. Nadie sabrá lo que usted nos cuente (la encuesta es anónima), y sus respuestas, junto a de otras mujeres, servirán para mejorar la atención brindada. Puede optar por no responder a este cuestionario si así lo desea. Gracias.

ENCUESTA A GESTANTE – PUERPERA. EESS: **DIRESA/RED:**

Parto Instit /Domic /Casa partera Atendido por: méd / obst / enf / téc / partera / otro:

Localidad donde vive: Fecha del parto: / /

Edad: Grado de instrucción: ¿Tienes Seguro de Salud? NO SÍ

Idiomas que habla (primero el que más domina): / /

Por sus creencias o costumbres, ¿considera que pertenece a un pueblo indígena u originario? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿a qué pueblo pertenece?

1. **¿Le hablaron en idioma originario o en un idioma que usted entendía muy bien?:** NO SÍ
2. **¿Se sintió a gusto o cómoda con la persona que la atendió en los controles prenatales?**
   Incómoda y desconfiada / Algo incómoda o avergonzada / Cómoda / Muy cómoda y en confianza
   ¿Por qué?
3. **¿Le explicaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?**
   No / Sí, pero no entendí / Sí, pero no me acuerdo / Sí y menciona 3 (sangrado, hinchazón, fiebre, pérdida de líquido / el bebé no se mueve / señales de presión alta como zumbido de oídos o ver estrellitas)
4. **¿Cree Usted que durante los controles la examinaron como debía ser o no la examinaron bien?**
   No me examinaron / Rápido nomás y sin interés / Bien y con interés / Muy bien y me explicaban
5. **¿Le preguntaron sobre lo que usted creía por qué eran sus malestares?**
   No me preguntaron / Sí me preguntaron pero no dijeron nada / Me preguntaron y se interesaron
6. **¿Le llamaron la atención por algo que Usted dijo o hizo siguiendo sus creencias o costumbres? ¿Se sintió maltratada?**
   Me enojaron o burlaron / No dieron importancia / Se interesaron y me preguntaban
7. **¿Le explicaron bien hasta entender sobre su estado de salud o del bebé, o sobre los análisis?**
   No me explicaron / Me explicaron pero no entendí o entendí poco / Me explicaron y entendí bien
8. **¿Entendió bien las indicaciones del tratamiento que le dieron?**
   No me explicaron / Me explicaron pero no entendí o entendí poco / Me explicaron y entendí bien
9. **Para su plan de parto, ¿le preguntaron sobre sus costumbres en el parto, trabajo de su partera en el parto, la persona que le atendería, sus comidas después del parto, el corte del cordón, salida de placenta, cuidado del recién nacido?**
   No sabía del plan / Me explicaron pero no entendí para qué se hacía / Me preguntaron pero no sé si anotaban y para qué anotaban / Me preguntaron y querían saber por qué hacía eso y en el parto lo aplicaron
10. **¿Le dejaron preguntar y preguntó todo lo que Usted quería saber?**
    No me dejaron preguntar / Tenía miedo de preguntar / Pregunté pero poco nomás / Pregunté bastante y me contestaban
11. **¿Siente que le solucionaron su problema como Usted esperaba?**
    Me sentí peor / No hubo cambios / Mejoró poco / Me solucionaron / No tenía malestares
12. **¿Cuántos controles de su embarazo tuvo?** 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 ó más
13. **¿Quién la controló?** Téc / Enf / Obst / Méd / Partera

14. Durante su embarazo, ¿le indicaron y dieron pastillas de sulfato ferroso para anemia?
No me dieron las pastillas / Tomé menos de 1 mes / 1 mes / 2 meses / 3 meses

15. ¿Dónde quería tener su parto?
En domicilio / En casa de partera / En domicilio o en EESS igual era / En EESS
¿Por qué? (multas, vergüenza, distancia, confianza, es mejor, otro)

16. Durante su parto, ¿en la sala de partos estuvo su partera, esposo, suegra u otro familiar?
No dejaron entrar a nadie / Dejaron entrar sólo al esposo / Dejaron entrar sólo a la partera / Estuvo mi esposo (u otro familiar) y la partera

17. ¿Qué hacía la partera durante su parto?
Miraba y me daba ánimo a solas / Se apoyaba en lo que le decía el profesional / Me hablaba, ayudaba y trabajaba junto con el profesional / Atendió en la salida del bebe y de la placenta / Atendió todo el parto

18. Cuando estaba ya en el trabajo de parto:

¿Le daban o le dejaban tomar sus mates?	NO	SÍ
¿Le dejaban que la partera o familiares le soben su barriga, si es su costumbre?	NO	SÍ
¿Le dejaban amarrarse u otra costumbre de su familia?	NO	SÍ
¿Le dejaban que su partera o esposo le ayude?	NO	SÍ

19. ¿Por quién quería ser atendida en su parto?
Sola o con familiares / Con partera / Con partera y con personal de salud / Con personal de salud que fuera mujer / Con cualquier personal de salud
¿Por qué? (sabe, confianza, otro)

20. ¿La atendieron varones o mujeres durante su parto?
Sólo varones / Varón y mujeres ayudando / Mujer pero varones ayudando / Mujeres nomás

21. ¿Quién prefería usted que le atendieran?
Varón / Mujer / Da igual

22. ¿Le hicieron corte (episiotomía)? NO Sí
Si le hicieron, ¿le avisaron por qué? ¿Cómo se sintió?
No le avisaron, no quería y dolió mucho / Le avisaron, no quería y dolió / Le avisaron, estuvo de acuerdo y dolió / Le avisaron, estuve de acuerdo y no dolió

23. ¿Le explicaron cómo avanzaba su parto cuando le examinaban con los dedos?
No me explicaban / Me explicaban pero no entendía / Me explicaban y entendía / Me explicaban, entendía y me aconsejaban

24. ¿En qué posición tuvo su parto?
Acostada / Rodillas / Cuclillas / Sentada / Otra posición

25. ¿En qué posición quería tener su parto?
Acostada / Rodillas / Cuclillas / Sentada / Otra posición

26. Cuando ya nació su hijo/a ¿le dejaron hacer sus costumbres?
Corte de cordón / expulsión de placenta / qué hacer con placenta / alimentos / amarrados / baño y cuidados del recién nacido

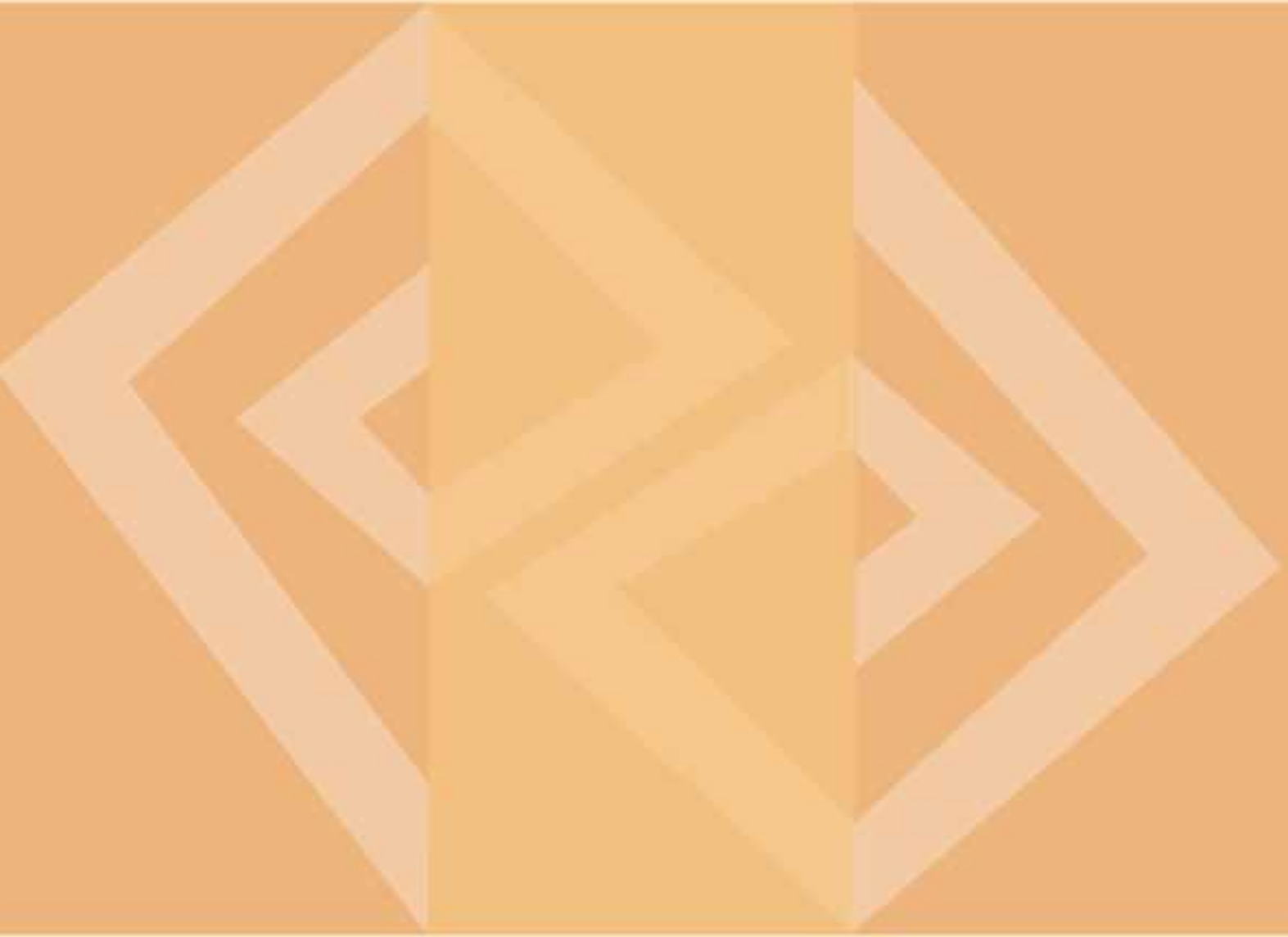
27. Sobre la entrega del certificado de nacimiento de su hija /o:
Me han dicho que no me darán por
Me dijeron que después de pagar
Aún no he ido a pedir
Ya me lo dieron

28. Uso de casa materna:
No usó / Usó pero obligada por el establecimiento de salud / Usó y se fugó / Usó pero obligada por familiar / Usó por decisión propia

29. ¿Qué es lo que más le gustó de la casa materna?

30. ¿Qué es lo que menos le gustó de la casa materna?

31. ¿Le han realizado algún cobro por la atención de su embarazo o su parto?
Ninguno / Multa / Alimentos / Análisis / Atención / Medicamentos / Internamiento / Casa materna / Traslado (combustibles, ambulancia, bote, motorista, chofer) / Certificado de nacimiento

32. ¿Qué es lo que más le ha agradado de la atención que recibió durante el parto?

33. ¿Qué es lo que menos le ha agradado de la atención que recibió durante el parto?