

Evaluación de la dimensión intercultural en los establecimientos de salud de Churcampa, Perú

Autora: Nerea Iriarte Munárriz

Directora: María Rosario Orzanco Garralda

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN

El presente trabajo surgió tras la experiencia vivida durante tres meses, colaborando con un proyecto de salud de Medicus Mundi Navarra, situado en una zona rural de Perú. Como objetivo principal, se pretende evaluar la dimensión intercultural del modelo de salud que se está implantado en la zona, y proponer un plan de mejora. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la importancia de la interculturalidad en la sanidad, y un análisis del actual plan que se está llevando a cabo. De esta forma, se han detectado varias áreas de mejora, de las cuales, el problema priorizado según el método Hanlon, ha sido la inexistencia en los centros de salud de un documento con los síndromes culturales comunes en la zona.

PALABRAS CLAVE: Interculturalidad Churcampa, Evaluación Interculturalidad, Interculturalidad MAIS-BFC, Atención Sanitaria.

ABSTRACT

This work appeared after the experience lived during three months in a rural area of Peru, working with a Medicus Mundi Navarra's health project. The main objective is intended to evaluate the intercultural dimension of the health model that is implanted in the area, and propose a plan of improvement. It has conducted a literature search about the interculturality importance in health care, and an analysis of the current plan is carried out. In this way, I have detected several areas for improvement, according to Hanlon method prioritized problem, a document with the common cultural syndromes doesn't exist in the area in the health centres.

KEY WORDS: Churcampa Interculturality, Intercultural Assessment, Interculturality MAIS-BFC, Churcampa healthcare.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
1.1	Contextualización.....	2
1.1.1	Demografía de Perú.....	2
1.1.2	Descripción del sistema sanitario de Perú	3
1.2	Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y trabajo de Medicus Mundi Navarra en Churcampa	6
1.3	Dimensión intercultural del MAIS – BFC.....	7
1.3.1	Importancia de la interculturalidad en la atención sanitaria	7
1.3.2	Teoría de la diversidad y de la universalidad de cuidados de Madeleine Leininger	8
1.3.3	La pertinencia intercultural en los componentes del primer nivel.....	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo principal.....	11
2.2	Objetivos secundarios.....	11
3	MATERIALES Y MÉTODOS	12
3.1	Revisión Bibliográfica	12
3.2	Metodología de evaluación	12
3.2.1	Ciclo de Deming/PDCA	12
3.2.2	Método de Priorización de Hanlon.....	14
3.2.3	Diagrama Causa-Efecto	14
3.3	Cronograma	15
4	RESULTADOS.....	16
4.1	Resultados de la evaluación de la dimensión intercultural	16
4.2	Identificación y priorización del problema	18
4.3	Definición del problema priorizado	20
4.4	Análisis de causas del problema	20
4.5	Propuesta de mejora	22
4.6	Evaluación de la intervención	26
5	DISCUSIÓN	27
6	CONCLUSIONES.....	31
7	AGRADECIMIENTOS.....	32
8	BIBLIOGRAFÍA	33
9	ANEXOS.....	36

1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge gracias a la participación en el programa de Formación Solidaria de la Universidad Pública de Navarra. Éste es un programa abierto a la comunidad universitaria, centrado en formar y facilitar el acceso de los estudiantes a la cooperación al desarrollo.

A partir del mismo, pude efectuar una estancia de tres meses en una zona rural de Perú (Churcampa), colaborando con la ONG Medicus Mundi Navarra, en un proyecto centrado en proporcionar salud integral e incluyente a la población.

Ese verano la ONG estaba trabajando la dimensión intercultural del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

Durante la estancia, yo junto con otra compañera del curso, formamos parte del equipo de trabajo de Churcampa. El responsable del equipo nos solicitó, que hiciéramos una revisión bibliográfica de varios documentos, para proponer ideas de mejora, de la herramienta que estaban utilizando para la evaluación de la interculturalidad de los centros.

Dado que pareció de utilidad nuestras aportaciones, se nos asignó la elaboración de nuevos trabajos relacionados con este aspecto. De esta manera, comencé a interesarme, de manera personal, en la importancia de la interculturalidad en los establecimientos.

Realizamos varias evaluaciones en diferentes centros y pude comprobar el grado de implantación de las medidas. A nivel teórico estaban desarrolladas, pero la puesta en práctica en los establecimientos era escasa.

A partir de ese momento, surgió la posibilidad de desarrollar este trabajo encaminado a la evaluación de la dimensión intercultural de los establecimientos de Churcampa. El equipo de Medicus Mundi está constantemente trabajando en diversas tareas, por lo que, no pueden invertir todo el tiempo que les gustaría para analizar esta dimensión. Por lo tanto, consideré este hecho como una oportunidad poder realizar este proyecto. De esta forma, puedo contribuir a ayudar al personal de la ONG a implantar las medidas que proponen, dando mis aportaciones.

Se puede decir que esta experiencia me inspiró para realizar este trabajo y desde mi regreso he seguido manteniendo el contacto con las personas que me acompañaron para poder efectuarlo acorde con sus necesidades.

1.1 Contextualización

1.1.1 Demografía de Perú

Perú es un país situado en el centro de Sudamérica. Limita al norte con Ecuador y Colombia, al este con Brasil y al sureste con Bolivia y Chile. El océano pacífico lo bordea por el oeste. Tiene una superficie de 1.285.215,6 km²(1) y es un país de una gran riqueza y diversidad cultural, histórica y geográfica. El castellano es la lengua más hablada, pero también se hablan más idiomas, como quechua y el aymara. Consta de un total de 64 etnias (2).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1), se estima para el 2016 una población de 31.488.625 personas y una esperanza de vida de 74,8 años.

En el año 2012 el porcentaje de población dentro de la pobreza era entre 24,8% y 26,8% y la población en una situación de pobreza extrema entre 5,5% y 6,5%.

Este proyecto se enmarca en la provincia de Churcampa. A continuación se describen sus características demográficas y geográficas.

- Churcampa

Es una provincia que se encuentra en el departamento de Huancavelica. Tiene una superficie de 1.218,4 km² en la que viven alrededor de 44.582 personas, de las cuales son hombres 22.305 y mujeres 22.277 (1). Por tanto, la densidad de población es de 36,6 habitantes/km². La mayor parte es quechua hablante y se dedica a la agricultura(1).

Es una región que se sitúa en la zona de sierra del país. Su capital (ciudad del mismo nombre) se encuentra a una altitud de 3,262 metros sobre el nivel del mar.

La provincia tiene nueve distritos: Chinchihuasi, Pachamarca, Paucarbamba, San Pedro de Coris, Churcampa, Paucarbambilla, Locroja, La Merced y Mayocc (3). Se encuentran comunicados por medio de carreteras sin asfaltar en condiciones medias, lo que hace que el acceso sea complicado. En la figura 1 se muestra un mapa para identificar la zona.



Figura 1. Mapa político de Huancavelica, Perú.

Fuente: Página web oficial del proyecto multipais, de salud integral e incluyente, de Medicus Mundi Navarra

1.1.2 Descripción del sistema sanitario de Perú

1.1.2.1 Sistema de Salud de Perú

Según indican Cetrángolo et al (4) y Giedion et al (5), el Sistema de Salud peruano se divide en un sector público y un sector privado, y funciona en base a cinco subsistemas que brindan servicios de salud a diferentes segmentos de la población:

- a) El ministerio de salud (MINSA), incluye al Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público con autonomía administrativa. Con este seguro, el gobierno ofrece servicios de salud para la población con menos recursos.
- b) El Seguro Social en Salud (ESSALUD). Está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y opera con su propia red de hospitales y centros de salud.

- c) La sanidad de las fuerzas armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscritas al Ministerio de Defensa, que también cuenta con sus propias instalaciones.
- d) La sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, tiene sus propios centros.
- e) Las instituciones del sector privado: Entidades Prestadoras de Salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

En la realidad de Churcampa, casi la totalidad de la población es atendida con el SIS, ya que la mayoría tiene pocos recursos. El INEI indica que en 2009, el 73.9% de la población se encontraba en situación de pobreza (1). Por ello, la actuación de este trabajo va a ir encaminada a las instalaciones de salud del MINSA.

1.1.2.2 Clasificación de la asistencia por niveles asistenciales

Es conveniente exponer como se estructura la asistencia en el Sistema de Salud de Perú con el fin de situar el ámbito en el que se desarrolla este proyecto. Según el documento "Norma Técnica. Categorías de Establecimientos de Sector Salud" (6), publicado por el Ministerio de Salud de Perú, los centros asistenciales en este país se clasifican por niveles, según la capacidad resolutive de los servicios que ofrecen.

- Primer Nivel (I)

Se considera la puerta de entrada al Sistema de Salud. En este nivel se atiende entre el 70% y el 80% de la demanda del sistema. La severidad de los problemas de salud requiere una atención con menor especialización y recursos específicos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específicas, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. Tiene 4 categorías diferentes dependiendo de la capacidad resolutive de las mismas.

- I. 1 - Puesto de Salud

Cuenta como mínimo, con un técnico de enfermería y puede contar adicionalmente con una enfermera y/u obstetra. Tiene funciones generales de promoción de la salud, prevención de riesgos o daños, recuperación de la salud y tareas gestoras (como análisis de la situación local, identificación y análisis de necesidades de salud...). Los servicios que ofrece son salud comunitaria y ambiental, y consulta externa.

- I. 2 - Puesto de Salud con médico

Además de contar con el personal que corresponde a la categoría anterior, tiene un médico general. Como funciones generales tiene las mismas que los puestos I.1, pero añadiendo la rehabilitación de la salud y otras tareas gestoras. Los servicios que ofrece son los anteriores más botiquín.

- I. 3 - Centro de Salud sin Internamiento

Cuenta como mínimo con un médico cirujano o médico de familia, enfermera, obstetra, técnico o auxiliar de enfermería, odontólogo, técnico de laboratorio, técnico de farmacia y técnico o auxiliar de estadística. Tiene las mismas funciones generales que la categoría anterior pero con más recursos humanos

especializados. Las unidades productoras de servicio son las anteriores más farmacia y patología clínica (laboratorio clínico).

- I. 4 - Centro de Salud con Internamiento

Es el centro de referencia inmediato de los puestos y centros de salud sin internamiento. Consta con un mínimo de un médico familiar/cirujano, médicos de especialidad (prioritariamente ginecólogo y pediatra), personal de enfermería, personal de obstetricia, odontólogo, técnico o auxiliar de enfermería, técnico de laboratorio, técnico de farmacia, técnico o auxiliar de estadística, técnico administrativo y puede haber químico farmacéutico.

Sus funciones generales están orientadas a las mismas áreas de las anteriores categorías. Las unidades productoras de servicio son las anteriores más sala de atención de parto, sala de intervención quirúrgica para realizar algunas intervenciones simples, y tener un número de camas por si algún miembro de la población precisa de ingreso.

- Segundo Nivel (II)

En este nivel se atiende del 12 al 22 % de la demanda. Ofrece atención de complejidad intermedia.

- II. 1 - Hospital I

Brinda una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología.

- II. 2 - Hospital II

Procura una atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

- Tercer Nivel (III)

Requiere una atención de salud de alta complejidad, por tanto requiere de alta especialización y tecnificación. Se atiende del 5 al 10% de la demanda total.

- III. 1 - Hospital III

Ofrecen una atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, a través de unidades con servicios quirúrgicos complejos.

- III. 2 - Instituto especializado

Propone normas, estrategias e innovación científico-tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados, contribuyendo a resolver los problemas prioritarios de salud.

Este proyecto se desarrolla en el primer nivel de atención por ser el existente en la provincia de Churcampa.

1.2 Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y trabajo de Medicus Mundi Navarra en Churcampa

Con la referencia de los documentos “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina” (7), “Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad” (8) y “Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad” (9) se puede explicar el MAIS-BFC.

El MAIS-BFC es una propuesta del Gobierno Peruano para reformar la asistencia sanitaria, dándole más importancia al primer nivel de atención y los determinantes sociales de salud. Considera que este nivel de atención es la base de la salud de la población. Se centra en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de riesgos, antes que en la curación.

Actualmente, el modelo no está establecido a nivel nacional. Se está probando su efectividad en una provincia piloto, Churcampa. Medicus Mundi Navarra (MMN) se está encargando de comprobar esta efectividad y empezaron a trabajar en ello, en abril de 2012.

La ONG cuenta con un equipo de trabajo en Lima y otro en Churcampa. Éste último, está formado por 5 personas y son las que están en constante contacto con los establecimientos de salud (EESS).

La atención sanitaria que plantea el proyecto se ofrece a través de paquetes de atención integral de salud que cubren un conjunto de necesidades específicas:

- Paquete de atención integral a la persona: incluye las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades por etapas de vida de la persona (niño, adolescente, joven, adulto, gestante y adulto mayor).
- Paquete de atención integral a la familia: incluye actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades por etapas del ciclo vital familiar.
- Intervenciones en la comunidad: incluye actividades de promoción y prevención de la enfermedad que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en diferentes sitios: colegios, centros de trabajo y redes comunales, entre otros. Se busca desarrollar comunidades con entornos saludables. Se trabaja con los CONDECOS (consejos de desarrollo comunal), agentes comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional entre otros.

Los agentes comunitarios de salud o promotores de salud, son personas de la comunidad seleccionadas por los profesionales sanitarios o la ONG, para que sean referentes de salud para el resto de la población. Los agentes de la medicina tradicional (AMTs) son para la comunidad, las personas que tienen saberes ancestrales y por tanto, grandes referentes en la salud.

Según este modelo, la transformación del sistema de salud tradicional es posible teniendo en cuenta 12 claves. Éstas son:

1. Universalizar el derecho a la salud
2. Repensar la salud a partir de una multiconcepción del proceso salud-enfermedad.
3. Intersectorialidad y participación social en el Primer Nivel de Atención.

4. La pertinencia intercultural en los distintos componentes del primer nivel.
5. La perspectiva de género relacional en la estrategia programático-operativa.
6. El enfoque ecosistémico del medio ambiente en el primer nivel de atención.
7. La horizontalización programática en 3 niveles: individual, familiar y comunitario.
8. Reordenamiento territorial y reorganización del primer nivel.
9. Equipos de trabajo polifuncionales en el primer nivel.
10. Vigilancia sociocultural y sistema de información.
11. Financiamiento del primer nivel de atención.
12. Gestión efectiva del primer nivel.

La cuarta clave es en la que se basa este trabajo, ya que durante el verano de 2015 era en la que estaba trabajando el equipo de campo de MMN. A continuación se describe el contenido de esta dimensión del modelo.

1.3 Dimensión intercultural del MAIS – BFC

Antes de explicar la clave “pertinencia intercultural en los distintos componentes del primer nivel”, es conveniente profundizar sobre la importancia que tiene la interculturalidad en la calidad de la atención sanitaria a las personas, basándonos tanto en la evidencia científica disponible (10)(11), como en la teoría de la diversidad y de la universalidad de cuidados de Madeleine Leininger (12).

1.3.1 Importancia de la interculturalidad en la atención sanitaria

La facilidad que existe actualmente para desplazarse de un lugar a otro hace que los países sean cada vez más pluriculturales. A veces, no es necesario ni cambiar de país para encontrarnos con diferentes realidades. Esto conlleva a la convivencia de personas con diferentes maneras de ver el mundo, ideas, comportamientos, entre otros. Es decir, nos encontramos en una sociedad con diversidad cultural. Por lo tanto, es fundamental la interculturalidad en la atención sanitaria para que ésta sea de calidad (10)(11).

Cada cultura tiene un concepto diferente de salud y enfermedad, lo que hace que responda de una manera determinada en cada proceso (13). Este hecho implica que la práctica sanitaria a parte de basarse en unos cuidados universales, tiene que realizar también unos cuidados individualizados centrados y adaptados a cada individuo (14).

Si no se tiene en cuenta a la persona desde una visión holística, es probable que en la atención haya encuentros insatisfactorios por las dos partes porque “...cada participante espera algo diferente de la relación asistencial”(14). Por ejemplo, al comunicar una mala noticia es posible que al ver cómo afronta la situación el paciente, el sanitario piense que no le ha entendido. Mientras, el paciente puede sentirse incomprendido o no respetado.

Por ello, es indispensable la interculturalidad en el cuidado. Es conveniente definir el concepto, y como dice López (11) la interculturalidad va más allá de la tolerancia al otro; busca el intercambio, la construcción de conocimientos y el aprendizaje mutuo, manteniendo una relación horizontal entre las diferentes culturas. En otras palabras, se busca un enriquecimiento mutuo y elaboración de un espacio común (14).

Una de las primeras medidas a seguir, sería la escucha activa a los habitantes, lo que además, podría incentivar y motivar a una mayor participación social (11). De esta forma, llevar a cabo esta iniciativa supondría una mejora para toda la población en su conjunto.

Por otra parte, los sanitarios deben ser “sensibles a la diversidad cultural de las poblaciones” teniendo en cuenta las experiencias individuales de cada uno y sus interacciones con el entorno (13). Así como, desarrollar la competencia cultural que según lo redactado en el artículo de Delgado (14), es “la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre personas de culturas diferentes y fomenta las interacciones apropiadas y efectivas con los otros”. Esta competencia tiene como objetivo proporcionar una mejor atención y que todas las partes implicadas se encuentren satisfechas.

Si el personal estuviera formado en esta aptitud desde que comienza sus estudios sanitarios, ponerla en práctica sería una tarea más sencilla y no supondría tanto reto.

Hoy en día es esencial tener en cuenta este aspecto y sobretodo en el contexto sanitario porque todo el mundo tiene derecho a la salud, y por lo tanto, a recibir una atención sanitaria de calidad, de manera equitativa y de acuerdo a sus necesidades.

1.3.2 Teoría de la diversidad y de la universalidad de cuidados de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger fue la fundadora de la enfermería transcultural y defendía que en una sociedad cada vez más pluricultural como la nuestra, los profesionales deben estar formados y ser competentes en el cuidado teniendo en cuenta la cultura de los pacientes.

Leininger consideraba que la imposición de culturas hace que disminuya la calidad de atención de los pacientes que tienen diferente cultura a la de los profesionales (12). Se debe salir del etnocentrismo y aprender a reconocer y respetar los valores de cada cultura.

Ella definió el concepto de enfermería transcultural como: “área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa”(12). Es decir, era partidaria de adaptar el cuidado según las creencias de cada paciente.

Por lo tanto, la finalidad de la enfermería transcultural es poder ofrecer unos cuidados coherentes con las características y circunstancias de cada persona. Para ello, la autora realizó un estudio complejo sobre los cuidados que se ejercen en las diferentes culturas. De esta forma, nos demostró que en las distintas culturas “hay tanto diversidad como universalidad en los cuidados, la salud y el bienestar” (15).

La universalidad de los cuidados revela la naturaleza común de los seres humanos, mientras que la diversidad nos enseña la variabilidad y las características únicas de cada colectivo o individuo (12).

De esta manera, desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basándose en su creencia de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y guiar a los profesionales para recibir la atención sanitaria que desean o necesitan (16).

Según esta teoría los elementos del metaparadigma enfermero se entienden como (15):

1. Persona

Representa al individuo, la familia y/o al grupo cultural. No puede ser separado de su cultura. Sus expresiones y estilo de vida reflejan los valores, creencias y prácticas de su cultura.

3. Salud

Se refiere a las creencias, valores y formas de actuar culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo, y permitir la realización de las actividades cotidianas.

2. Entorno

Todos los aspectos contextuales en los que se encuentra el ser humano. Por ejemplo: la visión del mundo, estructura social y características ambientales.

4. Cuidado

Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados, dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.

En resumen, decir que “los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales”(16).

Es decir, si tomamos de referencia la teoría de Leininger cuando ejerzamos nuestra profesión, estaremos ofreciendo unos cuidados de calidad, porque tendremos en cuenta a la persona en su conjunto, desde una visión holística.

1.3.3 La pertinencia intercultural en los componentes del primer nivel

En primer lugar, en el documento “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina”(7) se define el concepto de pertinencia intercultural, que hace referencia a la complementación entre conocimientos, sabidurías y prácticas de los diversos actores de salud. Es una apuesta por el fortalecimiento del sistema de salud, dándole una mayor calidad e integralidad. Pretende coordinar dentro de un mismo sistema sanitario distintos modelos de salud (comunitarios e institucionales) a partir de una relación respetuosa, basándose en el diálogo de los diferentes actores para la resolución de necesidades o problemas.

Esta propuesta es necesaria para eliminar la discriminación y asegurar el derecho pleno a la salud de los pueblos indígenas. El enfoque tradicional no tiene en cuenta esta visión y ha generado distanciamiento y desconfianza entre las diferentes partes.

Por tanto, la salud integral implica un trabajo intersectorial, incluyendo a los terapeutas tradicionales y sus métodos, con la participación activa de la comunidad.

Para implantar esta clave en la sanidad de Churcampa, el equipo de MMN ha elaborado una matriz con 4 criterios principales (que se desglosan en 30 características mínimas tangibles) que deberían cumplir los establecimientos sanitarios de la provincia. En la tabla 1 se pueden apreciar tanto los criterios como las características que proponen.

Tabla 1. Criterios y características mínimas tangibles que contiene la dimensión de interculturalidad en los EESS de Churcampa.

Criterios	Características mínimas tangibles
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional).
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)
	La interrelación proveedor usuario es quechua
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural
	El horario de atención ha sido acordado con la población
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad
	Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos

Fuente: Medicus Mundi Navarra

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Evaluar la dimensión intercultural del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y proponer un plan de mejora.

2.2 Objetivos secundarios

- Realizar una revisión bibliográfica sobre interculturalidad en salud.
- Identificar áreas de mejora de la dimensión intercultural del MAIS-BFC.
- Diseñar un plan de mejora según los aspectos detectados.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Revisión Bibliográfica

El periodo de búsqueda del proyecto fue desde octubre de 2015 hasta abril de 2016. Las bases de datos revisadas han sido las siguientes:

- Dialnet: portal bibliográfico de artículos científicos perteneciente a la Universidad de la Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/>
- Scielo: biblioteca electrónica. <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- Biblioteca Cochrane Plus. <http://www.biblioteca-cochrane.com/>
- Science Direct <http://www.sciencedirect.com/>
- Google Academic <https://scholar.google.es/>
- Páginas web oficial de Ministerio de Sanidad de España. <http://www.msssi.gob.es/>
- Página web oficial Ministerio de Sanidad de Perú. <http://www.minsa.gob.pe/>
- Página Web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú. <https://www.inei.gob.pe/>
- Página web oficial del proyecto multipais de salud integral e incluyente llevado a cabo por Medicus Mundi Navarra <http://saludintegralincluyente.com/>
- Catálogo de la biblioteca de la universidad pública de Navarra (BUPNA) y de repositorio de tesis de la universidad pública de Navarra (<http://academica-e.unavarra.es/>).

Los criterios de selección del material bibliográfico han sido:

- Artículos de revista, libros, trabajos o documentos oficiales.
- Con el objetivo de que la revisión fuera actual, las publicaciones seleccionadas son a partir del año 2000. No obstante, se han utilizado algunos libros y artículos previos a este año porque eran relevantes para el trabajo (sobre el modelo de enfermería de Leininger y planificación sanitaria).
- Temática relativa a: Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad de Perú, Sistema Sanitario de Perú, interculturalidad en salud, teoría de Madeleine Leininger, planificación sanitaria, motivación, satisfacción laboral, gestión de tiempo y principio bioéticos.
- El idioma que se ha utilizado en la búsqueda ha sido el español.

3.2 Metodología de evaluación

El método seleccionado para la evaluación de la dimensión intercultural del MAIS – BFC ha sido el Ciclo de Deming, PDCA. A continuación, se explica este método, así como las herramientas utilizadas en la elección del problema y en el análisis de causas.

3.2.1 Ciclo de Deming/PDCA

El PDCA (Plan-Do-Check-Act) suele ser uno de los formatos más utilizado en la evaluación de programas de salud.

Como se puede observar en la figura 2, las fases habituales del ciclo a realizar serían (17):

1. Identificar las oportunidades de mejora: Se tiene que identificar un aspecto a mejorar y la razón por la que se quiere intervenir. Es importante definirlo de manera clara y concisa para que se pueda estimar su importancia.
2. Seleccionar el problema: Tras la fase anterior, se debe señalar con exactitud el problema principal por el cual se desarrolla el proceso de mejora. Por lo que se utilizan técnicas para llegar al aspecto clave idóneo de intervención. En este trabajo se ha utilizado el método de priorización de problemas de Hanlon.
3. Análisis de las causas: Habitualmente el origen de un problema es multicausal y el abordaje de una sola causa no soluciona el problema determinado. Por ello, debe realizarse un análisis de causas para identificar las raíces del problema. Para esta parte del proceso, en el trabajo se ha elegido el diagrama causa – efecto.
4. Determinar las soluciones: Es indispensable identificar las posibles soluciones a las causas con un carácter realista.
5. Definir un plan de acción: Las soluciones se enmarcan en un plan de acción donde se identifica qué actividades se van a desarrollar, quiénes las realizarán y/o serán los responsables y cuándo y cómo se implantará.
6. Seguimiento y control: Toda implantación requiere un seguimiento y monitorización de las acciones para valorar si el plan es ajusta a lo planificado y si las mejoras son las esperadas.

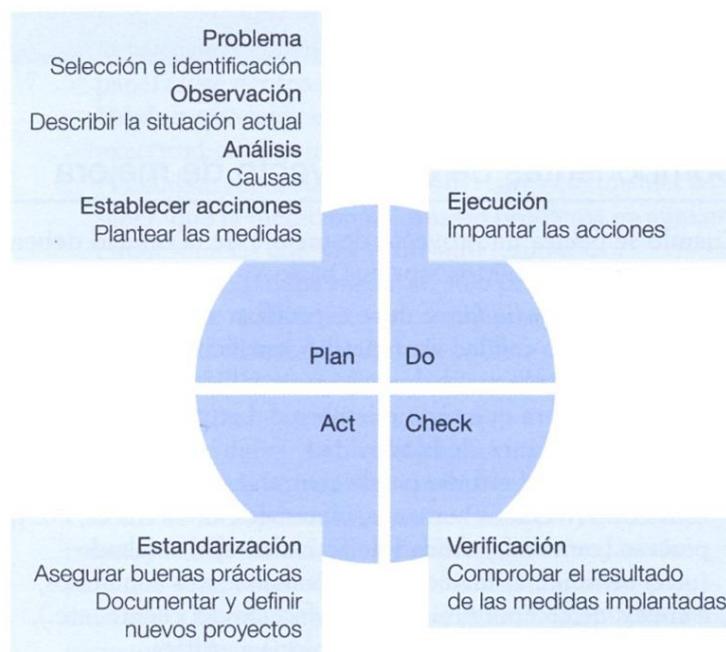


Figura 2. Ciclo PDCA.

Fuente: "Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes" p. 431

3.2.2 Método de Priorización de Hanlon

Según indican Borroto Chao et al (18) y Rodriguez Alcalá et al (19) este método, es uno de los más usados en la planificación sanitaria y fácil de utilizar porque los criterios son generales y pueden ajustarse según los problemas. Basa la priorización de los problemas en 4 aspectos:

- La magnitud o extensión (M). Hanlon lo definió como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total. Se evalúa a partir de una escala de 0 a 10, según el número de personas a las que afecte.
- La gravedad o severidad del problema (G). Se establece entre 0 y 10 puntos, siendo esta última cifra la situación más severa.
Puede apoyarse para su evaluación en datos subjetivos y/u objetivos. Algunas preguntas pueden ayudar a valorarlo. La más común en plantearse es: ¿Es considerado este problema como grave?
- La eficacia de la intervención (E), la cual permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. Se le asigna una escala de 0,5 a 1,5 correspondiendo el 0,5 a los problemas más difíciles y el 1,5 a los más fáciles.
- La factibilidad del programa (F). Este criterio se descompone para su análisis en cinco factores, que son pertinencia, aceptabilidad, factibilidad económica, disposición de recursos (no económicos) y legalidad. Se responderá con un "sí" o con un "no" a las preguntas relacionadas, lo que permitirá que se decida si es factible o no trabajar en la búsqueda de alternativas de solución al problema. Un "sí" se corresponderá con 1 punto, un "no", con cero.

La puntuación de prioridad viene dada por la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se ha considerado: $(M+G) E \times F$

Señalar que en este ejercicio, como en todo procedimiento de evaluación, interviene en buena medida la subjetividad.

3.2.3 Diagrama Causa-Efecto

Según muestran Ferrándiz Santos et al (17) el diagrama causa-efecto también es conocido como diagrama de Ishikawa o de espina de pescado, y recoge el análisis sistemático de las posibles causas que influyen en la aparición de un efecto o situación que pretendemos mejorar. "Ilustra las relaciones entre un resultado dado y los factores que influyen en éste". Ayuda a identificar las causas que tienen más trascendencia en el problema y a pensar sobre las mejores medidas para solucionarlo.

Los pasos para su ejecución son los siguientes:

1. Definir el problema a analizar de modo claro.
2. Colocar el problema en un rectángulo a la derecha del formato de escritura y dibujar una flecha de izquierda a derecha, apuntando hacia el problema.
3. Identificar las posibles causas más generales que influyen en el objeto de estudio. Las diversas causas se agrupan por categorías, y cada categoría se anota en rectángulos, que se unen mediante flechas rectas inclinadas, apuntando hacia la flecha principal.

4. Después, se deciden las causas secundarias del problema, las cuales se añaden a la categoría correspondiente mediante una flecha horizontal que apunta hacia ella.
5. Comprobar si es válida cada cadena causal y conclusión. El diagrama es un esquema ordenado de las posibles causas que influyen al problema.

3.3 Cronograma

Durante el verano de 2015 trabajé la interculturalidad con el equipo de campo de MMN, realizando, entre otras cosas, una lectura comprensiva de varios documentos.

En España, una vez elegida la tutora del proyecto, se contactó con tres personas de referencia de la ONG, para solicitar los datos que tenían hasta esa fecha (Anexo 1).

La primera parte del trabajo consistió en ordenar y analizar los datos recibidos en octubre. A su vez, se realizó una búsqueda de información acerca de datos estadísticos, del Sistema Sanitario de Perú, y de la importancia de la interculturalidad en la asistencia sanitaria.

El análisis se llevó a cabo desde noviembre de 2015 hasta febrero de 2016, se pudieron identificar áreas de mejora y comenzar la elaboración de un plan que se ajustara a las necesidades. Para realizarlo, también se buscó información sobre las distintas causas que se identificaron. Seguidamente, se redactó el resto de apartados del trabajo.

Finalmente, una vez entregado el trabajo se prepara la presentación, que tendrá lugar la tercera semana de junio. En la figura 3 se representa el cronograma del trabajo por actividades y meses.

Actividades	Verano 2015	Sept. 2015	Oct. 2015	Nov. 2015	Dic. 2015	Ene. 2016	Feb. 2016	Mar. 2016	Abr. 2016	May. 2016	Junio 2016
Lectura documentos interculturalidad y trabajo con MMN											
Solicitud de datos a Perú											
Búsqueda información Perú											
Búsqueda información interculturalidad											
Análisis											
Busqueda información plan de mejora											
Plan de mejora											
Redacción Final											
Corregir correcciones											
Preparación de defensa											
Defensa											
Envío trabajo a Perú											

Figura 3. Cronograma según las actividades y los meses. *Elaboración propia.*

4 RESULTADOS

4.1 Resultados de la evaluación de la dimensión intercultural

En Churcampa hay un total de 34 EESS del primer nivel de atención. En la tabla 2 se exponen los nombres de las comunidades en las que se encuentran los EESS.

Tabla 2. EESS de la provincia de Churcampa según categoría de atención del primer nivel.

EESS I.1					
Sallcabamba	Huanchos	Patibamba	Merced de Ccasir	Ccocha	Llacua
Piopachamarca	Cuyocc	Antacalla	La Merced de Chupas	Palermo	
Ccoyllorpancca	Mayocc	Villamayo	Carhuancho	Patallaccta	
Pachamarca	Occoro	Yaureccan	Machahuay	Ccaranacc	
EESS I.2			EESS I.3	EESS I.4	
Manzanayocc	San Miguel de Arma	Occopampa	San Pedro de Coris	Churcampa	
Huaribambilla	Cosme	El Carmen	Anco		
Chinchihuasi	Paccay	Locroja	Paucarbamba		

Elaboración Propia

Cada EESS tiene una tabla de evaluación individual, similar a la tabla 1. En ella, se evalúa cada característica mínima tangible según 4 valores:

- 0: Si no se evidencia progreso.
- 1: Si la característica se encuentra en proceso.
- 2: Si se ha logrado.
- 3: Si la medida está institucionalizada o sostenida en el tiempo.

En el anexo 2 se adjunta la matriz de evaluación que se utiliza.

Para la valoración del cumplimiento de los criterios, la ONG propone realizar 4 seguimientos por cada establecimiento. En ellos, siempre se evaluarán las características para comprobar el progreso, teniendo en cuenta los valores previos.

Durante la estancia en Churcampa, colaboré en la realización de dichas evaluaciones. Pude observar cómo se recogen los datos de manera objetiva y cómo dan las pautas de actuación de las variables poco trabajadas.

Por tanto, se ha realizado un análisis de los datos de las planillas de seguimiento de cada establecimiento, para poder conocer los resultados de la evaluación. Esto permitió más adelante, seleccionar las áreas a mejorar. Se han elaborado unas tablas, en las que se relaciona los establecimientos con las competencias, reflejando sus respectivas puntuaciones en ellas. En el anexo 3 se añaden las tablas de los resultados de evaluación de las características de la dimensión intercultural de los EESS de Churcampa.

Con el fin de conocer el grado de cumplimiento de cada una de las características, en el total de establecimientos sanitarios, se ha procedido al recuento de las puntuaciones de cada una de ellas y se ha calculado el porcentaje. La tabla 3 refleja los porcentajes obtenidos según el recuento. Están señalados con rojo, aquellos porcentajes superiores al 70% del valor 0, por considerar que este resultado indica que no se ha trabajado la característica.

Tabla 3. Resultados de la evaluación de la matriz de seguimiento intercultural en porcentajes según las características.

Criterios	Características mínimas tangibles	RESULTADOS EN %			
		0	1	2	3
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional o yachaq).	52,94	17,65	23,53	5,88
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.	52,94	20,59	20,59	5,88
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica	70,59	20,59	5,88	2,94
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.	20,59	35,29	38,24	5,88
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	38,24	41,18	17,65	2,94
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	58,82	29,41	8,82	2,94
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS	70,59	17,65	2,94	8,82
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)	8,82	20,59	55,88	14,71
	La interrelación proveedor usuario es quechua	5,88	17,65	58,82	17,65
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito	70,59	11,76	8,82	8,82
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional	79,41	17,65	2,94	0,00
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona	41,18	41,18	14,71	2,94
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural	35,29	26,47	32,35	5,88
	El horario de atención ha sido acordado con la población	35,29	26,47	32,35	5,88
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales	47,06	23,53	17,65	11,76
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas	61,76	14,71	5,88	17,65
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica	55,88	32,35	11,76	0,00
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico	82,35	11,76	2,94	2,94
	Se registra en la historia clínica información etnomédica (síndrome sociocultural) proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta	73,53	23,53	2,94	0,00
	Se aplica la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno cada cuatrimestre	76,47	20,59	2,94	0,00
Se mejora más del 80% de variables insatisfactoras del usuario externo e interno (encuesta)	91,18	8,82	0,00	0,00	
Se identifica el idioma que hablan las familias en la carpeta familiar	41,18	26,47	17,65	14,71	
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua	2,94	11,16	47,06	38,24
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos	14,71	35,29	47,06	2,94
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)	61,76	20,59	17,65	0,00
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad	58,82	20,59	17,65	2,94
	Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción	64,71	23,53	11,76	0,00
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales	70,59	17,65	8,82	2,94
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos	50,00	41,18	8,82	0,00

Elaboración propia

4.2 Identificación y priorización del problema

De esta evaluación, se han obtenido las 9 características menos trabajadas. La característica “se mejora más del 80% de variables insatisfactorias del usuario externo e interno” se descarta porque en ese momento, no se había realizado la encuesta de satisfacción del usuario.

Con las 8 restantes, se han formulado los siguientes problemas:

1. No consta la realización de reuniones con agentes de la medicina tradicional (AMTs).
2. Poca participación de AMT en el establecimiento de salud.
3. No existe un documento con los síndromes culturales comunes en la zona.
4. Carencia de atención conjunta síndromes culturales con AMTs.
5. Insuficientes stock de plantas medicinales deshidratadas en tópico.
6. Falta utilización de la historia clínica para registro de información etnomédica.
7. Poca aplicación encuesta de satisfacción del usuario.
8. Escasa elaboración propia de material educativo.

A continuación se han priorizado los problemas según el método de Hanlon:

- **Magnitud:** ¿A cuántas personas les afecta?

Se ha asignado la puntuación de este apartado teniendo en cuenta lo siguiente:

- 10= Afecta a la totalidad de la población. (90-100%)
- 8= Afecta a un gran número de ellos. (60-90%)
- 6= Repercute a la mitad de la población. (40-60%)
- 4= Afecta a una pequeña parte de la población. (15-40%)
- 2= Prácticamente a casi nadie. (5-15%)
- 0= No afecta a nadie. (0-5%)

Según el INEI (1) la población estimada que había en Churcampa en 2015 era de 44.582 personas. Así que se utiliza este dato como referencia.

- **Severidad:** Se ha puntuado del 0 al 10 según la importancia que se ha considerado que tenía cada problema. Ha sido una puntuación subjetiva según la formación y el trabajo que realicé con la ONG en Churcampa.

Para poderla llevar a cabo de la manera más imparcial posible, se ha comenzado puntuando con un 9 los dos problemas que se consideraban más importantes y con un 8 los otros dos que se cree que les siguen.

Después, se ha puntuado con un 4 a los dos problemas que se considera que tienen menos importancia. No se ha puesto una nota inferior a un 4 porque todos los problemas tienen su importancia de una u otra manera.

Finalmente, los dos problemas que quedaban han sido puntuados con un 6 porque se ha estimado que tienen una importancia media entre los del 8 y el 4.

- **Efectividad:** Aquellos problemas que se realizan a través del trabajo conjunto con otros colectivos son más difíciles de realizar, pero no imposibles, ya que las comunidades son de un número reducido de personas. Por lo tanto, tienen puntuaciones de 0,8 a 1 puntos.

Mientras tanto, los demás problemas tienen un 1,5 porque se estima que con un plan de mejora pueden resultar fáciles de cumplir ya que en principio pueden ser realizados por el personal del centro de manera autónoma.

- Factibilidad

- **Pertinencia:**
Todos excepto dos problemas tienen un 1. Los que tienen un 0 es porque se cree que ese problema no tienen prioridad. Son cuestiones que se pueden trabajar más adelante ya que con su consecución no se obtiene un beneficio directo de la población.
- **Economía:**
Todos los problemas son factibles en este aspecto porque no requieren de muchos fondos o de ninguno para llevarlos a cabo.
- **Recursos:**
Existen recursos humanos para la realización de todos los problemas. Ya sea por los profesionales de salud o con la ayuda de personas de la comunidad que estarían dispuestas a asistirles ya que es un beneficio para todos.
- **Legalidad:**
Sí, son legales de realizar todas las intervenciones. Para su consecución no requieren de ninguna práctica ilegal.
- **Aceptable:**
Es aceptado por la población porque les beneficia, ya que la finalidad es recibir una mayor calidad asistencial respetando la cultura de la zona.

En la tabla 4 se aprecia gráficamente la ejecución del método Hanlon. El problema priorizado resultante es: "No existe un documento con los síndromes culturales comunes en la zona".

Tabla 4. Priorización de los problemas detectados según el método de Hanlon

METODO DE PRIORIZACIÓN HANLON									
PROBLEMAS	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFFECTIVIDAD	FACTIBILIDAD					RESULTADO (M+S)ExF
	(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
No consta la realización de reuniones con AMTs	4	9	1	1	1	1	1	1	13
Poca participación de AMT en el EESS	10	9	0,8	1	1	1	1	1	15,2
Escaso registro síndromes culturales comunes en la zona	8	8	1,5	1	1	1	1	1	24
Carencia de atención conjunta Sd. Culturales con AMTs	10	8	1	1	1	1	1	1	18
Insuficientes stock de plantas medicinales deshidratadas en tóxico	8	6	1,5	1	1	1	1	1	21
Falta utilización de la HCl para registro información etnomédica	4	4	1,5	0	1	1	1	1	0
Poca aplicación encuesta de satisfacción del usuario	4	4	1,5	0	1	1	1	1	0
Escasa elaboración propia de material educativo	8	6	1,5	1	1	1	1	1	21

Elaboración propia

Se han señalado con colores verdes aquellas tres características que según la priorización de Hanlon habría que trabajar primero. En amarillo las que les siguen, y en rojo aquellas dos que en este momento no sería conveniente realizar.

4.3 Definición del problema priorizado

De los 34 establecimientos que hay en Churcampa, en 24 no existe un cuaderno de con los síndromes culturales, ni han empezado a elaborarlo. Esto nos indica que el 70,59% de los centros no ha trabajado esta característica mínima tangible.

Este hecho puede repercutir en la atención sanitaria de la población. Estas personas suelen acudir al centro de salud, entre otros motivos, por enfermedades culturales. Si el profesional no las conoce puede realizar un diagnóstico erróneo, incompleto o no poder ofrecerles la atención integral que necesitan.

Además, si no reconoce la enfermedad cultural o la ignora, es probable que no realice interconsultas con los agentes de la medicina tradicional. Por lo tanto, es muy posible que no se coordine con ellos para conseguir el objetivo común de ambos colectivos: la salud de la población.

4.4 Análisis de causas del problema

Para poder realizar el análisis de las causas, se han tenido en cuenta los conocimientos y la experiencia que adquirí durante la estancia en Perú. Como herramienta, se ha empleado el diagrama causa – efecto. A continuación, la figura 4 muestra una representación visual del mismo y posteriormente se explica.

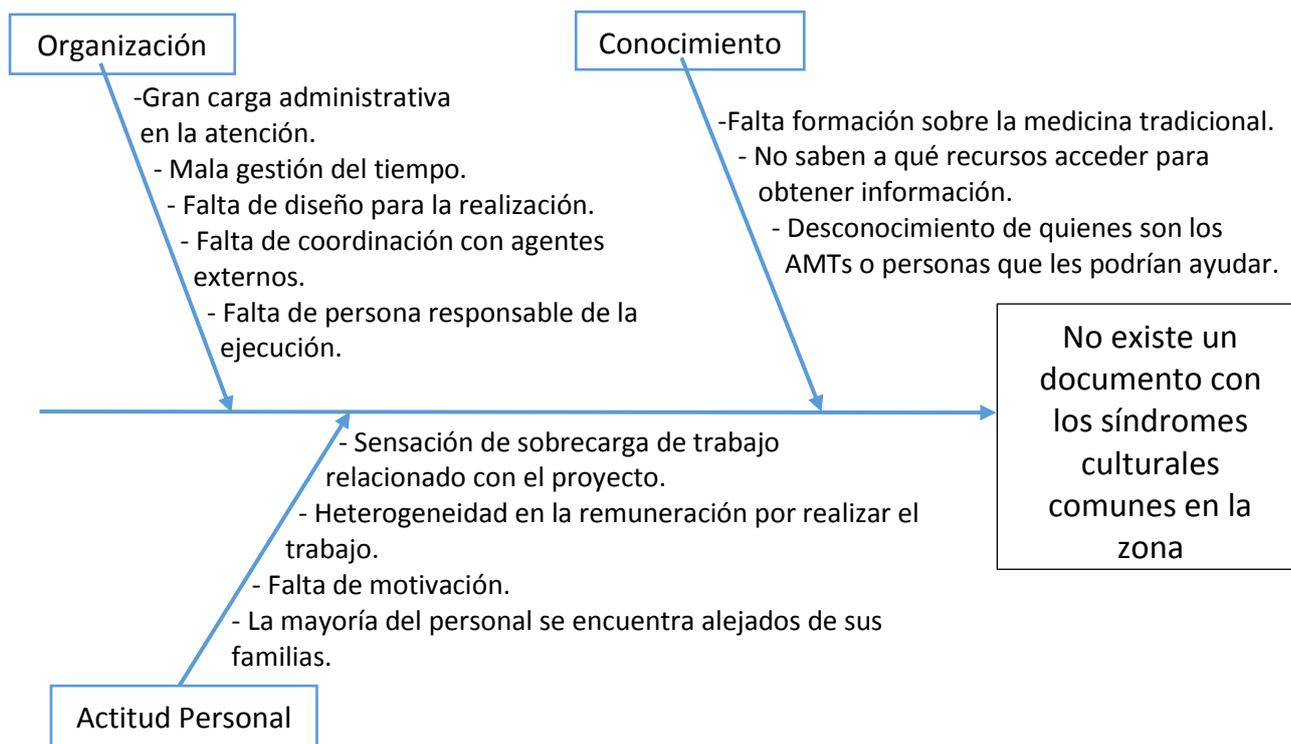


Figura 4. Diagrama causa – efecto. *Elaboración propia.*

Tras realizar el diagrama de causa - efecto, podemos apreciar tres causas generales que afectan al escaso registro de los síndromes culturales comunes en los EESS.

- Causas relacionadas con la actitud personal

Es esencial trabajar la motivación del personal al efectuar el plan de mejora, ya que serán ellos los que tengan que llevarlo a cabo. Por otra parte, he percibido que el personal tiene una sensación de sobrecarga, debida a conocer todos los criterios a la vez y tener que trabajar en su resolución simultáneamente.

Hay que reflejar que existe una heterogeneidad en la remuneración de las personas que son nombradas y las que están contratadas. Las primeras, son personas ya fijas en sus puestos de trabajo (es algo similar a ser funcionario en España), mientras que las segundas tienen contratos temporales que suelen ser renovados. A los del primer grupo, les dan una retribución extra si trabajan aspectos del MAIS – BFC y a los del segundo grupo no. Por lo tanto, esto genera descontento en el colectivo secundario y en algunos casos abandono de las actividades relacionadas, ya que consideran que no se les reconoce el trabajo realizado.

Los profesionales de salud son la mayoría de otras ciudades, por lo que se encuentran alejados de sus familias, lo que puede afectar en su situación emocional.

- Causas relacionadas con la organización

La organización tiene importancia en diferentes cuestiones. El sistema sanitario de Perú, funciona con un método de registro manual en papel. Este hecho genera que el personal sanitario tenga mucha carga administrativa por la atención de cada persona. Les repercute a la hora de gestionar el tiempo, porque no tienen agendas de consulta y los pacientes van a la hora del día que mejor les viene. Por lo tanto, generalmente se

acumula todo el trabajo de la jornada en una zona horaria concreta, así como todos los actos administrativos a cumplimentar.

Existen otros aspectos relevantes, como el hecho de que no haya una persona responsable de la actividad, lo que puede hacer que el tiempo pase sin que se realice dicha acción. Por lo tanto, es importante que alguien se haga cargo de este puesto. Esto no quiere decir que tenga que hacer todo él, sino que tiene que organizar al resto de compañeros. Es posible que haya sido un hándicap el hecho de que no se hubiera ofrecido una planificación de las actividades a realizar. Es decir, al sociabilizar las características no se les ha dado unas pautas de actuación para poderlas llevar a cabo.

Es importante resaltar la falta de coordinación con agentes externos, como lo son agentes de la medicina tradicional, agente comunitarios de salud, representantes de la población, entre otros. Éstos, pueden ayudar en la realización del documento, porque son personas que conocen las enfermedades culturales.

- Causas relacionadas con el conocimiento

Se ha observado falta de conocimientos, actitudes y habilidades en los profesionales sanitarios en relación con los síndromes culturales de la zona. También he detectado que no conocen a los agentes de la medicina tradicional de las comunidades y no se dispone de espacios de conocimiento que faciliten este tipo de información de manera veraz.

En conclusión, estos tres aspectos son las causas que propongo tener en cuenta a la hora de realizar el plan. Aunque no podamos trabajar todas, intentaremos ofrecer alternativas de acción de la mayoría, y así poder brindar un plan de mejora completo.

4.5 Propuesta de mejora

Según el análisis del problema, hay tres grandes causas del mismo. Por lo tanto, se realizará el plan de mejora teniendo en cuenta estas tres áreas.

Se ha efectuado el plan de mejora como una guía de actuación para todos aquellos centros que no hayan empezado a trabajar esta característica mínima tangible.

Se propone que cada puesto de salud trabaje de manera individualizada las diferentes áreas, ya que cada uno tendrá necesidades distintas. Por consiguiente, éste no es un plan específico sino que tiene un carácter generalizado.

Las actividades que se propone desarrollar son las siguientes:

- Actitud personal

Este es un aspecto fundamental del plan de mejora. A pesar de trabajar la organización y el conocimiento, si el personal sanitario no está satisfecho con su trabajo, no tendrá una buena actitud a la hora de realizar sus funciones, lo que repercutirá en calidad asistencial (20).

Para reducir la sensación de sobrecarga de trabajo que se genera al recibir toda la información sobre las tareas de interculturalidad, se debe explicar a los profesionales que las indicaciones no son órdenes que haya que cumplir de manera inmediata. Es importante que las interioricen, las hagan suyas y entiendan el porqué de esas variables para que no les genere rechazo. Para ello se podría plantear implicarles en el

diseño del plan o pedirles su participación aportando ideas y/o sugerencias. Hay que hacerles ver que su labor es útil e indispensable para cumplir los objetivos (21). Por tanto, es fundamental que los sanitarios decidan de manera consensuada por todos los componentes del centro por dónde empezar. Así, será un compromiso del colectivo y no una tarea impuesta por personas ajenas. Como dice Zubiri Sáenz “Todo cambio requiere flexibilidad, aprendizaje, consenso y motivación”(20).

Con respecto a la motivación, es conveniente decir que las personas nos movemos por diferentes motivos dependiendo de las creencias o modelos que cada uno tenemos sobre el mundo. Para poder trabajar esta área, tenemos que tener en cuenta que la motivación se puede dividir en 3 dimensiones (21)(22):

- Motivación extrínseca: es aquella que hace que las personas actúen por incentivos externos, ya sean positivos o negativos. Podemos incluir en este tipo el sueldo, el reconocimiento, status y alabanzas, entre otras. Satisface las necesidades materiales.
- Motivación intrínseca: es la que hace que el individuo actúe por la satisfacción propia. Por ejemplo, realizar algo por el interés de aprender o disfrutar. Sentir la satisfacción de haber hecho un buen trabajo. Se dice que satisface una necesidad psicológica.
- Motivación trascendental: es aquella que mueve a las personas porque sus acciones repercuten al entorno. Por ejemplo, ayudar a un compañero u ofrecer una buena atención a los pacientes.

Por lo general, las 3 dimensiones influyen en la actitud personal, pero pueden hacerlo en diferentes proporciones. Dependiendo de la cantidad y tipo de motivos que pueda tener una persona, se determina si una motivación es de mayor o menor influencia. Por ejemplo, se considera que si la motivación principal es la trascendental, la persona tendrá un verdadero compromiso con el trabajo que esté realizando, ya que por mucho que haya variaciones externas continuará con su labor, porque el fin, es un objetivo más amplio. En cambio, si lo que mueve a esa persona es la remuneración, es muy probable que si ésta disminuye por algún factor, su motivación disminuya (21).

La dificultad se encuentra, como ya se ha dicho antes, en que cada uno tenemos motivaciones diferentes. Por lo tanto, para poder actuar en la motivación de los sanitarios es imprescindible saber cómo piensan. Para ello se necesita preguntarles y escucharles (22).

Para realizar esta acción y comprobar el grado de satisfacción de los profesionales, se podría realizar una encuesta como se llevó a cabo en Navarra en 2010 para evaluar la satisfacción laboral que tenían los profesionales de Atención Primaria. Podríamos seguir el mismo esquema para la elaboración de ésta (23). (Anexo 4)

Por el momento y mientras se obtienen datos de la satisfacción de los profesionales, se podrían trabajar algunas consideraciones generales como se propone en el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España (2007-2012). En este sentido, se podrían tener en cuenta algunas de las líneas de actuación propuestas en la estrategia número 30, que está encaminada a aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral (24).

Entre estas indicaciones, se encuentra “impulsar objetivos de equipo comunes, clarificando las funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales”.

Este factor es importante en la organización, pero también puede influir en la motivación del personal, porque si no existe un reparto equitativo de las tareas, se pueden crear malas situaciones interpersonales que afecten a la satisfacción individual.

En el análisis de las causas se ha indicado que existía una heterogeneidad en la remuneración por realizar el mismo trabajo. En este sentido, una de las recomendación recogida en la estrategia número 30 es el de “impulsar sistemas de incentiación económica para todos los profesionales del equipo, en función de la calidad de la atención prestada y de la dedicación profesional”(24).

Otro aspecto que podría aumentar el grado motivación de los profesionales sería establecer incentivos no económicos como son la formación continuada, la mejora de condiciones laborales, mayor autonomía en la toma de decisiones, entre otros(24)(24)(24)(24) (24).

Por último, para trabajar la circunstancia de que la mayoría del personal se encuentra alejado de sus familias, se podrían realizar actividades que permitan conocer a los profesionales de otros centros. Incluso se podrían reforzar las relaciones laborales dentro del mismo establecimiento de salud haciendo actividades de socialización. De esta manera, podrían establecer amistades e incrementar su actitud personal sobre la zona.

- Organización

Durante el verano de 2015 la ONG estaba empezando a trabajar en una plantilla de registro de actividad asistencial que fuera única y sustituyera a todos los registros que en ese momento se estaban realizando. Con esta acción, se conseguirá reducir la carga administrativa, pero hasta que se empiece a implantar esta nueva ficha, el colectivo de sanitarios tendrá que seguir rellenando los formularios actuales.

En referencia a la inadecuada gestión del tiempo, una de las razones que la podía estar ocasionado, puede ser que los profesionales no tenían una agenda de atención. Es decir, el funcionamiento del centro de salud era según el horario de atención que se indicaba en la puerta del centro, por lo que cada persona acudía al establecimiento cuando podía. De esta manera, el profesional generalmente se sobrecargaba en horas puntuales de la mañana o de la tarde, y en esas horas se le acumulaba tanto las actividades a realizar para atender al paciente como los registros administrativos que tenía que cumplimentar por cada uno ellos.

Esta sobrecarga les podía producir estrés o ansiedad, y en los espacios de tiempo que tenían más libre, puede que tendieran a relajarse o sentirse reacios a continuar con otro tipo de trabajos, como a desarrollar actividades relacionadas con este proyecto.

Por lo tanto, si los profesionales tuvieran una agenda de trabajo, se podrían organizar mejor el tiempo durante la jornada laboral y no sobrecargarse en horas determinadas. Para ello, sería conveniente que cada profesional tuviera una agenda de papel (la informática no está disponible) en la que fueran apuntando las citas con los diferentes usuarios de su centro. Este diseño de agenda se podría adaptar a las necesidades tanto de la población como de los profesionales. Es decir, se podría distribuir en la agenda las actividades de cada jornada, delimitando el tiempo para cada una de acuerdo a las necesidades de accesibilidad de la población.

Por ejemplo, si la población acude a consulta a primera hora de la mañana y a última de la tarde, reservar esos horarios para las consultas, dejando espacios para trabajar el proyecto, hacer reuniones de equipo, realizar visitas domiciliarias, entre otros. De esta manera, se optimizaría el tiempo. Para esto, habría que dar a conocer a la población las nuevas horas de atención, así como darles cita a una hora en la que ellos puedan acudir al centro.

Otro aspecto en el que se puede trabajar, es en el diseño del documento que contenga los síndromes culturales. Se podría hacer un esquema común, con los apartados que debería tener desarrollados cada enfermedad cultural y que cada centro lo rellenara. Para ello, se propone elaborar una ficha que incluya las siguientes partes: nombre, etiología (¿por qué ocurre?), signos y síntomas, a quien afecta, tratamiento, pronóstico, nombre del agente de la medicina tradicional que trata la enfermedad y fotografías de las plantas medicinales que se usan para su curación. (Anexo 5)

Para solucionar la falta de coordinación con agentes externos, se podrían promover asambleas comunitarias, donde se socializaran las características mínimas tangibles y se pudiera solicitar la cooperación de toda la comunidad para la consecución de los objetivos. Los sanitarios también se pueden poner en contacto con los agentes comunitarios de salud (o AMTs), para que éstos les guíen y les ayuden a completar el documento. De esta manera, lo elaboraría varias personas de la comunidad, que conocen y padecen los síndromes. Nadie externo a esta realidad es capaz de realizar individualmente un documento así, por desconocimiento.

Por último, es importante que los miembros de la ONG, a la hora de hacer los seguimientos, les den sugerencias de actuación. Un aspecto indispensable, es que una persona se haga responsable de la consecución de la tarea. Así, habrá un encargado que podrá organizar al resto de compañeros.

- Conocimiento

Es importante trabajar en la formación de los profesionales de salud sobre la medicina tradicional adecuándola a la especificidad de la cada zona. Se debería trabajar tanto los conocimientos como las actitudes y las habilidades.

En esta labor formativa es fundamental la participación de los agentes de la medicina tradicional, porque son las personas que mejor conocen la materia y pueden formar a los sanitarios.

Sería conveniente realizar un mapeo de la población para saber quién les puede ayudar a la realización del documento. Se puede contactar con los agentes comunitarios de salud, lo cuales pueden colaborar con ellos para hacer el mapeo o ayudarles a acercarse a los AMTs. Sería importante que los ciudadanos participaran también en esta actividad. Esta acción podría mejorar la relación entre la población y los profesionales sanitarios ya que podría ayudar a mostrar a los ciudadanos el interés que los profesionales tienen por su cultura y la disposición a aprender de las enfermedades culturales.

Una vez localizadas las personas que les puedan asistir o formar, habría que contactar con ellas, explicarles el proyecto, su finalidad e invitarles a colaborar.

Otra actividad podría ser que la ONG les proporcionara un documento en el que se detallaran las diferentes enfermedades culturales de toda la provincia. Esta acción tiene al menos una limitación porque se deberían realizar una criba para cada una de

las zonas. Para esto, también sería conveniente saber quiénes son los agentes sociales que les pueden ayudar a seleccionar las partes del documento que sirven en cada comunidad.

Puede resultar difícil trabajar esta causa si la actitud del personal sanitario no es favorable o si existe una inadecuada gestión organizativa.

Esta fase de planificación de actividades de mejora es importante definir quiénes van a realizarlas y los responsables, y cuando y como se implantarán. En este trabajo no se han especificado porque considero que son acciones que se tienen que llevar a cabo de manera conjunta con todo el equipo de trabajo de la ONG, de manera consensuada. Ellos tienen una visión de conjunto de todas las actuaciones que están llevando a cabo y una capacidad de decisión para priorizar las acciones que deben realizar.

4.6 Evaluación de la intervención

Será necesario comprobar la puesta en marcha del plan de mejora en los establecimientos por tanto, se requiere de una evaluación. Se evaluará si existe un documento que contenga los síndromes culturales de la zona, así como la existencia de una agenda de trabajo.

Personas que evalúan

Esta tarea está indicada para una persona o grupo de personas ajenas a cada establecimiento y que acudan al mismo de manera periódica cada cierto tiempo. Se ha considerado que es idónea para el equipo de campo de Medicus Mundi ya que va a continuar realizando los seguimientos de la implementación de los criterios, así que pueden comprobar la evolución de este aspecto como indica en su tabla de evaluación.

Indicadores de evaluación

1. Porcentaje de centros que han elaborado el documento de los síndromes culturales.
2. Porcentaje de centros que han diseñado una agenda de trabajo para los profesionales sanitarios.

5 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de la evaluación de la dimensión intercultural del proyecto MAIS-BFC, muestran que existen características que no se han desarrollado en los establecimientos sanitarios de la Región de Churcampa, como “realizar reuniones o talleres con AMT de manera periódica”, “existencia de un documento de síndromes culturales más comunes del distrito”, “atención de síndromes culturales en coordinación con los AMTs”, “contar con plantas medicinales deshidratadas en el tópico”, “e registra en la historia clínica información etnomédica proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta”, “se aplica la encuesta de satisfacción del usuario cada cuatrimestre”, así como “elaborar material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales”.

Poner en marcha planes de mejora para facilitar el cumplimiento de estas características puede ser de gran interés para brindar una atención sanitaria acorde a las necesidades de la población de esta comunidad. En este sentido, la evidencia científica (11)(14) disponible señala que hay que introducir la interculturalidad en el cuidado sanitario, ya que busca la construcción de conocimientos y el aprendizaje de las culturas implicadas, proporcionando un enriquecimiento mutuo y la elaboración de un espacio común. De la misma manera, Leininger defiende que la enfermería transcultural está orientada a ofrecer cuidados coherentes a las características y circunstancias de cada persona (15).

En este estudio, utilizando el método de priorizando Hanlon, atendiendo a criterios de magnitud, severidad del problema, eficacia de la intervención y factibilidad del programa, se ha seleccionado el aspecto “existencia de un documento de síndromes culturales más comunes del distrito”. Dar respuesta a este problema identificado puede ayudar a conseguir que la asistencia sanitaria a esta población tenga una visión más holística del paciente, aumentar la confianza en el personal sanitario así como su grado de formación en competencia cultural de la zona. Estos factores son muy importantes para incorporar la dimensión intercultural en la atención sanitaria. En otros estudios (13)(14), coinciden en señalar que cada cultura tiene diferentes formas de entender la salud y la enfermedad y es necesario conocer cómo entienden estos conceptos para poder brindar una atención acorde a sus necesidades.

Según el método Deming (17) para solucionar de forma eficiente el problema identificado es necesario reflexionar sobre las causas que pueden estar originándolo, esto ayudará a plantear posibles soluciones con carácter realista, a definir el plan de acción y a realizar un seguimiento del problema. En este estudio, aplicando este modelo, en el análisis de problema se han identificado causas relacionadas con la aptitud de los profesionales, con la organización y con el conocimiento.

Atendiendo a estas causas detectadas se ha propuesto un plan de acción. Así, en relación con la aptitud de los profesionales se plantea hacerles partícipes en la toma de decisiones de la implantación del modelo y preguntarles acerca de sus motivaciones y satisfacción laboral, entre otros. Estas acciones coinciden con la evidencia científica disponible (20)(21), que indica que hay que mostrar a los profesionales que su labor es indispensable y útil para cumplir los objetivos propuestos y que la satisfacción laboral influye en la calidad asistencial. En relación con la organización se propone la planificación del tiempo laboral mediante una agenda de trabajo y el diseño del documento que contenga los síndromes culturales, entre otros. Respecto a las causas relacionadas con el conocimiento

se sugiere mapeo de la población para saber quién les puede ayudar a la realización del documento y colaborar con los agentes de la medicina tradicional.

Análisis de las debilidades y fortalezas en el estudio

En la realización del estudio me he podido encontrar ciertas dificultades o limitaciones. En primer lugar, se debe señalar el hecho de que la población a la que va dirigida el proyecto es una diferente a la mía. Por consiguiente, desde el principio encontré la dificultad de basar un trabajo en una situación que es distinta a la realidad a la que estoy acostumbrada y que además, se encuentra lejos en el espacio.

Por otra parte, también ha podido ser un punto favorable ya que la problemática actual que vive la atención primaria de Churcampa, ya se ha vivido en España. Por tanto, durante mi periodo de prácticas asistenciales, pude preguntar algunas dudas sobre la resolución de los problemas que me encontraba con respecto al plan de mejora, con las enfermeras del centro de salud.

Me ha resultado complicado realizar un documento de este tipo porque los trabajos que hemos hecho a lo largo de la carrera se centraban más en revisiones bibliográficas o tenían otra metodología. Ha sido el primer trabajo que he realizado guiándome con el ciclo PDCA (17) y utilizando el método de priorización de problemas de Hanlon (18). No obstante, ha sido un reto que me ha permitido realizar la evaluación de este proyecto y diseñar un plan de mejora según los problemas detectados.

El proyecto, también tiene otras fortalezas que hacen que tenga motivos para ser llevado a cabo. En contraposición a la primera debilidad descrita, he tenido la oportunidad de poder experimentar la realidad de la zona durante aproximadamente 3 meses en el verano de 2015. He podido conocer el contexto y desde mi regreso he seguido manteniendo el contacto tanto con los responsables, como con el equipo de campo de MMN en Perú. He podido seguir colaborando con el proyecto a pesar de no estar presente físicamente y he aportado mi opinión y posibles soluciones al problema priorizado.

Durante la experiencia pude visitar diferentes establecimientos de salud y participar en la evaluación de interculturalidad junto con otros profesionales de la ONG. Este hecho, me permitió conocer el seguimiento del proyecto.

Otra fortaleza es que propone una serie de medidas que pueden facilitar la confianza y la disponibilidad del personal sanitario con respecto a la población. No solo se centra en el conocimiento de las enfermedades culturales, sino que se proponen mejoras de aspectos relacionados con la actitud del personal y la organización del tiempo.

Las medidas propuestas en el plan de mejora suponen poco coste económico, así que no tienen esa dificultad a la hora de la puesta en marcha.

Es favorable la implantación de este plan de mejora con el fin de potenciar la interculturalidad en la atención sanitaria, así como generar ambientes positivos en el entorno laboral.

Reflexión ética

Es preciso realizar una reflexión de aspectos éticos ya que el proyecto influye en la atención sanitaria de la población. Para ello, nos basaremos en los cuatro principios de la bioética.

- Principio de autonomía

Este principio en atención primaria está encaminado a conocer y respetar las tradiciones, costumbres, modos de percibir el mundo y formas de vida de la comunidad. Por lo tanto, el logro de este principio está condicionado al conocimiento que tenga el equipo de salud de las características de la comunidad (25).

Por otra parte, reconoce la capacidad de las personas de elegir sobre su salud. El profesional debe transmitir la información al usuario de manera que este le entienda, comprobar que la haya entendido y darle la opción a preguntar dudas o manifestar su opinión (26).

El proyecto respeta la autonomía del paciente ya que es una de sus principales finalidades. Trabajándolo de manera conjunta con el MAIS – BFC, se procura que los sanitarios conozcan la cultura de la zona básica de salud y ofrezcan atención acorde a sus costumbres y tradiciones. También se pretende que el paciente pueda expresarse en el ambiente sanitario y dar su visión acerca de los síndromes culturales y como repercuten éstos en su vida.

- Principio de beneficencia

Supone la obligación ética de proporcionar beneficios a los pacientes. Los sanitarios deciden lo que es bueno para el colectivo. En la atención primaria, el bien está dirigido a la prevención y promoción de la salud.

“El principio de beneficencia en la atención primaria es un servicio de calidad (...) para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que atiende”(25).

Por lo tanto y según esto, el trabajo sigue el principio de beneficencia porque su objetivo es el bienestar de la población y para ello, pretende que los profesionales conozcan las realidades de las comunidades.

- Principio de no maleficencia

El personal de salud no solo tiene que preocuparse de hacer el bien, sino también de no hacer daño a las personas, ya sea a un individuo como a un colectivo (25).

El proyecto está encaminado a que los profesionales conozcan las enfermedades culturales de la zona y sepan cómo actuar frente a ellas. Con este plan se está fomentando la formación del personal al respecto, para que en el oficio de la profesión, si se da una circunstancia de este tipo, no haya posibilidad de producir un daño.

- Principio de justicia

Este principio defiende, de manera general, la salud como derecho humano fundamental. Debe entenderse como equidad, el atender a cada uno según sus necesidades. Por otra parte, “...la no realización del trabajo, sobre todo de promoción y prevención, con calidad y eficiencia, implica el incumplimiento del principio de justicia” (25).

El plan de mejora busca que la salud que se ofrece a la población sea eficiente y de calidad.

Comentario final

La evaluación y el plan de mejora elaborado en este trabajo pretenden aportar unas posibles pautas generales que contribuyan a la realización de un documento que contenga los síndromes culturales de las determinadas zonas de Churcampa.

La aplicación del mismo se decidirá de manera conjunta y consensuada con el equipo de MMN, valorando las ventajas, limitaciones del proyecto y la situación del MAIS-BFC.

Este trabajo puede servir de documento base para el análisis de futuras características del proyecto, porque la metodología utilizada puede facilitar la priorización de los problemas, el análisis de las causas y la planificación de las actividades encaminadas a resolver el problema.

6 CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

1. La participación con la ONG Medicus Mundi Navarra en el proyecto multipaís de Salud Integral e Incluyente, supone una oportunidad para los estudiantes de enfermería porque les permite conocer otras realidades y modelos de atención de enfermería que van más allá de la atención asistencial.
2. La interculturalidad y la competencia cultural son importantes en la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sería conveniente formar en este campo a los profesionales de salud.
3. Las enfermeras debemos proporcionar cuidados individualizados y de calidad, atendiendo a los factores culturales de las personas.
4. La existencia de un documento que contenga los síndromes culturales, en los establecimientos de salud de las comunidades con diversidad cultural contribuye a conseguir una atención de calidad a la población.
5. La satisfacción y motivación del personal sanitario es un aspecto que influye directamente en la calidad asistencial.
6. Todas las personas tenemos motivaciones diferentes, por lo que para poder incidir positivamente en ellas, tenemos que preguntar y escuchar la respuesta.
7. La implantación de una agenda de trabajo puede ser una herramienta útil para gestionar el tiempo y optimizar el rendimiento.

7 AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, quisiera agradecer a las personas que tanto esfuerzo me han prestado y que han hecho posible el desarrollo de este trabajo.

En primer lugar, me gustaría agradecer a la tutora de este Trabajo de Fin de Grado, María Rosario Orzanco Garralda, por su ayuda, dedicación, disponibilidad y consejos.

También agradecer a la Universidad Pública de Navarra, la oportunidad que ofrece a los estudiantes de participar en iniciativas como la que he tenido la suerte de vivir en Perú, con el programa de Formación Solidaria. Sin esta experiencia no habría podido realizar este trabajo.

Por último, dar las gracias por la ayuda, la colaboración y el apoyo de todo el personal de Medicus Mundi, tanto durante la estancia en Perú, como en la realización de este documento.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú (INEI). Perú en cifras [Internet]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/>
2. Salud Integral Incluyente: Proyecto Multipaís 2011-2014 Guatemala, Bolivia y Perú [Internet]. Medicus Mundi Navarra; 2016. Disponible en: <http://www.saludintegralincluyente.org>
3. Municipalidad Provincial Churcampa [Internet]. Disponible en: <http://www.munichurcampa.gob.pe/>
4. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. El Sistema de Salud de Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva [Internet]. 1ª ed. Lima: Organización Internacional del Trabajo; 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_213905/lang--es/index.htm
5. Giedion U, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado [Internet]. Madrid: Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación Mapfre; 2010. p. 271-290 Disponible en: <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
6. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica Categorías de Establecimientos de Sector Salud [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO OFICIAL CATEGORIZACION.pdf
7. Equipo Multipaís. Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú. Tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de la salud [Internet]. Medicus Mundi; 2013. Disponible en: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0975/6_MED_CLA.pdf
8. Ministerio de Salud Perú. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. Lima: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
9. Medicus Mundi Navarra Perú, Salud Sin Límites Perú. Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el primer nivel [Internet]. Lima: Ministerio de Salud Pública de Perú; 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
10. Guillaumet M. La relación transcultural en los cuidados. Rev ROL Enfermería. 2009; 32 (7-8): p. 8–12.
11. López Borbón D. Relevancia de la incorporación de la perspectiva intercultural en el cuidado y la promoción de la Salud. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2014; (26). [Internet] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895856>

12. McFarland MR. Madeleine M. Leininger: teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Raile Alligood M, editora. Modelos y teorías en enfermería. 8ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 405–29.
13. Plaza del Pino FJ, Soriano Ayala E. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*. 2009; 18(3): p.190–194 [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300011&lng=es
14. Delgado Rodríguez J. Cuidados interculturales, un reto para la Enfermería. *Metas de enfermería*. 2012; 15(4): p.65–9.
15. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Cuidado transcultural según Madeleine Leininger. En: *El pensamiento enfermero*. 1ª ed. Barcelona: MASSON; 1996. p. 45–7.
16. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gaz Antropol*. 2006; 22: [Internet] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
17. Ferrándiz Santos JA, Rodríguez Balo A, Albéniz Lizárrega C. Mejora continua de calidad y seguridad. En: Martín Zurro A, Jodar Solà G, editores. *Atención Familiar y Salud Comunitaria Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 425–50.
18. Borroto Chao R, Liz Alvarez M. Diagnóstico comunitario de la situación de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1996; 12(3): p. 289–94. [Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300014
19. Rodríguez Alcalá FJ, López de Castro F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Semergen: revista española de medicina de familia*. 2004;(4): p.180–189. [Internet] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-general-familia-40-articulo-planificacion-sanitaria-ii-desde-priorizacion-13059886?referer=buscador>
20. Zubiri Sáenz F. Satisfacción y motivación profesional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud*; 2013; 36(2): p.193–196. [Internet] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Atención Primaria*. Elsevier; 2001; 28(7): p.484–490. [Internet] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70427-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70427-1)
22. Muñoz Carrera C, Galli Regás M, Mora Pérez E. Motivación “a la carta”, el camino de la motivación externa a la motivación eterna. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*. 2006; 19(197): p. 64–74.

23. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Brugos A, Aguinaga Ontoso I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2013; 36(2): p. 253–262. [Internet] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. 2007. [Internet] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
25. Sánchez García Z, Marrero Rodríguez JN, Becerra Peña O, Alvarado Peruyero JC. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud: Apuntes para una reflexión. Revista Cubana de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas; 2003; 19(5) [Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012
26. Lolas S F. Aspectos éticos de la investigación biomédica: Conceptos frecuentes en las normas escritas. Revista Médica de Chile. Sociedad Médica de Santiago; 2001 Jun; 129(6): p.680–684. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000600014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

9 ANEXOS

Anexo 1.

Correo original dirigido a Gerardo Seminario, Fernando Carbone y Marcela Velásquez. El primero responsable de la ejecución de la dimensión intercultural y los dos segundos representantes de MMN en Perú.

Buenas tardes chicos,

¿Qué tal estáis? Espero que todo os vaya muy bien. Nosotras desde que llegamos no hemos parado de hacer cosas.

Os escribo porque no sé si os comenté, que quería hacer el trabajo de final de carrera relacionado con el trabajo que habíamos estado realizando en Churcampa. Al final he podido escoger en la ceremonia de elección, a una profesora de enfermería comunitaria que me puede guiar para desarrollarlo.

Lo que he pensado estaría enmarcado en desarrollar un plan de intervención para afrontar una de las dificultades que nos podemos encontrar al implantar las características del perfil intercultural. Es decir, realizar un análisis de los primeros seguimientos de la matriz intercultural, para ver que posibles problemas u obstáculos hay para la consecución de los acuerdos y desarrollar un plan para abordarlos.

Me gustaría saber si os parece bien que lleve a cabo este trabajo y si me podrías facilitar los resultados de los seguimientos que tenéis por el momento.

Muchas gracias por todo,

Nerea

Anexo 2. Matriz de evaluación intercultural de los 34 EESS de Churcampa.

Criterios	Características mínimas tangibles	Acuerdos para su implementación	Seguimiento				Fuente de verificación
			I	II	III	IV	
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional).						Registro
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.						Libro de EPS
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica						Libro de EPS
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.						Libro de EPS
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional						Registro de R y CR
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional						HC
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS						HC, fotos
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)						Libro de EPS
	La interrelación proveedor usuario es quechua						HC, testimonios
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito						Registro
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional						
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona						Fotos
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural						Fotos
	El horario de atención ha sido acordado con la población						Libro de Actas
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales						Libro de EPS, fotos
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas						Registro, fotos
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica						HC. testimonio
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico						
	Se registra en la historia clínica información etnomédica (síndrome sociocultural) proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta						HC.
	Se aplica la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno cada cuatrimestre						Ficha de encuesta y base de atos
Se mejora más del 80% de variables insatisfactoras del usuario externo e interno (encuesta)						Proyecto de mejora	
Se identifica el idioma que hablan las familias en la carpeta familiar						Carpeta familiar	
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua						Entrevista. Testimonio
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos						Entrevista
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)						Libro de EPS
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad						Libro de EPS
	Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción						Libro de EPS
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales						verificar material
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos						Informe, foto

Anexo 3.

Tablas de resultados de la evaluación de las características de la dimensión intercultural del proyecto MAIS-BFC, de cada uno de los establecimientos de salud de la Región de Churcampa agrupados por Categorías de atención.

1- Resultados de la evaluación de los establecimientos de salud de categoría sanitaria I.1

Existen 21 puestos de salud de la categoría I. 1 en la provincia de Churcampa.

Criterios	Características mínimas tangibles	EESS L1																				
		La Merced de Chupas	Palermo	Cocha	Ocoro	Huanchos	Cuyoc	Mayoc	Pachamarca	Villamayo	Antacalla	Piopachamarca	Yaureccan	Merced de Ccasir	Carhuanchu	Salccabamba	Patibamba	Ccoyllorpanca	Machahuay	Patalaccaya	Ccaranacc	Llacua
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional o yachaq)	3	1	0	3	2	0	2	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	2	2	0	2
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	2	2	1	2	1	0	0	0	0	2	3
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.	1	2	1	-	1	0	3	2	2	2	1	2	0	1	1	1	2	0	2	2	2
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	0	1	1	3	1	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	0	1	0	2
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	0	0	0	1	-	0	3	1	1	0	1	1	0	-	0	2	1	0	0	0	2
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS	0	1	0	-	-	3	3	1	0	0	0	-	0	-	-	-	1	0	0	0	1
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)	3	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	0	1	2	1
	La interrelación proveedor usuario es quechua	3	2	3	2	1	0	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	3	-	0	0	0	3	0	0	0
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional	0	1	0	-	-	0	-	1	0	0	0	-	0	-	0	-	1	1	0	-	1
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona	0	1	1	2	-	0	2	0	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	1	1
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural	2	0	1	2	0	0	2	0	1	0	2	1	2	3	1	0	1	1	-	2	2
	El horario de atención ha sido acordado con la población	2	2	2	3	1	2	2	1	3	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	3
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales	-	0	0	2	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	0	-	0	0	3	2	1
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas	2	-	0	0	0	0	1	0	3	0	1	-	3	1	0	-	0	3	2	0	0
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica	0	0	1	1	-	0	1	0	2	0	0	-	2	-	0	1	1	1	1	1	0
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópic	2	0	0	-	-	0	1	0	0	0	1	-	0	-	0	0	0	0	-	-	0
	Se registra en la historia clínica información etnomédica (síndrome sociocultural) proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta	0	1	0	1	-	0	1	0	0	0	0	-	1	-	-	1	1	0	0	0	1
	Se aplica la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno cada cuatrimestre	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	-	-	-	0	0	1	-	-
Se mejora más del 80% de variables insatisfactorias del usuario externo e interno (encuesta)	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-	1	-	0	-	-	0	0	0	-	-	
Se identifica el idioma que hablan las familias en la carpeta familiar	0	0	2	3	0	3	3	3	2	0	1	0	1	-	1	0	1	2	-	0	0	
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	1	2	2	2	3	3	2	3	2	
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos	3	1	2	2	1	1	2	0	0	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	2	-	1	-	0	0	0	0	0	0	2
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad	2	2	1	-	-	0	2	0	3	0	0	1	1	1	0	-	0	0	0	1	2
Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	-	1	0	0	-	0	0	0	-	1	
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales	0	0	-	1	-	0	0	0	0	0	0	-	1	-	1	-	0	0	0	-	2
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos	1	1	0	-	1	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1

2- Resultados de la evaluación de los establecimientos de salud de Categoría de atención

I. 2. Puestos de Salud con médico.

Criterios	Características mínimas tangibles	EESS I.2									TOTALES	
		Manzana yoccc	Huaribambilla	Cosme	San Miguel	Paccay	Chinchi huasi	Occopampa	El Carmen	Locroja	0=5 2=2	1=2 3=0
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional o yachaq).	0	1	0	0	2	1	0	2	0	0=5 2=2	1=2 3=0
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.	0	1	0	1	2	0	2	0	-	0=5 2=2	1=2 3=0
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica	0	0	0	0	2	1	2	-	-	0=6 2=2	1=1 3=0
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.	1	1	1	2	3	1	2	2	-	0=1 2=3	1=4 3=1
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	2	0	0	0	1	1	1	2	-	0=4 2=2	1=3 3=0
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	1	0	0	0	-	0	1	2	-	0=6 2=1	1=2 3=0
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS	1	0	0	0	2	0	3	0	-	0=6 2=1	1=1 3=1
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)	2	1	1	3	2	2	3	2	2	0=0 2=5	1=2 3=2
	La interrelación proveedor usuario es quechua	2	1	1	2	2	2	3	2	2	0=0 2=6	1=2 3=1
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito	0	0	0	1	3	0	0	2	-	0=6 2=1	1=1 3=1
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional	0	-	0	0	1	0	0	0	-	0=8 2=0	1=1 3=0
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona	3	0	0	1	1	-	2	1	1	0=3 2=1	1=4 3=1
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural	2	0	0	1	0	0	2	2	1	0=4 2=3	1=2 3=0
	El horario de atención ha sido acordado con la población	2	2	3	2	2	2	3	1	2	0=0 2=6	1=1 3=2
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales	0	0	0	1	2	1	3	2	1	0=3 2=2	1=3 3=1
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas	1	0	0	1	3	0	3	0	-	0=5 2=0	1=2 3=2
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica	1	0	0	0	1	0	0	2	-	0=6 2=1	1=2 3=0
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tóxico	-	0	0	0	3	1	1	-	-	0=6 2=0	1=2 3=1
	Se registra en la historia clínica información etnomédica (síndrome sociocultural) proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta	-	0	0	0	1	2	0	-	-	0=7 2=1	1=1 3=0
	Se aplica la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno cada cuatrimestre	1	0	0	0	0	0	1	-	-	0=7 2=0	1=2 3=0
	Se mejora más del 80% de variables insatisfactorias del usuario externo e interno (encuesta)	-	0	0	0	0	0	1	-	-	0=8 2=0	1=1 3=0
Se identifica el idioma que hablan las familias en la carpeta familiar	2	0	1	1	2	1	3	1	1	0=1 2=2	1=5 3=1	
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua	2	1	2	2	2	2	3	2	2	0=0 2=7	1=1 3=1
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos	1	1	1	2	1	1	0	2	-	0=2 2=2	1=5 3=0
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)	1	0	0	0	2	0	1	2	1	0=4 2=2	1=3 3=0
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad	-	0	0	0	2	0	1	0	-	0=7 2=1	1=1 3=0
	Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción	1	0	0	1	2	0	1	0	-	0=5 2=1	1=3 3=0
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual con pertinencia intercultural	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0=6 2=1	1=2 3=0
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas	0	0	0	2	0	0	1	0	-	0=7 2=1	1=1 3=0

3-Resultados de la evaluación de los establecimientos de salud de Categorías de atención I.3 y I.4.

Criterios	Características mínimas tangibles	EESS I.3			EESS I.4
		San Pedro de Coris	Anco	Paucarbamba	Churcampa
Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales (agentes de la medicina tradicional o yachaq).	0	1	0	0
	Se realizan diálogos interculturales entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención.	0	1	2	0
	Se realizan reuniones o talleres con agentes de la medicina tradicional de manera periódica	0	1	0	0
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios.	0	1	2	0
Prestación de servicios de salud	Sistema de referencia y contrareferencia establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	0	1	2	0
	Interconsulta establecido entre proveedores y agentes de la medicina tradicional	0	1	1	0
	El agente de medicina tradicional realiza prácticas terapéuticas en el EESS	0	1	0	0
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores quechua)	2	0	2	0
	La interrelación proveedor usuario es quechua	3	2	2	0
	Existe registro de síndromes culturales más comunes del distrito	0	1	0	0
	Atención de síndromes culturales en coordinación con el agente de la medicina tradicional	0	0	2	0
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona	1	1	1	0
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural	3	2	1	0
	El horario de atención ha sido acordado con la población	1	1	3	0
	Se cuenta con huerto de plantas medicinales	0	1	3	0
	Se cuenta con listado de plantas medicinales y sus propiedades terapéuticas	0	-	3	0
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica	1	0	2	0
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico	0	0	0	0
	Se registra en la historia clínica información etnomédica (síndrome sociocultural) proporcionada por el usuario, sobre el motivo de consulta	0	0	0	0
	Se aplica la encuesta de satisfacción del usuario externo e interno cada cuatrimestre	2	1	1	0
Se mejora más del 80% de variables insatisfactoras del usuario externo e interno (encuesta)	0	1	0	0	
Se identifica el idioma que hablan las familias en la carpeta familiar	0	0	2	0	
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 25% de integrantes del equipo de salud hablan quechua	3	1	2	0
	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos	2	1	2	0
	Equipo de salud visita a agentes de la medicina tradicional para aprender o coordinar (por lo menos dos tipos diferentes de AMT)	0	0	2	0
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad	0	1	2	0
	Se realiza reuniones para socializar los síndromes, creencias, costumbres de su jurisdicción	0	1	2	0
Información diferenciada	Se elabora material de información o educativo audiovisual (gráfico, fonográfico, video) con pertinencia intercultural (idioma quechua, gráficos apropiados a la zona) sobre prioridades sanitarias y síndromes culturales	3	1	2	0
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos	0	0	2	0

Anexo 4. Esquema que debe seguir la encuesta de satisfacción, según la realizada en Navarra en 2010 (23).

Primero, debe recoger variables de datos sociodemográficos:

- Profesión
- Tiempo de experiencia asistencial
- Sexo
- Horario de trabajo
- Localidad

A continuación cada profesional tiene que realizar una autocalificación en escala de 1 (peor valor) a 10 (máxima satisfacción) sobre su satisfacción laboral

Finalmente se solicita a los profesionales que jerarquicen los 10 factores de la tabla que en mayor medida puedan mejorar la satisfacción previa señalada. Puntuando de 10 (el ítem que señalen en primer lugar) a 1 (el que lo marquen en décimo lugar).

Si dedicara un tiempo mínimo, en horario laboral, para formación	Si pudiera agilizar las consultas con especialistas
Si mi sueldo fuera superior	Si pudiera ser mas ágil en aportar solución a mis pacientes
Si hubiera menos demanda o presión asistencial	Si sintiera un menor control (gasto en farmacia) de mis superiores
Si pudiera disponer de más tiempo para cada paciente	Si pudiera eliminar de “mi cupo” aquellos pacientes con quienes no logro empatizar
Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas ni agobios	Si mi trabajo no fuera tan monótono (mismos pacientes y mismos problemas)
Si pudiera eliminar la demanda injustificada	Si mis pacientes fueran, realmente, con problemas de salud
Si mis jefes valoraran el trabajo y el esfuerzo	Si pudiera NO hacer partes de baja/alta por enfermedad
Si los pacientes no “me presionaran” para realizar actividades que considero injustificadas	Si pudiera agilizar las listas de espera para pruebas diagnósticas
Si tuviera más vacaciones	Si mi relación con los compañeros médico/enfermera del equipo fuera mejor
Si los pacientes siguieran las recomendaciones/trato, que aconsejo	Si mi relación con otros compañeros no médico/enfermeras fuera mejor
Si pudiera eliminar los hiperfrecuentadores	Si pudiera trabajar en un ambiente tranquilo, sin amenazas ni coacciones
Si los pacientes se preocuparan más de su propia salud	Si hubiera planes de formación en farmacoterapia
Si la relación con atención especializada fuera mas ágil y fluida	Si hubiera coordinación entre servicios sanitarios y serv. sociales
Si fuera capaz de trabajar sin hacer una medicina defensiva	Si pudiera trabajar más con programas y menos con demanda aguda

Si pudiera conciliar vida laboral y familiar	Si mis propuestas fueran escuchadas y estudiadas por mis superiores
Si tuviera facilidad de mis jefes para acudir a congresos y actividades de formación	Si tuviera premios y reconocimiento a la labor bien desarrollada
Si hubiera posibilidades de promoción	Si mis jefes supieran que existo (ej. llamada telefónica)
Si mis pacientes valoraran el trabajo y el esfuerzo	Si hubiera modelos de seguimiento de los pacientes polimedicados
Si cada nivel de atención (primaria/especializada) gestionara sus procedimientos administrativos	Si no tuviera que hacer asistencia domiciliaria
Si las cargas de trabajo en el equipo (médico/enfermera) fueran más equitativas	Si tuviera flexibilidad para las agendas de citación
Si pudiera contactar con especialistas "en el momento" para resolver dudas	Si pudiera desconectar al acabar la jornada
Si pudiera no hacer trámites burocráticos (partes de incapacidad...)	Si pudiera prescindir de realizar algunas actividades (ej. Consejo médico) que según mi experiencia no sirven para nada
Si trabajáramos en equipo	Si la consulta fuera más espaciosa-luminosa
Si pudiera actuar en actividades de investigación	

Anexo 5.

Ficha de registro del síndrome.

Nombre:

Etiología (¿por qué ocurre?):

Signos y síntomas:

A quien afecta:

Tratamiento:

Pronóstico:

Nombre del AMT que la trata:

Recursos fotográfico