

PRÁCTICAS CULTURALES VINCULADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN RESIDENTES DE CENTROS POBLADOS ALTO-ANDINOS DE HUANCAMELICA, PERÚ

Félix Valenzuela-Oré^{1,a}, Franco Romaní-Romaní^{2,b}, Betty M. Monteza-Facho^{1,c}, Duilio Fuentes-Delgado^{3,d}, Enma Vilchez-Buitron^{4,e}, Oswaldo Salaverry-García^{5,f}

RESUMEN

Las desigualdades en el acceso y la calidad de atención en salud persisten, especialmente en poblaciones andinas, como la colectividad Chopcca. Describimos la percepción sobre la atención en establecimientos de salud y las prácticas vinculadas al cuidado de la salud en residentes de centros poblados de la región Huancavelica. Realizamos un estudio transversal mediante cuestionario estructurado en 775 residentes de centros poblados urbanos y rurales de los distritos de Yauli y Paucará. 68,7% refieren usar siempre plantas medicinales para curarse, 86,7% nunca realizó pago a la tierra, 81,4% no ha practicado el *coca qaway* o *sara qaway*. 88,5% acude al establecimiento de salud cuando enferma. 57,4% refiere que el personal de salud siempre brinda confianza y seguridad, dicha proporción es mayor en zonas rurales que urbanas (64,6% versus 28,8%). Las comunidades estudiadas demandan los servicios de salud ofrecidos por el sistema formal. Sin embargo, persisten prácticas culturales tradicionales, siendo la más importante el uso de plantas medicinales.

Palabras clave: Percepción; Conocimientos; Actitudes y Práctica en Salud; Atención primaria de salud; Medicina tradicional; Andes; Perú (fuente: DeCS BIREME).

CULTURAL PRACTICES LINKED TO HEALTH CARE AND PERCEPTION ON THE ATTENTION HEALTH FACILITIES IN RESIDENTS OF HIGH-ANDEAN SETTLEMENTS IN HUANCAMELICA, PERU

ABSTRACT

Inequalities in terms of access and quality of healthcare persist, especially among Andean populations, such as the community of Chopcca. Here, we describe the perception of healthcare provided in medical facilities as well as the practices linked to health care in residents of settlements in the Huancavelica region. We carried out a cross-sectional study by means of a structured questionnaire administered to 775 residents of urban and rural towns of the Yauli and Paucará districts. 68.7% refer always using medicinal plants to cure themselves; 86.7% never made a "payment" to Mother Earth; 81.4% has not practiced *coca qaway* or *sara qaway*. 88.5% of respondents visit the medical facility when they fall ill. 57.4% refer that the healthcare staff always transmits confidence and security, this proportion is higher in rural vs. urban areas (64.6% versus 28.8%). The communities under study demand the healthcare services offered by the formal system; nevertheless, traditional cultural practices persist, being the most important one the use of medicinal plants.

Keywords: Perception; Health knowledge; Attitudes; Practice; Primary health care; Traditional medicine; Andean; Peru (source: MeSH NLM).

¹ Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

² Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

³ Dirección de Gestión de Investigación e Información de la Gerencia de Medicina Complementaria, EsSalud. Lima, Perú.

⁴ Salud Sin Límites. Lima, Perú.

⁵ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Doctor en Salud Pública, Licenciado en Enfermería; ^b Médico Cirujano; ^c Licenciada en Enfermería, Magister en Salud Pública; ^d Médico, Maestría en Bioética y Gestión de la Calidad; ^e Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia Social; ^f Médico, Doctor en Medicina.

Recibido: 21/07/2017 Aprobado: 31/01/2018 En línea: 05/04/2018

INTRODUCCIÓN

La reforma de salud en el Perú tiene como objetivos fundamentales el aseguramiento universal en salud (AUS), la descentralización en salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención ⁽¹⁾, los cuales deben cumplirse considerando la diversidad cultural y étnica del país, tal como busca la política sectorial de salud intercultural ⁽²⁾. Sin embargo, se observa que la reforma tiene avances aún limitados, y persisten desigualdades significativas en el acceso y el estado de salud entre diferentes segmentos socioeconómicos ⁽³⁾; particularmente en poblaciones indígenas u originarias, tanto amazónicas como andinas ⁽⁴⁻⁶⁾.

Según el Ministerio de Cultura, la diversidad cultural del país se plasma oficialmente en 55 poblaciones indígenas u originarias ⁽⁷⁾, las cuales se encuentran entre los sectores sociales de mayor exclusión y desventaja ^(8,9). Cada uno de estos pueblos originarios tuvo un desarrollo diferenciado, generando instituciones culturales propias como el uso de lenguas ancestrales y una cosmovisión particular, de la cual deriva un sistema propio de cuidados de la salud. Diversos estudios han descrito barreras derivadas de la percepción sobre los servicios de salud, así como de las prácticas culturales, que afectan la implementación de los servicios brindados por el sistema de salud formal ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Para el 2016, en grupo vulnerables del Perú (aquellos con lengua materna quechua, aymara u otra lengua nativa), la proporción de personas que acudieron a un establecimiento de salud en caso de enfermedad, síntoma o molestia fue del 66% entre varones, y del 61% en mujeres, con mínimas diferencias entre el ámbito urbano y rural. Los distritos de Yauli y Paucará de la región Huancavelica comprenden grupos vulnerables. Estos son comunidades campesinas de la colectividad Chopcca, los cuales cuentan con agentes tradicionales de salud entre ellos 'curanderos', 'hampiq' (médicos andinos), parteros, u otros que brindan atención ante problemas de salud ⁽¹³⁾. El objetivo del estudio fue describir las prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y su percepción sobre la atención en establecimientos de salud de centros poblados alto-andinos de la región Huancavelica.

EL ESTUDIO

La región Huancavelica se encuentra en la zona sur andina del Perú a 450 kilómetros de Lima (capital). Presenta indicadores sanitarios decrecientes en los últimos años, por ejemplo, la cobertura de vacunación BGC muestra una disminución de 68,3% (2009) a 51,6% (2013), la lactancia materna exclusiva (LME) en menores de seis meses pasó de 60% (2009) a 48,3% (2013), la cobertura de parejas protegidas por métodos anticonceptivos pasó de 54,4% (2009) a 40,5% (2013); entre otros ⁽¹⁴⁾.

MENSAJES CLAVE

Motivación para realizar el estudio. La atención en los establecimientos de salud en el Perú, tiene muchas dificultades, persisten desigualdades en el acceso a servicios de calidad, existen prácticas culturales singulares por lo que es necesario describir percepciones y diseñar estrategias que permitan mejorar.

Principales hallazgos. En general se observa un patrón de percepción favorable con respecto a la atención de salud, aún persisten las prácticas de medicina tradicional, uso de plantas medicinales, síndromes y enfermedades culturales, y búsqueda de atención con agentes tradicionales.

Implicancias. Es necesario abordar la coexistencia entre la medicina tradicional y la oferta de servicios en establecimientos de salud, diseñando estrategias que permitan ofrecer un servicio con pertinencia cultural.

Se realizó un estudio transversal en comunidades alto andinas de los distritos de Yauli y Paucará, ubicados en las provincias de Huancavelica y Acobamba, respectivamente. Estos distritos fueron seleccionados pues en sus territorios se encuentran asentadas las comunidades de la colectividad Chopcca ⁽¹³⁾. El distrito de Yauli tiene una población estimada (año 2015) de 16 526 habitantes y una proporción de pobreza del 87%, el distrito de Paucará cuenta con 36 713 habitantes (2015) y 89,1% de pobreza.

La población de estudio fueron residentes de comunidades (centros poblados urbanos y rurales) de los distritos seleccionados. El distrito de Yauli está conformado por siete centros poblados urbanos y 27 rurales, mientras Paucará tiene nueve centros poblados urbanos y 11 rurales. Los centros poblados fueron considerados como conglomerados y unidades primarias de muestreo, las unidades secundarias de muestreo fueron las viviendas. Se considera como centro poblado urbano, a aquel que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente formando manzanas y calles. El centro poblado rural es aquel que no tiene más de 100 viviendas contiguas formando manzanas ni calles, ni es capital de distrito; o que, teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran semidispersas o totalmente dispersas.

Se estimó un tamaño muestral para la estimación de una proporción, se consideró como tamaño poblacional el número total de viviendas para ambos distritos (Yauli=4 823, Paucará=3 873, total=8 696); la proporción esperada fue del 50%, un error relativo del 10% y un efecto de diseño de 2. Con dichos supuestos el tamaño muestral fue de 736 viviendas. Se realizó un muestreo de conglomerados sin sub muestreo, mediante la selección sistemática de conglomerados con probabilidad proporcional al número de viviendas. De esta forma se aseguró la selección de conglomerados procedentes del distrito de Yauli y Paucará, y que sean centros poblados urbanos y rurales. Fueron

seleccionados tres conglomerados en el distrito de Yauli (el centro poblado urbano "Centro" y los centros poblados rurales "San Juan de Ccarhuacc" y "Chucllaccasa") y dos en Paucará (el centro poblado urbano "Pampacruz" y el centro poblado rural "Mejorada"). Los criterios de inclusión para las unidades de análisis fueron: tener ≥ 18 años, ser el jefe del hogar o representante al momento de la visita, residir en la comunidad por más de un año y brindar consentimiento informado por escrito.

Se aplicó un cuestionario estructurado que recogió datos demográficos, reporte de prácticas culturales (idioma, acude a *urqu qaway*, práctica de pago a la tierra, práctica del *coca qaway/sara qaway*, uso de plantas medicinales, conocimientos de males, práctica de curaciones, atención con curanderos/parteras, participación en fiestas comunitarias), características del uso y acceso a establecimientos de salud (EE. SS.) (lugar de atención, frecuencia de uso de EE. SS., tiempo de traslado a EE. SS., tiempo de espera para atención, tipo de atención, idioma del personal del EE. SS., entendimiento del personal), percepción sobre la atención del personal de salud en el consultorio (confianza y seguridad, pregunta sobre motivo de consulta, privacidad, explicación de procedimientos, preguntas sobre contexto familiar, comunicación pausada, oportunidad de preguntar, resolución del problema de salud, interés sobre formas de curación tradicional, tiempo para atención), percepción sobre estrategias empleadas por el EE. SS. (participación en la programación de actividades de salud comunitaria, promoción de atención de salud y los programas sociales), percepción sobre labor en promoción y prevención en salud (realización de charlas de prevención de enfermedades, encuentros de madres/gestantes, campañas/ferias de salud).

El instrumento fue adaptado de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, posteriormente fue sometido a juicio de tres expertos en salud intercultural para evaluar la validez de contenido y finalmente a prueba piloto en una comunidad del distrito de Acoria (centro poblado "Los Ángeles de Ccarahuasa") para mejorar la viabilidad del instrumento, afinando el tiempo empleado por sujeto de estudio, la claridad de las preguntas y su llenado.

La investigación fue presentada a las autoridades del gobierno regional, dirección de salud de Huancavelica, municipalidades distritales y dirigentes de las comunidades seleccionadas. Se identificó a personal de salud local que demostraron dominio del quechua y experiencia previa en captura de información en campo, posteriormente fueron entrenados en aspectos de interculturalidad y uso de herramientas como diálogo intercultural en salud. Dicho personal aplicó el instrumento de recolección de datos. Previamente con el apoyo de las autoridades locales se construyó el mapeo de viviendas de las comunidades

seleccionadas. Las visitas fueron realizadas casa por casa en noviembre de 2014, invitándose a participar a aquellas unidades de análisis que cumplieran los criterios de inclusión. La aplicación del cuestionario tuvo una duración promedio de 30 minutos. La información fue ingresada a una base de datos en el programa Excel MS, el ingreso de los datos fue realizado por dos digitadores ciegos e independientes, posteriormente el investigador principal realizó el control de calidad de la totalidad de datos ingresados.

Se realizó el análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes de las características demográficas para el total de la muestra y estratificado por tipo de centro poblado (urbano y rural). Se realizó el análisis descriptivo de las prácticas culturales, y la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud según tipo de centro poblado, se compararon proporciones para muestras independientes mediante la prueba chi cuadrado. Se consideró un valor $p < 0,05$ como significativo. El análisis estadístico fue realizado en el paquete SPSS versión 22 para Windows (Chicago, IL, USA).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud. La dirección regional de salud Huancavelica autorizó la ejecución del estudio. Se solicitó consentimiento informado por escrito a los sujetos elegibles, y se garantizó que el tratamiento y almacenamiento de datos se realice en forma anónima.

HALLAZGOS

Se invitó a participar a 775 personas, la totalidad aceptó participar y completó el cuestionario. De la muestra enrolada, 401 (51,7%) fueron residentes del centro poblado rural "San Juan de Ccarhuacc", 175 (22,6%) del centro poblado rural "Chucllaccasa", 113 (14,6%) del centro poblado urbano "Pampacruz", 43 (5,5%) del centro poblado rural "Mejorada" y 43 (5,5%) del centro poblado urbano "Centro". El 79,9% ($n=619$) reside en centros poblados rurales.

495 (63,9%) fueron mujeres, 625 (80,6%) refieren ser residentes permanentes de sus comunidades, 507 (65,4%) refieren hablar sólo quechua. La media y desviación estándar (DE) para el número de hijos en las familias de centros poblados urbanos fue de $3,35 \pm 2,17$, mientras que en centros poblados rurales fue de $3,72 \pm 2,57$ ($p=0,02$). 90,3% refieren tener ingresos mensuales < 500 soles/mes, siendo esta proporción mayor en centros poblados rurales (96,9%) (Tabla 1).

El *urqu qayaq* (curandero que invoca a los cerros para indagar las causas de una dolencia) nunca ha sido practicado por el 85,5% de los participantes, el pago a la tierra nunca fue realizada por el 86,7% de participantes, la práctica del *coca qaway* o *sara qaway* (lectura de la hoja de

Tabla 1. Características sociodemográficas de personas encuestadas según tipo de centro poblado en los distritos de Yauli y Paucará, región Huancavelica, 2014

Características	Centro poblado		
	Urbano (156) n (%)	Rural (619) n (%)	Total (775) n (%)
Grupo etario (años)			
18 - 30	48 (30,8)	247 (39,9)	295 (38,1)
31 - 40	32 (20,5)	157 (25,4)	189 (24,4)
41 - 50	27 (17,3)	91 (14,7)	118 (15,2)
51 - 60	30 (19,2)	73 (11,8)	103 (13,3)
>60	19 (12,2)	51 (8,2)	70 (9,0)
Sexo			
Femenino	124 (79,5)	371 (59,9)	495 (63,9)
Masculino	32 (20,5)	248 (40,1)	280 (36,1)
Nivel de instrucción			
Sin instrucción	47 (30,1)	147 (23,7)	194 (25,0)
Primaria	52 (33,3)	252 (40,7)	304 (39,2)
Secundaria	51 (32,7)	217 (35,1)	268 (34,6)
Superior	6 (3,8)	3 (0,5)	9 (1,2)
Ingreso mensual (soles)			
<500	100 (64,1)	600 (96,9)	700 (90,3)
≥500	56 (35,9)	19 (3,1)	75 (9,7)
Idioma			
Quechua	89 (57,1)	418 (67,5)	507 (65,4)
Castellano	17 (10,9)	2 (0,3)	19 (2,5)
Quechua y Castellano	50 (32,1)	199 (32,1)	249 (32,1)
Religión			
Católico	104 (66,7)	439 (70,9)	543 (70,1)
Evangélico	50 (32,1)	170 (27,5)	220 (28,4)
Otro	0	3 (0,5)	3 (0,4)
Ninguno	2 (1,3)	7 (1,1)	9 (1,2)
Tiempo de residencia			
Desde nacimiento	94 (60,3)	531 (85,8)	625 (80,6)
Reside entre 1 – 3 años	20 (12,8)	21 (3,4)	41 (5,3)
Reside entre 4 - 6 años	6 (3,8)	9 (1,5)	15 (1,9)
Reside más de 6 años pero no desde nacimiento	36 (23,1)	58 (9,4)	94 (12,1)
Seguro de salud			
Sí	154 (98,7)	617 (99,7)	771 (99,5)
No	2 (1,3)	2 (0,3)	4 (0,5)
Número de hijos por familia			
Ninguno	7 (4,5)	7 (1,1)	14 (1,8)
1 a 2	62 (39,7)	248 (40,1)	310 (40,0)
3 a 4	42 (26,9)	155 (25,0)	197 (25,4)
≥5	45 (28,8)	209 (33,8)	254 (32,8)

coca y grano de maíz para averiguar causas de dolencias, respectivamente) nunca fue realizada por el 81,4%. El reporte de usar siempre plantas medicinales fue en el 68,7%. En centros poblados rurales, el 10,4% refiere nunca haber usado plantas medicinales mientras en centros poblados urbanos dicho porcentaje fue 2,6% (Tabla 2).

88,5% de participantes refiere buscar atención en EE. SS., esta proporción es mayor en centros poblados urbanos (95,5% versus 86,8%, $p=0,007$). En el ámbito rural, el uso

de medicina tradicional es mayor (5,7% versus 3,8%). Respecto a la accesibilidad, en centros poblados urbanos, el 85,9% refiere llegar al EE. SS. en menos de 30 minutos, mientras que en áreas rurales dicha proporción es de 60,3%. En centros poblados urbanos, el 51,3% refiere acudir al EE. SS. por atención pediátrica, en el ámbito rural principalmente buscan atención materno-infantil (55,3%). El 60,1% refiere que el personal que lo atiende habla quechua y español, dicho porcentaje es mayor en el área rural (62,8%) (Tabla 3).

Tabla 2. Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud en residentes de cinco centros poblados rurales y urbanos de Huancavelica, Perú 2014

Características	Tipo de centro poblado			Valor de p
	Urbano n (%)	Rural n (%)	Total n (%)	
¿Acude a <i>urqu qayaq</i> cuando tiene problemas de salud?				
Siempre	5 (3,2)	31 (5,0)	36 (4,7)	0,259
A veces	20 (12,8)	56 (9,1)	76 (9,8)	
Nunca	131 (84,0)	529 (85,9)	660 (85,5)	
¿Realizan pago a la tierra?				
Siempre	5 (3,2)	32 (5,2)	37 (4,8)	<0,01
A veces	27 (17,3)	39 (6,3)	66 (8,5)	
Nunca	124 (79,5)	548 (88,5)	672 (86,7)	
¿Practican el <i>coca qaway</i> o el <i>sara qaway</i> ?				
Siempre	8 (5,1)	52 (8,4)	60 (7,7)	0,390
A veces	17 (10,9)	67 (10,8)	84 (10,8)	
Nunca	131 (84,0)	500 (64,5)	631 (81,4)	
¿Usa plantas medicinales para curarse?				
Siempre	131 (84,0)	401 (64,9)	532 (68,7)	<0,01
A veces	21 (13,5)	153 (24,8)	174 (22,5)	
Nunca	4 (2,6)	64 (10,4)	68 (8,8)	
¿Creen en males de salud como el <i>sillki</i> , <i>ñati</i> , <i>urihua</i> entre otros?				
Siempre	54 (34,6)	166 (26,8)	220 (28,4)	<0,01
A veces	68 (43,6)	218 (35,2)	286 (36,9)	
Nunca	34 (21,8)	235 (38,0)	269 (34,7)	
¿Practica algún tipo de curación?: <i>qayapu</i> (llamar, suplicar al espíritu en caso de susto), pasada con huevo, soba con cuy?				
Siempre	48 (30,8)	64 (10,3)	112 (14,5)	<0,01
A veces	59 (37,8)	114 (18,4)	173 (22,3)	
Nunca	49 (31,4)	441 (71,2)	490 (63,2)	
¿Acuden al curandero o partera frente a problemas de salud?				
Siempre	8 (5,1)	25 (4,0)	33 (4,3)	0,821
A veces	19 (12,2)	73 (11,8)	92 (11,9)	
Nunca	129 (82,7)	521 (84,2)	650 (83,9)	
¿Participan en fiestas costumbristas?				
Siempre	22 (14,1)	266 (43,0)	288 (37,2)	<0,01
A veces	47 (30,1)	217 (35,1)	264 (34,1)	
Nunca	87 (55,8)	136 (22,0)	223 (28,8)	

Tabla 3. Características de uso y acceso a los establecimientos de salud en residentes de cinco centros poblados rurales y urbanos de Huancavelica, Perú 2014

Características	Tipo de centro poblado		Total n (%)	Valor de p
	Urbano n (%)	Rural n (%)		
¿Dónde acude cuando se enferma?				
Usa medicina tradicional para curarse	6 (3,8)	35 (5,7)	41 (5,3)	<0,01
Se auto medica con productos farmacéuticos	1 (0,6)	8 (1,3)	9 (1,2)	
Se atiende con el curandero	0 (0)	39 (6,3)	39 (5,0)	
Asiste al establecimiento de salud	149 (95,5)	537 (86,8)	686 (88,5)	
En el último año ¿cuántas veces acudió al establecimiento de salud?				
Sólo una vez	18 (11,7)	51 (8,3)	69 (8,9)	<0,01
De dos a tres veces	65 (42,2)	186 (30,1)	251 (32,5)	
De cuatro a cinco	31 (20,1)	81 (13,1)	112 (14,5)	
Más de cinco	40 (26,0)	300 (48,5)	340 (44,0)	
¿Cuánto tiempo le toma llegar al establecimiento de salud? (minutos)				
<30	134 (85,9)	373 (60,3)	507 (65,4)	<0,01
30 a 60	13 (8,3)	157 (25,4)	170 (21,9)	
61 a 120	3 (1,9)	64 (10,3)	67 (8,6)	
>120	6 (3,8)	25 (4,0)	31 (4,0)	
¿Cuánto tiempo espera para ser atendido en el establecimiento de salud? (minutos)				
<30	13 (8,3)	178 (28,8)	191 (24,6)	0,01
30 a 60	53 (34,0)	355 (57,4)	408 (52,6)	
61 a 120	45 (28,8)	69 (11,1)	114 (14,7)	
>120	45 (28,8)	17 (2,7)	62 (8,0)	
¿Qué tipo de atención buscan generalmente en el establecimiento de salud?				
Atención para niño	80 (51,3)	121 (19,5)	201 (25,9)	<0,01
Atención materno-infantil	18 (11,5)	342 (55,3)	360 (46,5)	
Atención para adulto	10 (6,4)	99 (16,0)	109 (14,1)	
Atención para adulto mayor	32 (20,5)	36 (5,8)	68 (8,8)	
Urgencias y emergencias	16 (10,3)	21 (3,4)	37 (4,8)	
¿Qué idioma habla el personal que lo atiende?				
Sólo quechua	13 (8,3)	46 (7,4)	59 (7,6)	<0,01
Sólo castellano	66 (42,3)	184 (29,7)	250 (32,3)	
Quechua y castellano	77 (49,4)	389 (62,8)	466 (60,1)	
¿Entiende las explicaciones del personal de salud?				
Sí, entiendo todo	92 (59,0)	276 (44,6)	368 (47,5)	0,01
Sí, entiendo algunas cosas	59 (37,8)	321 (51,9)	380 (49,0)	
No entiendo nada	5 (3,2)	22 (3,6)	27 (3,5)	

57,4% refieren que el personal de salud muestra siempre confianza y seguridad. En centros poblados urbanos un mayor porcentaje (39,7%) refiere la ausencia de esta característica comparado con centros poblados rurales (5,2%). En el ámbito rural, 71,2% refieren que el personal de salud siempre pregunta el motivo de consulta, dicha proporción

es menor en el ámbito urbano (49,4%). Igualmente, a nivel rural una mayor proporción de participantes refieren que siempre se explica los procedimientos durante la consulta (70,3%) y pregunta sobre el contexto familiar (70,1%). El 4,6% de participantes refiere que el personal de salud no le resuelve el problema motivo de consulta (Tabla 4).

Tabla 4. Percepciones de residentes de centros poblados rurales y urbanos sobre la atención de salud en consultorio y las actividades de promoción y prevención de salud implementadas por los establecimientos de salud, Huancavelica, Perú 2014

Características	Tipo de centro poblado		Total n (%)	Valor de p
	Urbano n (%)	Rural n (%)		
<i>Atención en consultorio</i>				
El personal de salud muestra confianza y seguridad				
Siempre	45 (28,8)	400 (64,6)	445 (57,4)	<0,01
Casi siempre	49 (31,4)	187 (30,2)	236 (30,5)	
Nunca	62 (39,7)	32 (5,2)	94 (12,1)	
El personal de salud pregunta el motivo de consulta				
Siempre	77 (49,4)	441 (71,2)	518 (66,8)	<0,01
Casi siempre	68 (43,6)	146 (23,6)	214 (27,6)	
Nunca	11 (7,1)	32 (5,2)	43 (5,5)	
El personal asegura la privacidad				
Siempre	113 (72,4)	482 (77,9)	595 (76,8)	0,339
Casi siempre	41 (26,3)	129 (20,8)	170 (21,9)	
Nunca	2 (1,3)	8 (1,3)	10 (1,3)	
El personal de salud examina explicando los procedimientos				
Siempre	78 (50,0)	435 (70,3)	513 (66,2)	<0,01
Casi siempre	66 (42,3)	156 (25,2)	222 (28,6)	
Nunca	12 (7,7)	28 (4,5)	40 (5,2)	
El personal de salud pregunta sobre el contexto familiar				
Siempre	41 (26,3)	434 (70,1)	475 (61,3)	<0,01
Casi siempre	36 (23,1)	124 (20,0)	160 (20,6)	
Nunca	79 (50,6)	61 (9,9)	140 (18,1)	
El personal de salud le habla pausado				
Siempre	94 (60,3)	361 (58,3)	455 (58,7)	0,336
Casi siempre	53 (34,0)	236 (38,1)	289 (37,3)	
Nunca	9 (5,8)	22 (3,6)	31 (4,0)	
El personal brinda oportunidad para preguntar				
Siempre	66 (42,3)	353 (57,0)	419 (54,1)	<0,01
Casi siempre	77 (49,4)	202 (32,6)	279 (36,0)	
Nunca	13 (8,3)	64 (10,3)	77 (9,9)	
El personal resuelve el problema de salud				
Siempre	53 (34,0)	363 (58,6)	416 (53,7)	<0,01
Casi siempre	94 (60,3)	229 (37,0)	323 (41,7)	
Nunca	9 (5,8)	27 (4,4)	36 (4,6)	
El personal de salud permite que el paciente explique cómo se cura tradicionalmente				
Siempre	39 (25,0)	228 (36,8)	267 (34,5)	<0,01
Casi siempre	78 (50,0)	287 (46,4)	365 (47,1)	
Nunca	39 (25,0)	104 (16,8)	143 (18,5)	
El personal brinda tiempo suficiente al usuario				
Siempre	95 (60,9)	390 (63,0)	485 (62,6)	0,678
Casi siempre	52 (33,3)	203 (32,8)	255 (32,9)	
Nunca	9 (5,8)	26 (4,2)	35 (4,5)	
<i>Actividades de promoción y prevención en salud</i>				
El establecimiento de salud brinda charlas sobre prevención de enfermedades				
Siempre	38 (24,4)	398 (64,3)	436 (56,3)	<0,01
Casi siempre	80 (51,3)	149 (24,1)	229 (29,5)	
Nunca	35 (22,4)	37 (6,0)	72 (9,3)	
No opina	3 (1,9)	3 (5,7)	38 (4,9)	
El establecimiento de salud organiza encuentros de gestantes y madres				
Siempre	24 (15,4)	210 (33,9)	234 (30,2)	<0,01
Casi siempre	86 (55,1)	297 (48,0)	383 (49,4)	
Nunca	31 (19,9)	59 (9,5)	90 (11,6)	
No opina	15 (9,6)	53 (8,6)	68 (8,8)	
El establecimiento de salud organiza campañas o ferias de salud				
Siempre	16 (10,3)	147 (23,7)	163 (21,0)	<0,01
Casi siempre	61 (39,1)	293 (47,3)	354 (45,7)	
Nunca	72 (46,2)	124 (20,0)	196 (25,3)	
No opina	7 (4,5)	55 (8,9)	62 (8,0)	

43,9% refieren que el EE. SS. nunca incluye a los usuarios en su programación de actividades. El 17,8% (n=110) de participantes de centros poblados rurales refieren que el EE. SS. siempre los incluye en la programación, y 40,7% (n=252) algunas veces; en el ámbito urbano dichas frecuencias son menores, 7,7% (n=12) para siempre y 39,1% (n=61) para algunas veces ($p<0,01$). El 77,4% refiere que los programas sociales (“Juntos”, “Pensión 65”) siempre condicionan la búsqueda de atención en los EE. SS., en el ámbito rural dicha proporción es del 76,7% (n=475) y en el urbano de 80% (n=124). El 9,3% de la muestra refiere que el EE. SS. no brinda charlas sobre prevención de enfermedades, dicha proporción es significativamente mayor en el ámbito urbano (22,4%) comparado con el rural (6,0%) ($p<0,01$). El 11,6% reporta que los EE. SS. no organizan encuentros de madres/gestantes, siendo menos frecuente su realización en el ámbito urbano, tendencia similar se observa para la organización de campañas/ferias de salud (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El 90% de participantes refiere acudir a los EE. SS. cuando enferman, este indicador es especialmente importante en comunidades con familias que reportan ingresos menores a 500 soles y mayoritariamente quechua hablantes, y donde previamente, en el 2007 el Instituto Nacional de Estadística e Informática reportó que en centros poblados como “Mejorada” y “Chuclaccasa” el aseguramiento al Seguro Integral de Salud era del 48,4% y 56%, respectivamente ⁽¹³⁾.

Respecto a prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud, el acudir al *urqu qayaq*, el pago a la tierra, y el *coca qaway* o *sara qaway* no son frecuentes en los distritos estudiados. El uso de plantas medicinales es la práctica más frecuente, especialmente en los centros poblados urbanos, con proporciones similares a las encontradas en usuarios de dos centros hospitalarios de la ciudad de Cusco ⁽¹⁵⁾. La frecuencia de uso estaría asociado a la variada y abundante oferta de plantas medicinales en los mercados ^(16,17). Se ha reportado que el uso de la medicina tradicional en población Chopcca ha disminuido, para el 2008 era común que la mayoría de los integrantes de esta colectividad acuda a los yerberos y use plantas medicinales antes que atenderse en los EE. SS. Las causas atribuidas para decidir por la medicina tradicional eran la ineficiencia de los medicamentos prescritos y la presencia de personal técnico en sustitución de médicos ⁽¹³⁾.

Nuestros resultados muestran que persisten prácticas culturales vinculadas con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sin embargo, estas no son tan frecuentes como en investigaciones previas. Esto podría tener múltiples causas: en nuestra muestra la religión predominante es el cristianismo, la cual se le atribuye la censura del uso de la medicina tradicional ⁽¹³⁾; por estrategias asociadas al otorgamiento de programas sociales (“Juntos”, “Pensión

65”) que condicionan al uso de los servicios de salud; por sanciones económicas para situaciones de parto domiciliario ⁽¹⁸⁾; y por el incremento de la cobertura del aseguramiento en salud.

A pesar de la mejora cuantitativa en la cobertura prestacional del sector formal de salud, aún persisten, en diferentes grados prácticas de medicina tradicional, como el uso de síndromes y enfermedades culturales, práctica de curaciones y búsqueda de atención con agentes tradicionales. Dicha coexistencia conforma un ecosistema mixto de oferta de atención en salud, el cual ha sido descrito en comunidades andinas ⁽⁵⁾ y amazónicas del Perú ⁽⁴⁾.

Respecto a las características del acceso a los EE. SS. los participantes de centros poblados rurales refieren un mayor tiempo de llegada al establecimiento, un 14% de usuarios en zonas rurales refieren más de una hora para llegar al EE. SS. Sin embargo, se observó que el tiempo de espera para ser atendido tiende a ser menor comparado con los EE. SS. en zonas urbanas. Las dificultades en el acceso se deberían a la falta de carreteras, unidades de transporte motorizado, y la irregular geografía del ámbito rural ⁽¹³⁾.

Otra característica que fomentaría el uso de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, sería el idioma que maneja el personal de salud (quechua) y el nivel de entendimiento de los mensajes ofrecidos. Dichas características estarían asociadas con el número de visitas al EE. SS. Casi la mitad de participantes de los centros poblados rurales refiere acudir al EE. SS. más de cinco veces por año, en zonas urbanas dicha proporción es menor.

Se observa un patrón de percepciones más favorables con respecto a la atención de salud en los centros poblados rurales, especialmente en la confianza y seguridad demostrada por el personal de salud, en la indagación del contexto familiar, y la forma de comunicación. Una mayor proporción de participantes de las zonas rurales refiere que el personal de salud siempre explica los procedimientos que realiza, siempre da oportunidad de preguntar al paciente, y permite al paciente explicar como este se cura con medicina tradicional. Esta favorable percepción del usuario estaría asociada con la percepción de resolución del problema de salud, la cual es mayor en zonas rurales. Dichos hallazgos son congruentes con lo reportado por la Encuesta Nacional de Satisfacción de usuarios de salud del 2014, en la cual el 65,2% de usuarios de la región Huancavelica refiere sentirse satisfecho con el servicio, y sólo 10% refiere sentirse insatisfecho ⁽¹⁴⁾.

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones: la generalización de los resultados está limitada a las comunidades estudiadas, por otro lado, el sesgo de auto-

reporte generado por deseabilidad social pudo emerger en la medición de la percepción respecto a la atención en los EE. SS. El estudio por tener un enfoque cuantitativo no pudo explorar aspectos culturales que expliquen el acceso y uso a los servicios de salud, y su coexistencia con prácticas culturales tradicionales.

En conclusión, los residentes de centros poblados alto andinos rurales perciben de mejor manera la atención que reciben en los EE. SS. lo cual podría conllevar a que preferentemente busquen cuidado de la salud en el sistema formal; sin embargo, algunas prácticas culturales persisten, especialmente el uso de plantas medicinales. El mayor uso de servicios de salud propiciado por una serie de estrategias del sector público, ha tenido como efecto secundario el

abandono progresivo de prácticas tradicionales vinculadas al cuidado de la salud (especialmente en el ámbito rural), área donde la medicina tradicional de la colectividad Chopcca fue históricamente difundida.

Contribución de los autores: FVO y OSG participaron en la concepción y diseño del estudio. FVO, BMF y EVB realizaron la recolección de la información. FRR y FVO realizaron el análisis e interpretación de los resultados y la redacción del artículo. Todos los autores participaron en la revisión crítica y aprobación final del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: Instituto Nacional de Salud.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3):546–55.
- Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N°016-2016-SA. 2016.
- Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. 2014 (Nacional y Departamental). Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2015.
- Williamson J, Ramirez R, Wingfield T. Health, healthcare access, and use of traditional versus modern medicine in remote Peruvian Amazon communities: a descriptive study of knowledge, attitudes, and practices. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(4):857–64.
- Mathez-Stiefel S-L, Vandebroek I, Rist S. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *J Ethnobiol Ethnomedicine*. 2012; 8:26.
- Brierley CK, Suarez N, Arora G, Graham D. Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote Amazonian Peru. *Am J Trop Med Hyg*. 2014; 90(1):180–3.
- Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Lima: Ministerio de Cultura; [Internet]. Available from: <http://bdpi.cultura.gob.pe/lista-de-pueblos-indigenas>
- Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Aymara, Puno, 2010. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
- Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Pueblo Nanti del Alto Camisea. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
- Aparco JP, Huaman L. Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):590–600.
- Mayca-Pérez J, Medina-Ibañez A, Velásquez-Hurtado JE, Llanos-Zavalaga LF. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajun y Wampis, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(3):414–22.
- Huamán B, Gushiken A, Benites C, Quiroz F, García L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):627–32.
- Pedro R, Marleni M. Los chopcca de Huancavelica. Etnicidad y cultura en el Perú contemporáneo. Colección: Pueblos y tradicionales. Lima: Ministerio de Cultura; 2013.
- Dirección Regional de Salud Huancavelica. Gobierno Regional de Salud Huancavelica. Análisis de Situación de Salud, Región Huancavelica. Huancavelica: Dirección Regional; 2015.
- Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chichla A, Antich-Barrientos M, Ccorihuanmán-Cusitito L, Romani F. Use of medicinal plants among people attending two reference hospitals in Cuzco, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(1):64–8.
- Bussmann RW, Sharon D. Traditional medicinal plant use in Loja province, Southern Ecuador. *J Ethnobiol Ethnomedicine*. 2006; 2:44.
- de la Cruz MG, Malpartida SB, Santiago HB, Jullian V, Bourdy G. Hot and cold: medicinal plant uses in Quechua speaking communities in the high Andes (Callejón de Huaylas, Ancash, Perú). *J Ethnopharmacol*. 2014; 155(2):1093–117.
- Félix VO, Oswaldo SG, Betty MF, Duilio FD, Omar TV, Enma VB, et al. Percepción del usuario sobre los servicios de salud de la comunidad de Chopcca, Huancavelica, desde una mirada intercultural (Resultado Preliminar). *Bol - Inst Nac Salud*. 2015; 21(1–2):16–23.

Correspondencia: Félix Valenzuela Oré
 Dirección: Jr. General Córdova 1021 Dto. 301.
 Jesús María, Lima
 Correo electrónico: Fvalenzuelao_12@yahoo.es