

TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA



Memoria de la reunión técnica 2010



**TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE
INTERCULTURAL EN LAS
NORMAS DE SALUD MATERNA**

Memoria de la reunión técnica 2010

TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA

Memoria de la reunión técnica 2010

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Family Care International (FCI)

Relatoría: Paula Hermida B.

Revisión técnica: Lily Rodríguez (UNFPA/Ecuador), Dra. Myriam Conejo (MSP) y Martha N. Murdock (FCI)

Edición: Cristina Puig Borràs (FCI)

Fotografías: Joey O'Loughlin, Ángel Criollo y Cristina Puig

ISBN: 13 978-0-9827601-3-0

Diseño e impresión: graphus® • creative@graphusecuador.com

Quito – Ecuador, Junio 2011

El presente documento es producto de un esfuerzo regional conjunto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú; Enlace Continental de Mujeres Indígenas (Región Sudamérica); y Family Care International (FCI) que se realiza en el marco del Eje 3 (Mujer Indígena: Salud y Derechos) del Fondo de Cooperación UNFPA/AECID.

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre que no sea alterada y se asignen los créditos correspondientes.

Las opiniones contenidas en la presente publicación no reflejan necesariamente las del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ni de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), siendo responsabilidad de los autores de la misma.

Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).



Abstract: This document presents a detailed report of the technical meeting *Integrating Cultural Pertinence to Maternal Health Norms*, which was held in Quito, between September 23rd and 24th, 2010. The meeting was co-organized by the Ecuadorian Ministry of Public Health, the United Nations Population Fund (UNFPA) and Family Care International (FCI), with support from the Spanish Agency for International Cooperation and Development (AECID). The main goal of the conference was to analyze how recent culturally-pertinent maternal health norms issued by health authorities in Ecuador, Bolivia, Peru, as well as Guatemala, Honduras and Panama, have helped to improve access among indigenous women seeking maternal care in public health services, as well as to identify some areas for improvements. Based on the knowledge generated, meeting participants issued recommendations on how to better adequate sexual and reproductive health services, including maternal health services, to cultural expectations in regards to service provision. Recommendations include:

1. Establishing a Regional Task Force to develop indicators and basic standards for monitoring culturally sensitive maternal health services.
2. Developing an online platform for knowledge sharing.
3. Evaluating the efficacy of the different intercultural maternal care models in order to generate evidence-based recommendations.
4. Strengthening the capacity of women and indigenous people's organizations to monitor the compliance of culturally sensitive maternal health services.
5. Assessing the role of traditional birth attendants in providing culturally pertinent maternal care in health services.

Contenido

| | | |
|---|--|-----------|
| ■ | Prólogo..... | 5 |
| ■ | Introducción | 7 |
| ■ | Metodología | 10 |
| ■ | Generación de normativas andinas de atención materna intercultural | 12 |
| | – Salud materna: reflejo de inequidad..... | 12 |
| | – Enfoque intercultural en las normativas de salud materna de la región andina..... | 13 |
| ■ | Temas más relevantes por paneles | 19 |
| | – PANEL 1: La aplicación de las normas de salud materna desde un enfoque intercultural. Retos y oportunidades..... | 19 |
| | – PANEL 2: Vigilancia y diálogo social para el cumplimiento de las normas. El papel de las organizaciones de mujeres indígenas en la demanda y exigibilidad de derechos..... | 24 |
| | – PANEL 3: Indicadores para medir avances en la adecuación intercultural de los servicios de salud materna..... | 28 |
| | – PANEL 4: Aportes desde Centroamérica: necesidades, experiencias y avances en el desarrollo normativo para la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva. | 37 |

- PANEL 5: Explorando la incorporación en el Sistema Nacional de Salud de las parteras tradicionales en la atención calificada del parto. Ventajas y retos.42

- **Resultados del trabajo en grupos: recomendaciones para fomentar estrategias normativas**47

- **Comentarios y recomendaciones finales por temáticas**.....50

- Sobre el significado del “enfoque intercultural”51
- Un derecho.....52
- Avances desiguales en la implementación de las normas52
- La participación social53
- La formación de recursos humanos.....53
- Indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención intercultural.....54
- El rol de los y las proveedores tradicionales de salud54

- **Acuerdos**56

- **Anexos**.....58

- Anexo 1 - Agenda58
- Anexo 2 - Lista de participantes.....63
- Anexo 3 - Guía de trabajo en grupos67
- Anexo 4 - Resultados del trabajo en grupos69



PRÓLOGO

A pesar de los logros alcanzados en los últimos años en relación al descenso de la mortalidad materna e infantil, éste sigue siendo un problema en nuestra región, que se relaciona no sólo con la situación de salud de nuestros pueblos, sino que está íntimamente ligado a la pobreza, la exclusión y la discriminación por género y etnia, y a la falta de ejercicio de derechos. Esta situación desafía el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y demanda esfuerzos y voluntad política para implementar estrategias efectivas para reducirla.

Se estima que en la región la tasa de muerte materna es alrededor de 132 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con diferencias entre países y al interior de los mismos. Las inequidades en salud materna se expresan con mayor gravedad en mujeres indígenas, pobres, las que viven en zonas rurales, las jóvenes y las mujeres menos educadas. América Latina y el Caribe es la región del mundo con mayores diferencias en porcentaje de partos atendidos por personal calificado. En Ecuador, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) sólo el 30% de mujeres indígenas tiene acceso a atención calificada del parto.

En la región, prevalecen problemas de equidad en el acceso a los servicios de salud. La discriminación por razones culturales que incluye el no reco-

nocimiento de las lenguas propias, o la falta de competencia de los proveedores de servicios en reconocimiento de la cosmovisión de las usuarias, son algunos problemas persistentes que requieren atención.

Las intervenciones probadas como eficientes para reducir la muerte materna son: servicios de salud reproductiva integrales; atención calificada del parto, durante e inmediatamente después del parto; y cuidados obstétricos y neonatales esenciales. Estas intervenciones son claves y deben estar acompañadas por el empoderamiento de las mujeres con respecto al cuidado y atención de su salud, y de un mejor conocimiento de y atención a los aspectos culturales de las usuarias, del respeto a la cosmovisión, conocimientos y prácticas de salud reproductiva que han mostrado ser adecuadas en algunos países.

El documento que presentamos recoge algunas experiencias que se están desarrollando en varios países de la región, encaminadas a incidir en la reducción de la morbi-mortalidad materna, incluyendo iniciativas de los Ministerios de Salud que están dando paso a la conceptualización y puesta en práctica de políticas, normas y servicios de atención con pertinencia cultural. Esperamos que este material sea de utilidad para fortalecer el diálogo intercultural en salud.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)

Fondo de Población de las
Naciones Unidas (UNFPA) / Ecuador



INTRODUCCIÓN

El 23 y 24 de septiembre de 2010 se celebró en Quito la reunión técnica TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA, convocada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Family Care International (FCI). Ver la agenda de la reunión en Anexo 1.

El encuentro se enmarcó dentro del proyecto regional “Construcción de base de conocimientos y análisis de modelos de adecuación cultural de los servicios nacionales y regional andino con enfoque en necesidades y prioridades de las mujeres indígenas” (RLA6R22A), implementado con el apoyo técnico y financiero de UNFPA y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco de la iniciativa Mujer Indígena: Salud y Derechos (Eje 3). Esta iniciativa quiere contribuir a lograr la progresiva incorporación de modelos de atención a la salud materna con enfoque intercultural y de derechos en las políticas públicas de salud, principalmente en Guatemala, Honduras, Bolivia, Perú y Ecuador, así como en México y Panamá.

Participaron en la reunión un total de 58 personas (ver lista de participantes en Anexo 2), entre las cuales se encontraban delegaciones de

los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Panamá; expertos en salud intercultural del Perú; representantes de Enlace Continental de Mujeres Indígenas de Bolivia, Ecuador y Perú; equipos de las Direcciones Provinciales de Salud a cargo de implementación de normas y de salud intercultural de ocho provincias de Ecuador¹; y los equipos técnicos de FCI y de las oficinas del UNFPA en Ecuador, Bolivia, Guatemala y Honduras. Todas las instituciones y organizaciones participantes son aliados estratégicos en la iniciativa Mujer Indígena: Salud y Derechos.

El propósito de la reunión técnica era congrega personal de Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador, Panamá, Perú, Guatemala y Honduras, con holgada experiencia en las áreas de normatividad técnica en salud, salud materna y salud intercultural, y representantes de las mujeres indígenas de Bolivia, Perú y Ecuador para:

- a) analizar el impacto del desarrollo normativo llevado a cabo hasta la fecha para abordar las brechas culturales en los servicios de salud materna;
- b) hacer una valoración de las iniciativas de adecuación cultural de servicios de salud materna desde la visión de las mujeres indígenas;
- c) generar conjuntamente conocimiento y recomendaciones sobre cómo las autoridades de salud pueden mejorar la pertinencia cultural de los servicios de salud materna, desde la acción normativa.

Los objetivos específicos de la reunión técnica eran:

- Presentar los diagnósticos (mapeos²) de la actual inclusión del enfoque intercultural en las normas de salud materna de Bolivia, Ecuador y Perú, y conocer el marco normativo existente en Guatemala, Honduras y Panamá en esta área.

1 Manabí, Bolívar, Chimborazo, Cotacachi, Esmeraldas, Imbabura, Otavalo y Sucumbíos.

2 Los diagnósticos o mapeos han sido desarrollados en 2009 por FCI, en cooperación con las oficinas nacionales del UNFPA, y validados por los respectivos Ministerios de Salud, con el objetivo de analizar y sistematizar cómo las normas de salud materna en Bolivia, Ecuador y Perú articulan el enfoque intercultural a nivel de los servicios. Disponibles en www.familycareintl.org/es.

- Analizar el impacto de estas normas en términos de mejora en el acceso y la calidad de la atención brindada a mujeres indígenas, y de incidencia en la reducción de la mortalidad materna; y generar participativamente recomendaciones y lecciones aprendidas.
- Identificar vacíos o áreas en las que permanece la necesidad de fortalecer los marcos normativos.
- Formular recomendaciones de alcance regional sobre medidas normativas que contribuyen a reducir la mortalidad materna en mujeres indígenas.

Como resultados esperados de la reunión se plantearon los siguientes puntos:

- Haber compartido a nivel regional el análisis y sistematización de los avances en la inclusión del enfoque intercultural en las normas de salud materna de Bolivia, Ecuador y Perú.
- Haber generado conocimiento sobre el efecto en Bolivia, Ecuador y Perú de las normas emitidas e implementadas para reducir las brechas culturales a los servicios de salud materna.
- Haber generado recomendaciones sobre estrategias normativas y programáticas para fomentar la adecuación cultural de los servicios de salud materna y del quehacer de los proveedores de salud. Estas recomendaciones serán compartidas (posteriormente a la reunión) con la Comisión Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), para su consideración.
- Haber fortalecido el diálogo y compromiso político al más alto nivel, para formular e implementar medidas normativas que contribuyan a la construcción e implementación de modelos de atención a la salud materna culturalmente pertinentes.

METODOLOGÍA

La reunión técnica se estructuró en base a presentaciones y paneles que abordaron los siguientes temas:

1. Introducción a **la situación de salud materna** en la región andina entre población indígena. Barreras socio-culturales al acceso a la planificación familiar, a la atención calificada del parto y a cuidados obstétricos de emergencia.
2. Presentación del análisis regional sobre la **incorporación del enfoque intercultural en las normas** de salud materna en Bolivia, Ecuador y Perú desde 1994.
3. Retos y oportunidades de la **aplicación de las normas** de salud materna desde un enfoque intercultural en Bolivia y Ecuador.



4. El papel de las organizaciones de mujeres indígenas en la vigilancia y diálogo social para el **cumplimiento de las normas**. Visiones desde Bolivia, Ecuador y Perú.
5. Desarrollo de **indicadores para medir avances** en la adecuación intercultural de los servicios de salud materna. Experiencias de Bolivia, Ecuador y Perú.
6. Necesidades y avances en el desarrollo normativo para la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Experiencias de Guatemala, Honduras y Panamá.
7. Explorar la incorporación en el Sistema Nacional de Salud de las parteras tradicionales en la atención calificada del parto. La experiencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cada panel estuvo compuesto por varios ponentes cada uno de los cuales realizó una presentación individual, y contaron además con la presencia de un moderador a cargo de introducir a los ponentes y de conducir al final de cada panel un foro y sección de preguntas y respuestas.

La reunión también incluyó una sesión de trabajo en grupos, conformados por participantes de los distintos países convocados. Se crearon tres grupos organizados alrededor de tres tipos de servicios de salud materna: a) atención al embarazo; b) atención del parto, posparto y cuidados del recién nacido; y c) planificación familiar. Cada grupo se reunió, designó un relator(a), y trabajó colectivamente en base a una matriz (ver Anexo 3) organizada alrededor de una pregunta orientadora: “¿Qué se requiere para tener un servicio de salud intercultural?”, y de varias subpreguntas específicas aplicadas a cada ámbito de servicios:

- ¿Qué tenemos en las normas de salud materna de nuestros países para asegurar un servicio de salud con enfoque intercultural?
- ¿Cuáles son los mecanismos para avanzar en la aplicación de las normas con enfoque intercultural?
- Recomendaciones prioritarias para asegurar su aplicación.

Adicionalmente, la reunión tuvo una sesión final de comentarios en la que todos los y las participantes compartieron sus puntos de vista sobre los hallazgos de la reunión y realizaron propuestas sobre acciones a futuro.

GENERACIÓN DE NORMATIVAS ANDINAS DE ATENCIÓN MATERNA INTERCULTURAL

a. Salud materna: reflejo de inequidad

Para iniciar la reunión el Dr. Jorge Parra, representante de UNFPA en Ecuador, realizó una presentación que brindó un panorama sobre las principales barreras que afectan el acceso de la población indígena a servicios de salud materna y salud sexual y reproductiva de calidad.

La presentación sirvió para señalar la pobreza e inequidad social en la región como la principal causante de las fallas en el acceso a atención de salud de calidad entre la población indígena. La pobreza no fue definida en términos economicistas, en función del ingreso, sino en base al acceso de individuos y poblaciones al ejercicio de derechos humanos fundamentales como la salud, vivienda, educación, etc. La pobreza, así



definida, afecta especialmente a las poblaciones indígenas del área andina cuyas condiciones de vida, caracterizadas por la escasez y mala calidad de los servicios, reflejan esta falta de derechos y su exigibilidad por parte de grupos de población empoderada. Las mujeres indígenas enfrentan retos adicionales para garantizar su salud materna y reproductiva, pues existen desigualdades de género que muchas veces les obligan a poner las necesidades familiares por delante de sus necesidades en salud y a enfrentar situaciones de violencia.

En este contexto, el enfoque biomédico imperante en el sistema de salud formal de los países andinos incide en la falta de acceso a servicios de salud culturalmente sensibles, lo cual constituye una muestra más de la ausencia de derechos básicos de la población indígena, sin los cuales no podemos hablar de salud materna de calidad.

Ante esta situación las alternativas de solución incluyen en primer lugar un compromiso de nivel político, que incluya a la sociedad civil, así como el mejoramiento del acceso a servicios de salud mediante la eliminación de barreras geográficas, económicas, culturales y de trato interpersonal. Estos cambios deben ir respaldados por actividades de educación e información sobre la salud como derecho humano y sobre mecanismos de exigibilidad de estos derechos. Finalmente se plantea la necesidad de valorizar el conocimiento y trabajo de las organizaciones comunitarias, particularmente el de las parteras tradicionales, que deben ser consideradas como líderes y recursos humanos valiosísimos, y como potenciales agentes de cambio en salud.

b. Enfoque intercultural en las normativas de salud materna de la región andina

En esta presentación Marcos Paz de FCI/Bolivia expuso los avances realizados en los últimos 15 años por Bolivia, Ecuador y Perú, en el desarrollo de normativas de atención a la salud materna que abordan la pertinencia cultural de los servicios.

En los tres países, las Constituciones Políticas han sido recientemente modificadas, de manera que reflejan una política de Estado que

contempla la medicina tradicional, los derechos de los pueblos indígenas y el derecho a la salud. En general hay un marco altamente favorable por mandato constitucional en materia de interculturalidad. Estas modificaciones van más allá de reconocer la diversidad cultural y pretenden contribuir a la construcción de Estados plurinacionales, respetuosos de las diferencias culturales, de género, sexuales, etc.

La diversidad cultural constituye un punto clave en la generación de normas: ¿cómo crear normas que respondan a las realidades pluriculturales? El propio concepto de “norma” posee una carga positivista, muy afín a los conceptos de la biomedicina. ¿Cómo se puede entonces insertar el concepto de diversidad cultural en la formulación de normas? No deberían tener el mismo carácter de obligatoriedad, de imposición o de neutralidad, que tenían las normas convencionales en el sector salud.

En respuesta a esta situación, los tres países han elaborado documentos técnicos para la atención culturalmente sensible, que se consideran “guías” para la atención, en lugar de considerarse “normas”; es decir, son documentos que orientan la acción del personal de salud sin establecer pautas inamovibles: *no se puede establecer que todas las mujeres tengan un parto vertical, o que todas den a luz en cuclillas.*

La medicina tradicional ya no constituye un eje opcional en los Ministerios de Salud, sino que, por ejemplo en el caso de Bolivia, es considerada parte del Sistema de Salud y es obligatorio para los servicios incorporar elementos de la medicina tradicional, tanto con sus proveedores, como con sus medicamentos y formas de tratamiento. Cabe mencionar, sin embargo, que son múltiples los retos de hacer operativo y aplicar este modelo en todas las unidades de servicios del país.

En Ecuador y Perú existe una Ley Orgánica de Salud que registra estos avances sobre medicina tradicional y derechos de los pueblos indígenas. La concepción misma de lo que constituye medicina tradicional en oposición a medicina alternativa o complementaria, es algo que está siendo redefinido en los diferentes países. Muchas veces sólo se considera “médicos tradicionales” a quienes están ava-

lados por sus propias comunidades en áreas rurales. Sin embargo, eso deja fuera de la definición a todos los proveedores que expendieron medicamentos y tratamientos en las zonas urbanas. Es decir, no se ha llegado todavía a crear un escenario institucional que facilite esta complementación de medicinas.

Los mandatos constitucionales han permitido empezar a poner en práctica lo establecido en el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado en 1989 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en relación a la responsabilidad de los gobiernos de proporcionar servicios de salud culturalmente adecuados y creados en conjunción con los propios pueblos interesados. Estas nociones han sido avaladas por la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Resolución de la Asamblea General 61/295) adoptada en 2007, en la que se enfatiza la participación de los pueblos en la determinación y funcionamiento de los programas de salud ofertados.

La participación directa de los pueblos indígenas en la administración de los servicios, como por ejemplo en el caso de Bolivia, donde se está planteando la creación de distritos indígenas de salud, constituye aún un tema conflictivo para los Ministerios de Salud de la región, quienes pueden sentir mermadas sus competencias. Igualmente, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia está creando protocolos de atención en salud desde el punto de vista de la medicina tradicional para algunas condiciones como, por ejemplo, los llamados “antojos” durante el embarazo. Sin embargo, estos protocolos de atención no son aún plenamente conocidos por las unidades de salud que brindan servicios, lo cual refleja retos institucionales y operativos que deben irse resolviendo.

En todos los países de la región existen además retos relativos al trabajo con agentes tradicionales de salud (incluidas las parteras) y su remuneración por parte del Estado. En Ecuador, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) incluía ciertas prestaciones de parteras, siempre limitadas al acompañamiento o referencia de las pacientes, que podían ser reconocidas económicamente. Esta dis-

posición no pudo cumplirse en la práctica por disposiciones burocráticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) que permiten únicamente el pago por concepto de medicamentos y no el pago a proveedores, ya que se considera que los proveedores de salud ya reciben su salario como parte de la red de servicios del MSP.

El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia ha definido una serie de funciones para los médicos tradicionales en los servicios de salud, pues la norma establece el trabajo con medicina tradicional incluyendo a sus propios proveedores y medicamentos. En reuniones con prestadores tradicionales de todo el país se ha llegado a establecer la posibilidad de que el proveedor tradicional que trabaja en el servicio pueda ser remunerado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). Sin embargo, esta noción no se ha llegado a concretar en la práctica y existen posiciones divergentes al respecto.

En los tres países se han logrado establecer dependencias del Gobierno a cargo de la salud intercultural: en Ecuador existe el Subproceso de Salud Intercultural, en Perú el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), y en Bolivia el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Sin embargo, falta claridad sobre la institucionalidad de estas iniciativas y el trabajo coordinado de estas instancias con el resto de programas de los Ministerios de Salud.

El punto central del enfoque intercultural de los servicios ha sido la salud materna (en comparación con otras áreas de los servicios de salud sexual y reproductiva como la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción o la educación en sexualidad, por ejemplo). Las normativas incorporan en diferentes grados la pertinencia cultural dentro del *continuum* de atención que incluye: identificación del embarazo, control prenatal, parto, postparto y atención del recién nacido.

Al analizar normativas, leyes, y programas implementados en los últimos 15 años en los tres países se puede apreciar una transformación desde un modelo de atención exclusivamente biomédico hacia un modelo con un mayor enfoque intercultural. En las décadas de los 80 y 90, las normas de atención a la salud materna no mencionaban el

tema de la interculturalidad. Posteriormente fueron avanzando hasta incluir el respeto a la diversidad cultural de la población. Más actualmente se está abordando la forma de hacer operativas estas iniciativas a través de las normas emitidas por los Ministerios de Salud.

En los tres países las normativas abordan temáticas y puntos de vista comunes. Así por ejemplo, las normativas más antiguas incorporan una concepción del rol de las parteras tradicionales centrado en la captación y referencia de mujeres embarazadas y la identificación de signos de peligro. Algunas normativas incluso llegan a señalar la medicina tradicional como un factor de riesgo para la salud de las mujeres. En otros casos, las normativas postulan la necesidad de que el proveedor de salud comprenda la diversidad cultural de la población, las diferencias de idioma, las necesidades de una mejor comunicación con las usuarias, limitando la noción de interculturalidad a esta idea de comprensión de la diferencia.

Las guías técnicas para la atención intercultural de la salud materna y el parto, creadas en los tres países bajo distintos nombres, presentan grandes temas en común, como la importancia de la comunicación proveedor-paciente, el acompañamiento, la participación de parteras tradicionales, la adecuación de la vestimenta, la libre posición durante el parto y la protocolización del parto vertical, la alimentación, la adecuación del espacio físico y de la temperatura ambiental, entre otros. Existen ciertas diferencias dependiendo del énfasis otorgado a cada tema. Por ejemplo, en Perú hay mayor detalle sobre el tipo de infusiones medicinales durante el trabajo de parto. Sin embargo, existe en general un enfoque común.

Bajo el liderazgo del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, se han desarrollado en el país de forma consensuada con las organizaciones indígenas, universidades y colegios médicos, entre otros, una serie de pautas para orientar la implementación de servicios culturalmente adecuados o pertinentes, que incluyen entre otros aspectos: el empleo de la lengua indígena local; la implementación de oficinas interculturales; la participación indígena en la gestión de la salud; la creación de arquitectura consensuada de los centros de salud; la oferta de alimentación en base a productos

de cada región; la creación de albergues comunitarios o casas maternas; el diálogo respetuoso con médicos tradicionales; el empleo de plantas tradicionales; la atención humanizada e intercultural del parto; el uso de elementos locales en los servicios (hamacas, cueros, etc.); horarios flexibles; facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.

Para los tres países existen además temas claves que permiten la mejor planificación y diseño de servicios interculturales, entre ellos: a) la participación protagónica y sostenible de mujeres, parteras y médicos tradicionales; b) estrategias de comunicación, abogacía, sensibilización e incidencia política (no se trata simplemente de convencer a las personas de que asistan a los servicios, sino de establecer un diálogo respetuoso que permita incorporar las necesidades culturales de las mujeres usuarias); c) adecuación física de las instalaciones y equipamientos; d) innovaciones tecnológicas, de capacitación y formación, y diversificación de recursos humanos; e) elaboración de epidemiologías culturales.

TEMAS MÁS RELEVANTES POR PANELES

* **PANEL 1: La aplicación de las normas de salud materna desde un enfoque intercultural. Retos y oportunidades.**

- *Dr. Henry Flores. Jefe de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.*
- *Obst. Jeanina Crespo. Técnica del Parto Culturalmente Adecuado. Subproceso de Salud Intercultural. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.*

a) Experiencia de interculturalidad y salud en Patacamaya, Bolivia. 2002-2010

La presentación trató la experiencia de adecuación cultural en un hospital del municipio de Patacamaya, ubicado en el Sur del Departamento de la Paz, y las lecciones aprendidas en este proceso. La experiencia inició en el año 2002, cuando el centro de salud de Patacamaya se convirtió en hospital que atendía principalmente a población rural. Los médicos eran en su mayoría jóvenes y existía mucha inestabilidad del personal que era constantemente transferido a otras localidades. Los procesos de interculturalidad eran inexistentes en su inicio. Las instalaciones de la sala de parto inicialmente causaron rechazo entre las usuarias. Posteriormente se creó un espacio dentro del hospital para el funcionamiento del consultorio de medicina tradicional. El Servicio Departamental de Salud (SEDES) inició también un

postgrado de interculturalidad y salud dirigido al personal médico del hospital. Allí, los médicos tradicionales enseñaban a sus pares biomédicos sobre los componentes fundamentales de la medicina tradicional y sus rituales. También se impulsó que los y las estudiantes de medicina y enfermería incluyan como trabajo de sus tesis finales la adecuación cultural de los servicios, especialmente la atención del parto. No era fácil convencer a los compañeros médicos de que existían otras formas de atender con sensibilidad cultural a la población, sobre todo del área rural.

En el 2006 entró en funcionamiento la primera sala de parto con adecuación intercultural, haciendo algunos cambios a la sala de internación común, con la adición de escalerillas, colchón, colchoneta, sin que con ello llegara a ser verdaderamente adecuada en términos culturales. Pero continuaba la reticencia de muchos médicos ante las propuestas de ajustar los servicios a las expectativas de las usuarias.

En el año 2008, la sala de partos culturalmente adecuada dejó de funcionar y ello condujo a un replanteamiento sobre el proceso que se venía desarrollando. Lo primero que se hizo fue dialogar con las parteras y la población para conocer qué es lo que realmente deseaban de la atención, llegando para ello hasta las comunidades mismas y a sus espacios de participación social. Ahora la gestión participativa está incorporada en el modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFICI) que el gobierno boliviano impulsa. Así se llegó a inaugurar una sala de parto que la comunidad definió, colocando pisos y cama de madera, y una cocina. Las mujeres estructuraron el proyecto y la cooperación internacional la construyó. El parto se atiende entre médicos y parteras. Se fortaleció el contacto e intercambio de conocimientos entre los distintos prestadores. Cuatro parteras trabajan por turnos dentro del hospital. En un inicio el personal de gineco-obstetricia no dejaba que las parteras entraran al hospital. En una ocasión el “manteo” realizado por una partera logró evitar una cesárea, y a partir de esa experiencia se generó un clima de mayor respeto y confianza y las parteras pudieron entrar libremente y cambió su relación con los ginecólogos. Se siguió el trabajo con la comunidad y con los y las líderes, quienes manifestaban la necesidad de que el personal de salud se considere parte de la comunidad y no personas ajenas.

Lo más duro de todo el proceso fue sensibilizar al personal para que promuevan este tipo de partos. Pese a que gran parte de la población boliviana es y se considera indígena, en el trabajo no se reconoce como válido el enfoque intercultural. Quizá lo más difícil para el personal médico es el diferente arreglo para atender el parto en el suelo y con presencia de familiares.

Con la experiencia de Patacamaya se logró impulsar el trabajo en otros establecimientos. En seis establecimientos vecinos ya se atienden partos de forma culturalmente adecuada, con presencia de parteras y familiares. Como aprendizaje de la experiencia, se propone considerar el proceso por etapas:

1. Reflexión con diferentes grupos de actores. Actualmente se está trabajando en la norma de adecuación de espacio físico, pero en base al diálogo con los propios actores; el mero hecho de colocar rótulos en idioma nativo no constituye interculturalidad; se requiere diálogo con la población y las usuarias.
2. Trabajo con organizaciones de parteras tradicionales, para darles a conocer cualidades del sistema biomédico como por ejemplo, la bioseguridad.
3. Sensibilización del personal de salud sobre saberes ancestrales y su validez científica.
4. Fortalecer espacios de diálogo e intercambio de conocimientos.
5. Realizar investigaciones sociales, incluyendo la gestión de salud y calidad.
6. Revisión de normas y protocolos de atención materna y neonatal.
7. Elaboración y propuesta de protocolos de atención culturalmente adecuados.
8. Implementación de protocolos culturalmente pertinentes.
9. Elaboración e implementación de un sistema de seguimiento a la aplicación de protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados.

b) Normas de salud materna y factores culturales en Ecuador. 1994-2009

La presentación ofreció un recorrido sobre el desarrollo de las políticas y normativas de salud materna con enfoque intercultural impulsadas por el Ministerio de Salud Pública en Ecuador desde la década de los 90. En ese entonces, las normativas de salud materno-infantil no reconocían de forma explícita la diversidad cultural en salud, ni valoraban a los agentes de medicina tradicional, pues prevalecía en ellas una visión occidental y biomédica. Se mencionaba la idoneidad del parto vertical, pero de forma pasajera, sin reconocer su calidad de práctica ancestral. Se mencionaban “factores culturales” de la atención, pero como datos aislados, sin articularlos a una iniciativa integral para brindar atención culturalmente adecuada. Incluso en determinadas normas se hacía referencia a la medicina tradicional y las creencias y prácticas culturales como “factores sociales de riesgo para la madre y niño”. Hacia fines de la década de los 90, se identificó la necesidad de que el personal de salud llegue a comprender las diferencias culturales de la población a la que brinda atención.

En 1994 se promulga la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), iniciativa pionera en la adopción de una óptica cultural, que abre la posibilidad de que agentes tradicionales de salud o parteras figuren como prestadores de salud, aunque sus servicios se limitan a la referencia de pacientes. La LMGYAI incluso planteaba la acreditación y retribución económica a parteras tradicionales, medida que no ha llegado a aplicarse plenamente en la práctica.

En el 2005 se publicó la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, que propone por primera vez la adopción de un “enfoque intercultural” en salud (aunque definido de forma vaga), además de la articulación de la medicina ancestral al Sistema Nacional de Salud, y la necesidad de adecuar culturalmente los servicios.

Finalmente en el año 2008 se publica el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, que incorpora varias

normativas de atención, entre ellas la Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Esta Guía es actualmente la única normativa que contiene protocolos de atención en salud interculturales, que aborda varios aspectos relativos a la atención del parto, como por ejemplo: trato interpersonal, acompañamiento, vestimenta, posición, alimentación, infraestructura, temperatura, devolución de placenta, y omisión de procedimientos clínicos innecesarios.

En conclusión, las directrices de salud materna del Ecuador han centrado sus iniciativas interculturales alrededor de tres temas principales: a) el reconocimiento y valoración de la medicina ancestral y sus agentes; b) la interrelación de la medicina ancestral y sus agentes con el Sistema Nacional de Salud; c) la adecuación cultural de los servicios de salud.

No obstante, pese a los grandes pasos dados por el Ministerio de Salud Pública en materia de atención intercultural, los protocolos que operativizan este tipo de atención únicamente abarcan el manejo del parto normal, dejando de lado importantes áreas como la atención del embarazo y del recién nacido, y ámbitos más amplios de la salud sexual y reproductiva como la planificación familiar o la educación sexual, por ejemplo.

También existen retos futuros para garantizar la aplicación e idoneidad de la Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado alrededor de los cuales trabaja el Ministerio:

- visibilizar e incorporar la diversidad de la población del Ecuador dentro de la normativa;
- crear estándares e indicadores para monitorear su funcionamiento y calidad;
- sensibilizar y capacitar al personal de salud en interculturalidad a corto y largo plazo;
- definir el rol de las parteras tradicionales al interior de las unidades de salud y dentro del Sistema Nacional de Salud.

*** PANEL 2: Vigilancia y diálogo social para el cumplimiento de las normas. El papel de las organizaciones de mujeres indígenas en la demanda y exigibilidad de derechos.**

- *Mariana Guasania, Secretaria de Género. Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente de Bolivia (CIDOB).*
- *Gregoria Reyna Ballejos, Secretaria de Relaciones Internacionales. Confederación de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia “Bartolina Sisa”.*
- *Clelia Rivero, Coordinadora de la región de Ayacucho, Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP).*
- *Norma Mayo, Secretaria de la Mujer y la Familia. Confederación Nacional de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) y Secretaría Ejecutiva del Enlace Continental de Mujeres Indígenas (Región Sudamérica).*

El objetivo de este panel era conocer la valoración que hacen las mujeres indígenas sobre los servicios de salud materna culturalmente adecuados, y conocer sus necesidades y expectativas al respecto.

Las organizaciones indígenas a las que pertenecen las expositoras, todas integrantes del Enlace Continental de Mujeres Indígenas (Región



Sudamérica), llevan a cabo múltiples actividades sobre salud materna y salud sexual y reproductiva de las mujeres, y están fortaleciendo su trabajo de incidencia política en este campo. Entre sus principales preocupaciones y acciones están el capacitar a las bases sobre temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, identidad cultural y derechos de pueblos indígenas. Además realizan campañas de información para las comunidades sobre los beneficios y servicios a los que tiene acceso la población, como por ejemplo, aquellos cubiertos por el Bono Juana Azurduy en Bolivia. El Bono es un programa de transferencia condicionada impulsado por el gobierno boliviano, y dirigido a mujeres embarazadas, particularmente aquellas que viven en zonas urbanas, con el objetivo de disminuir la desnutrición durante el embarazo y promover el control prenatal, entre otros.

En Perú, las organizaciones de mujeres se han concentrado en incidir sobre políticas de salud pública, particularmente a través de mecanismos como la vigilancia de los servicios mediante visitas inesperadas a establecimientos. También han realizado mapeos para identificar los problemas para recibir atención adecuada que enfrentan las mujeres, empleando para ello encuestas de satisfacción de las usuarias. Estos problemas y necesidades fueron inicialmente expuestos a las autoridades de salud, sin que las demandas hayan sido plenamente tomadas en cuenta hasta la fecha. Posteriormente, gracias a la recolección de evidencia en los establecimientos y su presentación ante instancias decisoras y profesionales de salud, el diálogo para superar problemas ha sido más exitoso. En Perú, también hay insatisfacción con algunos aspectos del bono del programa Juntos dirigido a mujeres con niños de hasta 14 años. El bono resulta poco beneficioso para las mujeres indígenas debido a que únicamente se promocionan prácticas de salud biomédicas, sin que exista una verdadera adecuación de la atención a la cultura local, y porque promueve la escolarización de los hijos e hijas en el sistema educativo público, el cual no incorpora el aprendizaje de su idioma materno ni el conocimiento de su cultura en la malla curricular.

Varias de las lideresas que conformaron este panel mencionaron la persistencia de ciertas barreras para acceder a servicios de salud. Por

ejemplo, en el caso de Bolivia se mencionó la imposibilidad de algunas mujeres indígenas de acceder a servicios y bonos por no contar con cédulas de identidad y certificados de nacimiento en regla. En Ecuador existen todavía barreras geográficas y de otra índole que afectan especialmente a las mujeres que viven en comunidades aisladas. En el caso de Perú, las barreras o problemas en el ámbito de la salud han sido identificados en mayor detalle e incluyen:

- falta de atención intercultural efectiva en servicios de salud para pueblos indígenas;
- falta de respeto y conocimiento sobre la identidad cultural y cosmovisión de los usuarios;
- desconocimiento de los derechos de pueblos indígenas;
- maltrato del personal a usuarias;
- las políticas no son diseñadas de acuerdo al contexto de cada pueblo;
- falta información adecuada para mujeres y jóvenes sobre métodos anticonceptivos y atención integral;
- deficiente atención y cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS);
- pérdida de conocimientos ancestrales;
- folklorización de algunos procesos de adecuación intercultural de los servicios: una sala de partos en la que se colocan sogas para el parto vertical, no constituye una unidad de servicio culturalmente adecuada; hay el peligro de que se folklorice la concepción del servicio culturalmente adecuado;
- algunas casas de espera se encuentran en condiciones deficientes, y a veces son usadas tanto para la espera de la mujer embarazada como casas de refugio para víctimas de violencia intrafamiliar.

A diferencia de otros países de la región, en el Perú no se permite que las parteras atiendan en servicios de salud formales. En este contexto, personal de enfermería y obstetricia atienden el parto vertical adecuando el espacio físico, pero sin tener un verdadero conocimiento de la cosmovisión andina y amazónica que acompaña la atención tradicional.

Para la Confederación Bartolina Sisa de Bolivia, el tema de anticoncepción constituye una preocupación adicional que requiere mayor información y diálogo intercultural entre los actores involucrados. Desde su punto de vista, consideran que las familias deben dialogar para tomar decisiones sobre el número de hijos deseados, y disponer de información de calidad para evaluar los potenciales riesgos y beneficios del uso de distintos métodos anticonceptivos, tomando en cuenta su óptica cultural particular.



Algunas de las recomendaciones y retos pendientes planteadas de forma común por las organizaciones para garantizar servicios de salud culturalmente pertinentes, fueron las siguientes:

- Crear mecanismos de participación de las organizaciones de mujeres indígenas en las instancias de toma de decisión, tanto a nivel de políticas como de implementación de servicios. Por ejemplo: participación en la selección de personal de salud a nivel local, o la conformación de Comités Locales que orienten a los profesionales de salud que trabajan en zonas con población indígena sobre los derechos de los pueblos e interculturalidad (Perú).
- Apoyar el rescate y valoración de la medicina tradicional y sus sabios y parteras, reconociendo la labor de salvar vidas que realizan. Promover la formación de recursos humanos indígenas, recuperando conocimientos y prácticas con visión intercultural, así como

la difusión masiva de información sobre salud sexual y reproductiva en sus idiomas, tomando en cuenta los códigos culturales y adoptando estrategias y vías adecuadas de información.

- Promover la complementariedad de la medicina tradicional y biomedicina, mediante iniciativas concretas como la presencia de proveedores diversos (parteras y médicos) dentro de los hospitales para la atención obstétrica (Ecuador).
- Asegurar el diálogo directo en materia de salud entre el Estado y las organizaciones indígenas nacionales, legítimas y representativas de la diversidad regional (Ecuador).
- Incrementar la inversión de los Estados en salud para ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y adoptar medidas para superar el trato discriminatorio, y las barreras lingüísticas y culturales que las mujeres indígenas encuentran en los servicios públicos.

*** PANEL 3: Indicadores para medir avances en la adecuación intercultural de los servicios de salud materna.**

- *Dr. Alberto Pucuna, Dirección Provincial de Salud de Chimborazo, Ecuador.*
- *Sr. Alberto Camaqui Mendoza, Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Ministerio de Salud y Deportes (MSD), Bolivia.*
- *Dr. Neptalí Cueva, asesor en interculturalidad. UNFPA/Perú.*

El objetivo de este panel era conocer los indicadores desarrollados hasta la fecha por las autoridades de salud para dar seguimiento a los procesos de adecuación intercultural de los servicios de salud materna; e identificar vacíos y áreas en que es necesario el desarrollo de nuevos indicadores para medir el progreso e impacto.

En el caso de Ecuador y Bolivia, los expositores trataron temas relativos a la implementación de la atención del parto culturalmente ade-

cuado, poniendo especial énfasis en definir cuáles son los elementos culturales clave a implementar, y cuáles son las actividades paralelas que deben realizarse para asegurar un buen funcionamiento de esta atención. Estos elementos podrían servir de base para definir indicadores en el futuro.

El Dr. Alberto Pucuna compartió la experiencia de adecuación cultural del Hospital de Colta (provincia de Chimborazo, Ecuador) en base a la cual se han establecido los siguientes elementos que se consideran necesarios para brindar servicios obstétricos culturales adecuados:

- Acompañamiento de la pareja, familiar, partera u otra persona.
- Parto en libre posición.
- Provisión de infusiones medicinales: se definió con parteras de la zona el uso de cinco plantas medicinales cuyos efectos han sido documentados a nivel farmacológico, y que pueden ser administradas en diferentes momentos de la atención.
- Alimentación tradicional: los alimentos se preparan en la posada materna y se hacen llegar a la parturienta.
- Vestimenta adecuada a la realidad local: el Comité de Usuarías de la LMGYAI ha elaborado trajes para bebés y vestimenta para la parturienta.
- Procedimientos tradicionales a cargo de parteras, como por ejemplo, masajes.
- Entrega de la placenta a las mujeres.
- Envoltura del recién nacido según las costumbres locales.
- Encaderamiento de la mujer luego del parto.

Estas iniciativas de cambio en la atención deben ir acompañadas de una serie de tareas pendientes y complementarias, entre las que se destacaron:

- Fortalecer los procesos de diálogo e interacción de conocimientos y prácticas en salud materna, en el ámbito hospitalario.

- Promocionar el servicio de salud materna culturalmente adecuado, a nivel comunitario.
- Fortalecer procesos de sensibilización, capacitación y educación continuos.
- Impulsar procesos de acreditación institucional de parteras/os reconocidos y capacitados.
- Validación de protocolos de atención de parto interculturales y complementarios.
- Convalidación y legitimación del proceso en el ámbito académico y universitario.
- Habilitar la posada materna.
- Evaluación y seguimiento trimestrales del proceso implementado.
- Posicionar el tema en el pre-grado de la carrera de medicina.
- Definir el rol de la partera en la atención de parto hospitalario para desempeñar las siguientes funciones:
 - Formar parte del equipo de salud.
 - Acompañar y hacer consejería.
 - Realizar procedimientos tradicionales inocuos para la madre y el niño.
 - Administrar plantas medicinales.

Finalmente, la experiencia de adecuación en Colta se ha planteado resultados esperados, que igualmente pueden dar pie a la creación de futuros indicadores, entre los que constan:

- Establecer una Red Cantonal de prestaciones de salud materna intercultural.
- Aumentar la cobertura del parto hospitalario.
- Mejorar la satisfacción de las usuarias.

- Promover la reflexión científica de los procedimientos tradicionales en la atención del parto, mediante estudios de investigación.
- Empoderamiento y participación protagónica de aliados estratégicos y actores locales (líderes, parteras y usuarias, entre otros).



Por su parte, el Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, Sr. Alberto Camaqui, se refirió también a aspectos clave que se deben poner en práctica para brindar atención intercultural a la población, y que deben ser evaluados y monitoreados cuando se adapten los servicios, por ejemplo:

- Superar barreras en la comunicación (idioma, ruido, etc.).
- Desarrollar habilidades para comunicarse (tono de voz; uso de lenguaje sencillo, etc.).
- Respeto a los derechos de las usuarias (privacidad, comodidad, confidencialidad, etc.).
- Respeto a la cultura en general.

Adicionalmente, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, creado en el año 2006, se ha planteado una serie de objetivos e indicadores que contribuyan a su misión de promover el acceso universal a la salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante la interculturalidad. Dichos objetivos e indicadores incluyen:

Objetivo 1: Mejorar la calidad, capacidad resolutive y gestión de recursos humanos de la medicina tradicional.

Indicador: N° de redes de salud con recursos humanos capacitados en el enfoque de salud intercultural.

- N° de terapeutas tradicionales registrados.
- N° (porcentaje) de personal de salud con postgrado en interculturalidad y salud.
- N° (porcentaje) de médicos especialistas en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI).

Objetivo 2: Garantizar el acceso a los servicios de salud interculturales sin costo en el punto de atención.

Indicador: N° de establecimientos de salud que aplican las estrategias, metodologías e instrumentos de salud intercultural.

- Protocolos de salud intercultural y de medicina tradicional.
- Adecuación de infraestructura y equipamiento.
- Sala de parto intercultural.
- Consultorios y boticas de medicina tradicional.
- Oficinas interculturales con facilitadores interculturales.
- Personal de salud que habla el idioma nativo de la región.
- Casas maternas.

Objetivo 3: Disminuir las inequidades y desigualdades culturales.

Indicador: Disminuir el % de morbi-mortalidad de la población indígena originaria campesina.

Objetivo 4: Participación comunitaria intercultural mediante procesos de difusión, transmisión e intercambio de sentires, saberes-conocimiento y prácticas.

Indicador: N° (porcentaje) de Comités Locales de Salud de los pueblos indígenas, originarios y campesinos (PIOC), organizados y funcionando para la gestión de Salud Pública.

Objetivo 5: Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología e industrialización de la biodiversidad medicinal.

Indicadores:

- N° de plantas de producción de medicamentos tradicionales funcionando.
- N° de publicaciones del Instituto Nacional de Investigación en Medicina Tradicional.
- N° de carreras del sistema universitario público, que han incorporado en sus programas académicos de ciencias de la salud la medicina tradicional y la interculturalidad en el pre y postgrado.
- N° de Reservorios de Recursos Genéricos: minerales, animales y vegetales según pisos ecológicos funcionando.

El Dr. Neptalí Cueva presentó una propuesta de lo que constituyen servicios de salud con pertenencia intercultural según se ha definido en el Perú. La propuesta se articula en cuatro ejes de acción principales, necesarios para configurar servicios de salud culturalmente pertinentes:

- Competencias en interculturalidad de los recursos humanos.
- Inclusión participante y ejercicio de ciudadanía diferenciada.
- Sistemas de información diferenciada.
- Organización de servicios de salud con enfoque intercultural.

Para cada eje hay una serie de actividades a realizar en los establecimientos de salud, las mismas que pueden servir como base para la creación de indicadores a manera de una lista de chequeo. Por ejemplo, para el eje sobre competencias de los recursos humanos, se requiere que la capacitación esté a cargo de proveedores de medicina tradicional en atención del parto vertical, y que sean los profesionales biomédicos quienes visiten a las parteras y sabios tradicionales para aprender sobre sus conocimientos y coordinar acciones. Otro ejemplo incluye el llevar a cabo autopsias verbales de muertes maternas que vayan más allá del diagnóstico clínico e incluyan a la comunidad y organizaciones en la búsqueda de las causas sociales y culturales.

Otro eje es la inclusión participante, vinculada al derecho a la salud de los pueblos indígenas. Es necesario que el Plan de Parto, por ejemplo, no se limite a ser llenado en el control de la embarazada, sino que incluya también el trabajo con la familia, la comunidad y los vecinos para coordinar acciones.

Otro eje incluye los sistemas de información diferenciada, con acciones como la inclusión de la pertenencia étnica de los y las usuarias en las hojas de registro, no sólo para conocer el dato, sino para disponer de información que permita generar datos estadísticos de salud diferenciados. Además el dato de pertenencia étnica debería incluirse en la hoja de historia clínica, para indicar al profesional de salud cuándo está atendiendo a usuarios de culturas diferentes. Otra actividad importante es crear un registro de síndromes, creencias y costumbres sobre salud de las poblaciones locales a las que se atiende en una determinada región, que sirva para informar a los profesionales de salud que constantemente son transferidos a distintas regiones.

El último eje temático es la organización de servicios de salud, e incluye áreas como la referencia y contrareferencia entre prestadores tradicionales y proveedores de los servicios formales; la ejecución de prácticas terapéuticas por parte de profesionales de la medicina tradicional dentro de los establecimientos, por ejemplo, rituales ejecutados por yachaks para limpiar energías. En el Perú está prohibido

que la partera atienda a embarazadas en domicilios. Lo ideal sería que en un futuro esta prohibición se elimine y que incluso puedan llegar a atender en establecimientos junto con personal biomédico como sucede en otros países andinos, y que de esta manera las parteras dejen de ser utilizadas exclusivamente para referir a las pacientes a los establecimientos.

Todos estos ejes y actividades propuestas pueden servir para ir construyendo los indicadores para una atención culturalmente pertinente. Otros posibles indicadores de procesos a nivel de los hospitales, que se propusieron en este panel, incluirían:

- N° (porcentaje) de oficinas interculturales³ que funcionan dentro de los hospitales.
- Redes (unidades locales y hospitales) que brindan atención con pertinencia intercultural, de modo que cuando las pacientes sean referidas al nivel hospitalario no se encuentren con atención poco sensible a su cultura.
- N° (porcentaje) de hospitales que ofertan parto humanizado o vertical.
- N° (porcentaje) de hospitales con albergues o casa de espera.

A nivel de los establecimientos, la experiencia nos indica que los indicadores deben medirse a través de la satisfacción de las usuarias, pues son ellas quienes determinan si la atención y el trato son adecuados y responden a sus expectativas:

- el manejo del idioma de las usuarias;
- la solución a sus dudas;
- la oportunidad de preguntar al personal;
- el uso de un lenguaje sencillo;

³ Las *oficinas interculturales* son oficinas que se encuentran dentro de los servicios de salud. Cuentan con un equipo de facilitadores interculturales cuya principal función es hacer de puente entre las usuarias y los proveedores médicos. Brindan apoyo en la traducción y ofrecen acompañamiento a las usuarias. Las oficinas interculturales se han implementado de forma piloto en el Hospital de Bracamonte, en Potosí (Bolivia).

- el tiempo de espera para la atención;
- si estuvo de acuerdo con los exámenes realizados;
- si recomendarían el servicio de salud a un familiar;
- si obtuvo solución a su problema;
- si volvería el establecimiento;
- otros.

Finalmente, las políticas públicas definidas en los niveles regional o nacional también deben ser evaluadas respecto a su sensibilidad cultural. Algunos de los aspectos a evaluar son:

- La incorporación de la variable “etnia” en sistemas de registro y el monitoreo de la calidad de estos datos.
- La inversión per cápita en salud en pueblos indígenas, sobre todo en zonas lejanas.
- El porcentaje de recursos humanos que habla el idioma de la zona, y el porcentaje de establecimientos con personal que habla idioma.
- Perfil “intercultural” incluido en contrato de personal.
- El porcentaje de supervisiones en la que participan representantes de pueblos indígenas, originarios y campesinos.
- El estímulo a agentes de medicina tradicional por contribuir a evitar muertes (emergencias obstétricas, neonatales e infantiles).
- Impulso a programas de capacitación en interculturalidad: diplomados, maestrías, etc.
- Centros de pasantías con personal indígena.
- Políticas locales y regionales a favor de la salud de los pueblos indígenas.
- Control social.

Actualmente los indicadores que se manejan en los sistemas de salud son indicadores de cobertura y uso de los servicios, pero esos indicadores deben construirse de manera diferenciada, de modo que se

contemple el registro de la pertinencia étnica de los y las usuarias. Sin ello no es posible saber realmente cuál es el acceso y cuáles son las barreras de los pueblos indígenas a la atención de salud.

*** PANEL 4: Aportes desde Centroamérica: necesidades, experiencias y avances en el desarrollo normativo para la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva.**

- *Dra. Lourdes Xitumul, Directora de la Unidad de Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.*
- *Dra. Claudia Quiroz, Estrategia Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) de la Secretaría de Salud, Honduras.*
- *Dra. Mariela de González, Jefa del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. Ministerio de Salud, Panamá.*

El propósito de este panel fue obtener una perspectiva general del desarrollo normativo hasta la fecha en algunos países de Centroamérica en materia de salud sexual y reproductiva e interculturalidad, y las necesidades identificadas al respecto.



Honduras, Guatemala y Panamá se encuentran en diferentes etapas de incorporación de un enfoque intercultural en las normas de salud materna, si bien existen avances y retos comunes.

Entre los principales avances de los países centroamericanos podemos citar:

- La creación de instancias institucionales para abordar la salud de los pueblos indígenas y la adopción de un enfoque intercultural en los servicios y las políticas sanitarias. En Guatemala se creó en el año 2009 la Unidad de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, un ente asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en políticas y lineamientos de salud de los pueblos indígenas.
- La generación de normas con un enfoque intercultural. En Guatemala se han elaborado normas de atención del primer y segundo nivel que incorporan elementos de atención intercultural. En Honduras han habido avances en la elaboración de documentos técnicos. Un ejemplo de ello lo constituye la nueva Norma para Atención Materno Neonatal. En esta norma se han incluido algunos aspectos de interculturalidad y humanización, como el buen trato y comunicación, el respeto a la usuaria y a sus creencias culturales, su derecho a ser escuchada, entre otros. Dentro de la estrategia de Reducción de la Muerte Materna se incluyen el Cuidado Obstétrico Esencial (CONE), que en su cuarta línea de acción contempla la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención Obstétrica.
- En Guatemala, el MSPAS ha revalorizado el rol de las parteras tradicionales, que en Guatemala se llaman *abuelas comadronas*, en sus comunidades y en los servicios de salud. Hay apertura de los servicios de salud para permitir el ingreso de abuelas comadronas tradicionales, y si bien los servicios de salud aceptan su presencia, aún hace falta que se les deje ejercer el rol que ancestralmente poseen y que no realicen otros oficios dentro de la institucionalidad. Se debe trabajar para que la abuela comadrona sea dignificada en su propio papel y sus múltiples roles (consejera, sabia, autoridad, etc.), a través de cambios actitudinales de los profesionales biomédicos. También se han programado diálogos con comadronas

tradicionales para conocer sus necesidades de trabajo y como se ven en el trabajo conjunto con el MSPAS. También se encuentra en redefinición del modelo de capacitación a las abuelas comadronas tradicionales teniendo como meta llegar a un intercambio de conocimientos y sabidurías (“diálogos”).

- Fomento de la participación de los actores comunitarios y organizaciones sociales. En Guatemala se ha creado un espacio político llamado Asamblea y Consejo de Salud de los Pueblos Indígenas, que aconsejan a la Unidad de Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS. En Honduras se reconoce la necesidad de hacer cambios en base a las necesidades identificadas no sólo por proveedores, sino por equipos de trabajo que incluyen representantes de comités de salud comunitarios, parteras tradicionales y otras organizaciones como los patronatos. Por otro lado se plantean acciones en el marco de una propuesta institucional de mejora continua de la calidad de la atención. Esto implica la identificación de barreras y brechas culturales y el diseño de propuestas de cambio para responder a las necesidades planteadas por los y las usuarias.
- Sensibilización y capacitación a prestadores de salud formal sobre interculturalidad.
- Implementación de cambios en servicios para mejorar la pertinencia cultural. En Guatemala, hay servicios que implementan el parto vertical, lo cual incluye la adaptación de infraestructura, la ingesta de bebidas tradicionales y la entrega de la placenta. En Honduras se impulsan varias acciones interculturales en los servicios, como la eliminación de prácticas clínicas innecesarias no aceptadas culturalmente; garantizar el trato humanizado y con respeto; que la parterista reciba apoyo físico y emocional; que los servicios entiendan el derecho al acompañamiento durante el parto; la libertad para escoger la posición del parto; o la entrega de la placenta. Sin embargo, se desconoce el grado de avance de estas acciones, y no existen investigaciones operativas que demuestren el impacto de las adecuaciones en la mejora de la salud materna, lo cual es un reto importante en la subregión.

Entre los retos aún pendientes identificados por los países participantes, se encuentran:

- La dificultad por sostener estos procesos en el tiempo.
- La necesidad de promover el conocimiento de las mujeres indígenas para el ejercicio de sus derechos.
- Reconocimiento y dignificación de la “abuela comadrona” por el MSPAS.
- Está pendiente avanzar en estos procesos de manera más integral en toda el área de salud reproductiva (temas como cáncer, violencia contra la mujer, etc.)
- Falta desarrollar propuestas sobre salud neonatal y prevención de embarazo adolescente que incorporen un enfoque intercultural en profundidad.
- Es necesario seguir con los diálogos participativos entre los actores, desde el momento de la planificación hasta la evaluación, e incorporar propuestas elaboradas desde la comunidad.
- Impulsar la implementación de las normas desarrolladas y desarrollar guías de trabajo para la temática que se acompañen de un modelo de sensibilización al personal de salud.
- Diseñar campañas de información, educación y comunicación para proveedores de servicios a fin de ofrecerles una guía sobre el tema de interculturalidad.
- Continuar con la adaptación de los servicios de salud consultando permanentemente a la población.
- Medir los avances y el grado de cumplimiento de lo normado incluyendo la medición de la satisfacción de las usuarias y la calidad de los servicios.
- Redefinir los perfiles del recurso humano desde su formación. Incorporar un enfoque intercultural y de derechos en las escuelas que forman los recursos humanos a nivel básico, incluyendo auxiliares de enfermería y personal médico.

- Trabajar por la articulación de los dos sistemas de atención: el bio-médico y el tradicional.
- Mejorar el sistema de información que permita conocer de forma real la situación del proceso (datos desagregados por pueblos).

Panamá no dispone de una norma de atención que incluya un enfoque intercultural como tal. Sin embargo, existen importantes iniciativas a nivel local para mejorar la pertinencia cultural de los servicios, y una iniciativa pionera es la del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, en David (Oriente Chiricano), el cual sirve zonas con población indígena y áreas rurales de difícil acceso. Allí el principal problema encontrado es la dificultad en la cuarta demora (en recibir el tratamiento médico adecuado), pues la población se encuentra muy dispersa. Las parteras tradicionales que atienden a la población no son muchas, pues la población indígena también es reducida. Hacia el 2004 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) empezó a trabajar en la región (en especial en la comarca Ngöbé Buglé) para que el personal de salud formal vaya a las comunidades, realice promoción y se logre incrementar el número de partos institucionales. Para superar barreras de acceso para los controles prenatales UNFPA ha organizado un sistema de transporte que con ambulancias recoge a las mujeres embarazadas. Cuando se acerca la fecha del parto, las mujeres embarazadas son captadas por el personal de salud quienes les invitan a que acudan a la Casa de Espera o albergue, donde pueden permanecer con su pareja o familiares. También se han adaptado, validado y publicado cartillas informativas dirigidas a la comunidad para educar a población sobre salud materna y salud sexual y reproductiva (*¡Cuídate! Una Guía de Salud y Bienestar*). En el hospital se ha rotulado la cartera de servicios en el idioma nativo de la población local, y actualmente se trabaja en rotular para la población analfabeta. El parto no es de tipo vertical, pese a que existen médicos capacitados para brindar este servicio; ellos se abstienen de hacerlo porque la actual norma no lo contempla. Sin embargo, se permite que esté presente un acompañante. Esta iniciativa ha logrado reducir la tasa de mortalidad materna en comarcas y provincias que registraban tasas de mortalidad materna muy por encima del promedio nacional.

*** PANEL 5: Explorando la incorporación en el Sistema Nacional de Salud de las parteras tradicionales en la atención calificada del parto. Ventajas y retos.**

- *Georgina de la Cruz. Responsable del Componente de Medicinas Ancestrales del Subproceso de Salud Intercultural, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.*

Esta presentación tuvo por objetivo conocer la innovadora experiencia de Ecuador en regular el papel de las parteras tradicionales en la atención del parto dentro del Sistema Nacional de Salud. En los años 2009 y 2010, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador (desde el Proceso de Normatización y el Subproceso de Salud Intercultural) inició un proceso para definir una propuesta sobre el rol de las parteras tradicionales dentro del Sistema Nacional de Salud, en el marco de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Desarrollo. Se llevó a cabo un análisis para informar y orientar una futura política respecto al tema en base a los criterios recogidos sobre las experiencias de las parteras tradicionales en contextos comunitarios e institucionales. En la Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado publicada por el MSP, las parteras capacitadas y avaladas constan como parte del equipo de salud, por lo que resultaba urgente conocer el parecer de las organizaciones de la sociedad civil y los sanadores tradicionales sobre el tema.



Se llevó a cabo un proceso de consulta que utilizó una metodología participativa, convocando a diversos actores interesados para desarrollar diálogos y consensos. Entre dichos actores se encuentran parteras mestizas, indígenas y afrodescendientes de 15 provincias del país, personal clave de las Direcciones Provinciales de Salud del MSP, personal clave de la planta central del MSP, así como representantes de organizaciones sociales, indígenas y afroecuatorianas. Se utilizaron herramientas como entrevistas, grupos focales, y talleres de socialización de los hallazgos y propuestas. Además la propuesta se basó en una revisión extensa de literatura sobre experiencias nacionales e internacionales en la temática. También se partió de la experiencia contemporánea de Ecuador, donde las parteras ya se encuentran incorporadas al trabajo de muchos centros de salud formales para la atención del parto culturalmente adecuado, aunque sin que se haya llegado a definir de forma clara su rol y funciones.

Se partió de establecer diferentes ámbitos para el trabajo sanador que realizan las parteras tradicionales, entre ellos:

- ámbito comunitario, y
- ámbito institucional (tanto en relación a los Equipos Básicos de Atención Primaria, como con respecto a las Unidades Operativas).

En cada ámbito, la propuesta definió acciones o tareas que realizan, o que podrían realizar en un futuro, las parteras tradicionales. A su vez se plantearon líneas estratégicas que orientan la propuesta y que definen acciones complementarias a los roles establecidos:

- 1) Fomento de los sistemas de salud tradicionales
- 2) Fomento de la interculturalidad en ambos sistemas de salud
- 3) Promoción y apoyo de otros modelos de atención de salud intercultural.

Entre los roles tradicionalmente desarrollados por las parteras se encuentran, además de la atención de la salud materna, la curación de otros problemas de salud como el espanto o el mal aire, y roles

de liderazgo y de orientación espiritual en las comunidades a las que pertenecen. Entre los nuevos roles propuestos para ser asumidos por las parteras tradicionales en el ámbito comunitario se encuentran la investigación y rescate de saberes, y la formación activa de jóvenes en el oficio de partería.

En lo que respecta a los roles de las parteras dentro del sistema de salud formal, se identifican dos instancias: funciones a desempeñar junto a los Equipos Básicos de Salud o EBAS (brigadas de atención comunitaria), incluyendo la identificación y atención conjunta de mujeres embarazadas en la comunidad, y la consejería en salud sexual y reproductiva, salud materna y nutrición, combinando los conocimientos ancestrales y biomédicos. También se propone que las parteras actúen dentro de las unidades de salud, brindando atención conjunta y complementaria para el parto, post-parto y atención del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, contando con la presencia del personal biomédico en caso de presentarse complicaciones obstétricas. También se prevé la participación de parteras para brindar apoyo psicológico a las parturientas, apoyar en la traducción, y acompañar las labores de veeduría y control social de los servicios de salud. Los roles planteados van acompañados de acciones para fortalecer los sistemas de salud tradicionales, así como de actividades para promover el enfoque intercultural en ambos sistemas de salud.

En general, la propuesta destaca la necesidad de fortalecer los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales dentro de las comunidades, en virtud de una percepción común sobre la deslegitimación comunitaria de las parteras, profundos cambios generacionales y pérdida de identidad cultural entre los pueblos originarios del Ecuador.

Además de proponer roles para las parteras tradicionales, esta propuesta plantea lineamientos para su formación y actualización. En el documento se evita usar los términos “capacitar a los sanadores tradicionales” porque se entiende que eso implica transferir conocimientos a personas que no tienen conocimiento alguno. En su lugar se propone hablar de un *diálogo de saberes*, basado en procesos

de intercambio de conocimientos y de enseñanza-aprendizaje de doble vía entre prestadores biomédicos y sanadores tradicionales.

La propuesta también incluye una sección sobre la acreditación de parteras tradicionales, en la que se plantea el registro de parteras en cada comunidad y su aval por parte de los representantes comunitarios. Este proceso está en camino, y el MSP ha identificado cerca de 2.000 parteras a nivel nacional, después de lo cual vendrá un proceso de legitimación comunitaria en función de las modalidades de gobernabilidad interna en cada comunidad o territorio. Para el MSP, llegar a establecer un consenso sobre la forma de reconocer el saber de las parteras es un tema complejo que requiere de mucha reflexión. Actualmente el MSP está considerando la posibilidad de realizar una fase final de registro de parteras, junto con el otorgamiento de una identificación individual.

Finalmente, el Subproceso de Salud Intercultural del MSP ha identificado algunos avances y retos relacionados al ejercicio del oficio de los y las sanadoras tradicionales y su vinculación a instancias de salud formal:

- **Avances:**

- Aplicación de la Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado.
- Proceso de fortalecimiento de conocimientos de atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales.
- Referencia y contrareferencia de emergencias obstétricas y neonatales. Esto está ocurriendo de manera paulatina, en función de iniciativas locales y gracias al apoyo fundamental de los equipos de las unidades operativas y la decisión política a nivel local.
- Acompañamiento de parteras en unidades de salud donde la población lo demanda. Los resultados han permitido establecer que es clave que la comunidad demande el servicio y que no sea una imposición.

- **Retos:**

- Sistema de información: se están aplicando incipientemente las “Fichas Familiares” con enfoque intercultural. Sin embargo, su uso aún no se ha normado a nivel nacional.
- Avalar o acreditar al número de parteras legitimadas.
- Medir el impacto de su intervención.
- Demanda de reconocimiento económico para las parteras tradicionales. Es un tema planteado sobre todo por parteras que ya se encuentran inmersas en la atención dentro de un contexto hospitalario o dentro de una unidad operativa.

RESULTADOS DEL TRABAJO EN GRUPOS: RECOMENDACIONES PARA FOMENTAR ESTRATEGIAS NORMATIVAS

Los resultados de las sesiones de análisis grupal se encuentran detallados en el Anexo 4. Entre las principales conclusiones de los grupos de trabajo se destacan los siguientes puntos:



- Las normativas de atención con enfoque intercultural se encuentran enfocadas alrededor de la atención del parto y el post-parto. En el caso del embarazo, hay normativas que regulan el funcionamiento de las casas de espera o albergues maternos en el Perú. Se recomienda aplicar las lecciones aprendidas en estas experiencias, en otras áreas importantes de la salud sexual y reproductiva, igualmente importantes para asegurar una buena salud materna (como la planificación familiar, la educación en sexualidad o la prevención de ITS).
- Aunque varios países han avanzado en la formulación de normativas de atención en salud materna con pertinencia cultural, su aplicación en los servicios es incompleta,

y los sistemas de seguimiento para medir y analizar el impacto de estas normativas son aún dispersos.

- Las normativas que quieren responder a entornos multiculturales deben poder adaptarse a distintos contextos culturales, geográficos y regionales.
- Existe consenso sobre la necesidad de incluir el enfoque intercultural en los currículos de pre-grado para la formación del personal de salud, así como de crear bancos de datos y de conocimientos regionales que permitan un mayor intercambio entre instituciones de formación.
- Adicionalmente, la capacitación y sensibilización en interculturalidad debe ser continua y permanente, dada la alta rotación de personal de salud; debe conducirse tanto a nivel central (autoridades) como a nivel local (servicios) dentro de los Ministerios de Salud, y debe prever mecanismos para la participación directa de las usuarias a las que se desea llegar. La sensibilización debe incluir la comunicación y el trato interpersonal como aspectos básicos de la humanización de la atención.
- El cumplimiento de las normativas con enfoque intercultural debe ser parte de la evaluación del desempeño del personal, y deben establecerse mecanismos para sancionar en caso de incumplimiento a fin de asegurar la aplicación de las normas.
- El personal en unidades que atienden población mayoritariamente indígena debe seleccionarse tomando en cuenta sus conocimientos del idioma local.
- Se requiere voluntad política para instaurar el enfoque intercultural en las diferentes instancias de los Ministerios de Salud, de modo que todas se articulen y se apliquen armónicamente los cambios e iniciativas a todos los niveles.
- Es necesario contar con presupuestos y recursos para asegurar el funcionamiento de ciertos aspectos clave de la organización de los

servicios, como la presencia de intérpretes en servicios de salud que atienden a población de diferentes pueblos y nacionalidades. Igualmente, para lograr que el enfoque intercultural sea operativo, es también necesario dotar de mayores recursos a las unidades a cargo de salud intercultural dentro de los Ministerios de Salud.

- En el proceso de adecuación debe evitarse caer en la “folklorización” de los servicios de salud materna; para ello es necesario un proceso de verdadera internalización del enfoque intercultural entre el personal de salud, a través de la formación de pre-grado y la sensibilización constante, así como mediante la participación de los y las usuarias y organizaciones sociales en la planificación e implementación de la atención. Es clave desarrollar criterios y estándares básicos de qué supone adecuar un servicio de salud o hacerlo culturalmente pertinente.
- Las unidades de salud deben organizarse para proveer atención que se adapte a las necesidades de la población de diferentes nacionalidades en cuanto a horarios, días de atención, manejo del idioma nativo, etc.
- Se requiere realizar procesos de monitoreo y evaluación, definir y consensuar indicadores (medir avances e impacto), y garantizar espacios para la participación social en estos procesos.
- El enfoque intercultural debe acompañarse de procesos de participación, control social y veeduría. La comunidad y las organizaciones sociales deben involucrarse en el diseño, implementación y evaluación de la atención con pertinencia intercultural.
- Se requiere fomentar el reconocimiento de la medicina tradicional de diferentes pueblos y nacionalidades. Es necesario elaborar leyes secundarias que garanticen la aplicabilidad de los sistemas de salud tradicionales, y desarrollar una base de evidencia científica sobre los beneficios de los saberes tradicionales.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

A continuación se resumen las intervenciones finales de los participantes en la reunión, agrupadas por temáticas generales y por recomendaciones a las que apuntan. Los comentarios finales incluyeron la propuesta de creación de un grupo de trabajo regional que desarrolle los aportes de esta reunión, sobre todo en lo que respecta a creación de indicadores y de mecanismos para promover el cumplimiento de las normativas, que puedan ser compartidos por todos los países participantes.



* Sobre el significado del “enfoque intercultural”

- El término “enfoque intercultural”, no siempre captura la magnitud de lo que implica en algunos contextos. No se trata de un mero enfoque, o de un añadido a un sistema sanitario, sino de una propuesta integral de modelo de atención. Debemos repensar también el término “adecuación cultural”, dado que hemos visto que no se trata sólo de adecuar un servicio o una sala de parto (corriendo así el riesgo de promover adecuaciones de aspectos puntuales de los servicios, impulsando procesos cuasi-folkloricos). Se trata de construir una nueva realidad, un nuevo modelo y una nueva etapa de la atención en salud. Transversalizar la interculturalidad en todas las acciones sanitarias es algo que se debe hacer siempre y cuando no se entienda como algo adicional a las normas o como algo añadido, sino como algo integral y consustancial al sistema de salud.
- Se debe evitar homogeneizar: la interculturalidad en un contexto rural es diferente que la situación de interculturalidad que se genera a nivel urbano. Hay que considerar otros grupos en ámbito urbano (afros, montubios, etc.) que están invisibilizados y que necesitan un trato igualmente respetuoso con su cultura.
- Desde el punto de vista de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, la interculturalidad no sólo consiste en salvar vidas y evitar muertes maternas; tiene que ver con la Pacha Mama, la naturaleza, la economía comunitaria y familiar, para alcanzar un verdadero Sumak Kawsay (Buen Vivir). La salud materna debe abordarse desde un enfoque integral del bienestar de la mujer, su familia, su comunidad y su territorio.
- En Bolivia la promoción de la salud intercultural se comprende como parte de un proceso de descolonización. No se habla de capacitar (¿quién capacita a quién?), sino de diálogos entre saberes y epistemologías. Es necesario re-visitar estos esquemas para generar un verdadero diálogo horizontal.

* Un derecho

- El enfoque intercultural en salud debe ser visto como un derecho constitucional basado en la plurinacionalidad reconocida en las Constituciones Políticas de varios países de la región andina.
- La creación de normativas interculturales debe fundamentarse en un enfoque de la salud materna como derecho básico de los pueblos, y debe valorizar el trabajo de las parteras y otros sanadores tradicionales como líderes y agentes de cambio.

* Avances desiguales en la implementación de las normas

- Hay que intensificar los esfuerzos para implementar las políticas nacionales en las áreas y unidades de salud. A nivel nacional los avances no son iguales que a nivel local. Muchos centros de salud (a nivel local) no conocen los avances y las discusiones que se dan a nivel nacional en relación a la definición del modelo de atención. A veces el personal ni siquiera tiene las normas, y estos aspectos operativos hay que abordarlos también.
- Hay que fomentar el involucramiento de los gobiernos locales y municipales, sacarlos del enfoque partidista y clientelar, e involucrarlos en un enfoque por la vida y por la salud; pasar de un desarrollo material, a un desarrollo en pro de la dignidad humana.
- A pesar de los esfuerzos por incorporar a las comunidades en el diseño de normas, capacitación, socialización y sensibilización, hay un área clave que no se toca: las sanciones al incumplimiento de las normas. No podemos recurrir simplemente a la voluntad del personal sanitario. Se debe consolidar un equipo de este taller para que no sólo haga seguimiento, sino que proponga y lleve las ideas de cambio y reglamentación, involucrando a todos los países. Que haya un reglamento, una forma de hacer cumplir las normas. Sino seguiremos haciendo eventos y no avanzaremos en transformar las realidades en los servicios.

- Desde el punto de vista de las organizaciones de mujeres indígenas, no se está aplicando la interculturalidad en las poblaciones más aisladas. Hay avances que puede que sólo se apliquen a un 50 ó 40% de la realidad. Para las mujeres indígenas hace falta mayor conocimiento de lo que está pasando en la realidad de sus vidas.
- Sólo se puede transversalizar un enfoque, si hay una buena base, si hay un fundamento sólido en el que incidir. Hay que mantener una cierta integralidad ante el tema.

*** La participación social**

- La participación y la consulta comunitaria es clave para que los procesos de elaboración, implementación y veeduría de normas interculturales, sean eficaces. La falta de inclusión de las comunidades en el diseño de la atención conduce a la falta de uso de los servicios, y a la posible folklorización de la atención por parte de personal biomédico que no tiene en cuenta el contexto cultural de implementación del parto vertical y otras medidas.
- Las normativas deben aplicarse según contextos particulares, con la participación de socios claves en todas las etapas y en diálogo permanente.

*** La formación de recursos humanos**

- Un elemento clave para el avance de verdaderos modelos interculturales de atención a la salud materna es el desarrollo de habilidades sociales y la modificación de las actitudes del personal de salud al tratar con los y las usuarias. En las universidades se forma y deforma a los profesionales de la salud, y sensibilizar a personal que ya estudió es más difícil. Es importante dotar a los profesionales desde el pre-grado de los elementos necesarios para trabajar en contextos multiculturales, así como diseñar diplomados y postgrados sobre el tema.
- Los procesos de capacitación deben ser bi-direccionales: coordinar procesos entre parteras, sociólogos y personal biomédico, entre otros, en los que todos aprenden de todos.

* **Indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención intercultural**

- Si bien se está avanzando en obtener datos de las medicinas tradicionales, un reto que persiste es el de producir evidencia sobre el cambio institucional y sus beneficios. Ésta es una tarea central.
- Hay dificultades a muchos niveles en generar y usar indicadores de proceso, resultado e impacto. Una clara recomendación fue establecer un equipo que trabaje propuestas de indicadores, su monitoreo y su socialización y estandarización entre países. Tal iniciativa tendría un gran valor agregado en la región andina.
- Sobre el desarrollo de indicadores, hay que tomar en cuenta que el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y su Comisión de Salud Intercultural, viene haciendo un trabajo conceptual y metodológico para el desarrollo de indicadores de salud intercultural. Hay avances hechos a nivel regional que deben ser compartidos y enriquecidos entre todos los países, para evitar duplicar esfuerzos.
- En general existe una falta de adecuación de los sistemas de medición e información de los Ministerios de Salud para registrar datos relativos a prácticas tradicionales de atención a la salud, como el número de prestaciones por proveedores tradicionales o el número de prestadores, por ejemplo.
- No se trata sólo de contar con la información, sino de visualizar el trabajo real que desempeña el sistema de salud tradicional y sus sanadores.

* **El rol de los y las proveedores tradicionales de salud**

- En Bolivia la remuneración a agentes tradicionales no está operativizada desde el Ministerio de Salud y Deportes; en determinados lugares ha sido posible hacerlo con fondos gestionados desde el municipio. En Ecuador las experiencias de remuneración a parteras tradicionales tam-

bién han dependido de municipios y entidades diferentes al Ministerio. En los países existen reglamentos que impiden utilizar fondos Estatales con el fin de remunerar a sanadores tradicionales.

- En opinión de organizaciones indígenas como la CONAIE, las parteras no deberían ir a los hospitales a acompañar a las mujeres que les han solicitado asistencia, sin recibir un apoyo para su comida o su pasaje. Las parteras tienen que trabajar en la comunidad y su rol debería ser reconocido económicamente por el Ministerio de Salud Pública. Los médicos tienen su sueldo pero las parteras no. Pese a que en Ecuador la acreditación y reconocimiento de parteras son procesos fuertemente demandados por organizaciones ciudadanas, aún constituye un asunto en proceso de definición por parte del Ministerio.
- El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha realizado esfuerzos para definir el rol de las parteras tradicionales dentro del Sistema Nacional de Salud, mediante un proceso participativo y consensuado con diversos actores. El trabajo con las parteras es muy importante, pero hay una tarea fundamental a realizar como organizaciones indígenas y desde el mismo Ministerio de Salud: el proceso de legitimización comunitaria de las parteras. Es un proceso complejo: una vez identificados los y las agentes de salud sanadores, el reto es estandarizar el proceso de legitimización comunitaria. Para ello, es necesario conceptualizar ciertos términos, determinar perfiles y comprometernos a reconocer perfiles; no se puede acreditar a parteras con poca experiencia. Se debe tener la posibilidad de establecer que, de las 2.200 parteras identificadas, el X% es registrada porque cumple unos requisitos determinados. Sin este paso previo es difícil que el Estado pueda remunerar su labor.

ACUERDOS

1. Creación de una **Comisión de Trabajo Regional** para:
 - a) Desarrollar participativamente una propuesta de indicadores y estándares mínimos básicos para el monitoreo de los servicios de salud materna con enfoque intercultural.
 - b) Generar recomendaciones sobre mecanismos regionales para el seguimiento y monitoreo del uso de estos indicadores y el cumplimiento de los estándares mínimos.
 - c) Compartir las recomendaciones generadas en esta reunión técnica, con el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), su Comisión de Salud Intercultural y otras Comisiones relevantes del ORAS, para consideración de la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina (REMSAA).

2. Creación de **plataforma virtual de conocimientos**:
 - a) Difundir las presentaciones, la relatoría y los acuerdos generados en esta reunión técnica, entre los y las participantes, y con organismos regionales (cooperación técnica, instituciones académicas y de investigación, etc.).
 - b) Recopilar y divulgar las distintas herramientas disponibles sobre normas y modelos de salud materna e interculturalidad, en un portal de Internet y activar una lista de distribución electrónica regional.

- c) Crear un espacio en Internet para profundizar y dar continuidad al diálogo e intercambio regional y Sur-Sur iniciado en el marco de esta reunión técnica.
3. Documentar la **eficacia de distintos modelos**: A partir de los indicadores actualmente disponibles, sistematizar experiencias de adecuación de servicios de salud materna con enfoque intercultural en cada país. Centrar la evaluación de los distintos modelos en su resultado, con el objetivo de documentar y generar evidencia de su impacto en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas.
4. Fortalecer la **capacidad de veeduría de las organizaciones indígenas de mujeres en salud materna**:
- a) Desarrollar y validar herramientas y metodologías regionales para fortalecer la capacidad de las organizaciones de mujeres indígenas, de dar seguimiento al cumplimiento de las normas en los servicios de salud materna culturalmente pertinentes. Involucrar a las organizaciones indígenas de Centroamérica en este proceso.
 - b) Visualizar y promover la toma de consciencia a nivel local, del problema de la muerte materna. Llevar a cabo procesos de diálogo con las autoridades municipales y contribuir a fomentar su compromiso en la defensa de la salud materna como un derecho humano de las mujeres.
 - c) Incrementar los esfuerzos de veeduría social hacia la aplicación de las políticas y normas nacionales al nivel local (a nivel de comunidad y de establecimiento de salud).
5. Abordar el rol de las **parteras tradicionales**: Incorporar una línea de trabajo para abordar y reconocer el rol que tienen las parteras tradicionales y otros agentes tradicionales de salud en la prestación de servicios de salud materna, y su vinculación con los sistemas nacionales de salud.

ANEXOS

ANEXO 1 - AGENDA

- **TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA**

Swissôtel QUITO

Avenida 12 de Octubre 1820 y Cordero

Quito, Ecuador - Tel: (593-2) 2567600

Jueves 23 de septiembre

8h30 **Registro de participantes**

9h00 **Inauguración**

- Dr. Xavier Solórzano Salazar, Subsecretario de Extensión de la Protección Social en Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Dra. Myriam Conejo, Subproceso de Medicina Intercultural del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- José Luis Baixeras: Responsable de Programas, AECID/Ecuador.
- Dr. Jorge Parra, Representante de UNFPA/Ecuador.
- Martha Murdock, Directora Regional de Family Care International (FCI).

Andrea Pichasaca, maestra de ceremonia

9h20 Objetivos de la reunión

- Elizabeth Nuñez, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Cristina Puig, FCI.

9h30 Presentación de los y las participantes

10h00 Salud materna en la región andina entre población indígena. Barreras socio- culturales al acceso a la planificación familiar, a la atención calificada del parto y a cuidados obstétricos de emergencia

- Dr. Jorge Parra, Representante de UNFPA/Ecuador.

Objetivos de la sesión:

Presentar un breve diagnóstico de las barreras socio-culturales que afectan el acceso de las mujeres indígenas a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, y en particular de salud materna; y enmarcar la reunión en el cumplimiento de las Recomendaciones de Foro Permanente de Pueblos Indígenas, la Declaración de Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas, el Programa de Acción de El Cairo (Par. 6.25), los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de Quito.

10h20 Incorporación del enfoque intercultural en las normas de salud materna: hallazgos de una sistematización regional andina

- Marcos Paz, FCI/Bolivia.

Objetivos de la sesión:

Presentar un resumen del desarrollo normativo relativo a la adecuación cultural de los servicios de salud materna de Bolivia, Perú y Ecuador en los últimos 15 años.

10h45 Receso/Café

11h00 PANEL 1: La aplicación de las normas de salud materna desde un enfoque intercultural. Retos y oportunidades. Moderador: Daniel González/HCI

- Dr. Henry Flores, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.
- Obs. Jeannine Crespo, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivos de la sesión:

Conocer los retos y oportunidades identificados por los Ministerios de Salud, en los procesos de desarrollo, aplicación y operativización de las normas relativas a la adecuación cultural de los servicios de salud materna en Bolivia y Ecuador. Identificar experiencias normativas que han tenido un impacto en la mejora de la salud materna.

12h30 Preguntas, respuestas y discusión

13h00 Receso – Almuerzo

15h00 PANEL 2: Vigilancia y diálogo social para el cumplimiento de las normas. El papel de las organizaciones de mujeres indígenas en la demanda y exigibilidad de derechos. Moderadora: Alexia Escobar/FCI Bolivia

- Mariana Guasania, Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB).
- Gregoria Reyna Ballejos, Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia “Bartolina Sisa”.
- Clelia Rivero, Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP).
- Norma Mayo, Confederación Nacional de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) y Enlace Continental de Mujeres Indígenas (Eje Sur).

Objetivos de la sesión:

Conocer la valoración de las mujeres indígenas de los servicios de salud materna culturalmente adecuados, y conocer sus necesidades y expectativas.

16h00 Receso/Café

**16h15 Trabajo en grupos: A partir de los retos, experiencias exitosas y necesidades identificadas: ¿hacia dónde apuntamos?
Recomendaciones para la revisión y aplicación de la normativa**

17h30 Presentación en plenaria del trabajo en grupos

18h00 Resumen del día y anuncios

- Elizabeth Núñez, Ministerio de Salud Pública.
- Lily Rodríguez, UNFPA/Ecuador.
- Cristina Puig, FCI.

19:h00 Programa especial: Presentación de los libros del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y UNFPA:

- Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la Reconstitución del Sumak Kawsay – Buen Vivir, y
- Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo.

Lugar: Centro de Arte, Antiguo Hospital Militar. Quito.

Viernes 24 de septiembre

8h30 PANEL 3: Indicadores para medir avances en la adecuación intercultural de los servicios de salud materna. Moderador: Dr. Victor Arauz, OPS/Ecuador

- Dr. Alberto Pucuna, Dirección Provincial de Salud de Chimborazo, Ecuador.
- Alberto Camaqui Mendoza, Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.
- Dr. Neptalí Cueva, experto en interculturalidad. UNFPA/Perú.

Objetivos de la sesión:

Conocer los indicadores desarrollados hasta la fecha por las autoridades de salud intercultural para el seguimiento de los procesos de adecuación intercultural de los servicios de salud materna; identificar vacíos y áreas en que es necesario el desarrollo de nuevos indicadores para medir progreso e impacto.

10h00 PANEL 4: Aportes desde Centroamérica: necesidades, experiencias y avances en el desarrollo normativo para la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva. Moderadora: Flor María Matute, UNFPA/Honduras

- Lourdes Xitumul, Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- Dra. Claudia Quiroz, Secretariado de la Estrategia Nacional RAMNI. Honduras.
- Dra. Mariela Castellón de González, Jefa del Departamento de Gineco-obstetricia, Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldia. Panamá.

Objetivos de la sesión:

Obtener una perspectiva general del desarrollo normativo hasta la fecha en materia de salud sexual y reproductiva e interculturalidad, y las necesidades al respecto identificadas.

11h00 Receso/Café

11h15 Explorando la incorporación en el Sistema Nacional de Salud de las parteras tradicionales en la atención calificada del parto. Ventajas y retos. Moderadora: Dra. Belén Nieto, Ministerio de Salud Pública/Ecuador

- Georgina de la Cruz. Responsable del Componente de Medicinas Ancestrales del Subproceso de Salud Intercultural, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivos de la sesión:

Conocer la innovadora experiencia de Ecuador en regular el papel de las parteras tradicionales en la atención del parto.

11h45 Preguntas, respuestas y diálogo para la formulación de recomendaciones. Moderador: Marcos Paz, FCI/Bolivia

13h00 Receso – Almuerzo

14h30 Diálogo abierto: conclusiones y recomendaciones

15h45 Receso/Café

16h00 Clausura y cierre

- Dra. María del Carmen Laspina, Directora General de Salud.

ANEXO 2 - LISTA DE PARTICIPANTES

| | NOMBRE | APELLIDO | PAÍS | INSTITUCIÓN / CARGO |
|----|-------------|-----------------|----------------|---|
| 1 | Alexia | Escobar | Bolivia | Coordinadora Nacional, FCI / Bolivia |
| 2 | Cándido | Muruchi Vidal | Bolivia | Director del Servicio Departamental de Salud de la Gobernación de Cochabamba |
| 3 | Henry | Flores | Bolivia | Jefe de la Unidad de Servicio de Salud y Calidad de Atención del Ministerio de Salud y Deportes |
| 4 | Wilfredo | Tancara | Bolivia | Responsable de Interculturalidad, Salud y Medicina Tradicional de la Gobernación de La Paz |
| 5 | Mariana | Guasania | Bolivia | Secretaria de Género de la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB) |
| 6 | Gregoria | Reyna Ballejos | Bolivia | Secretaria de Relaciones Internacionales de la Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia "Bartolina Sisa" |
| 7 | Marcos | Paz | Bolivia | Consultor de FCI/Bolivia |
| 8 | Mónica | Yaksic | Bolivia | Oficial Nacional del Programa en Género y Educación de UNFPA Bolivia |
| 9 | Alberto | Camaqui Mendoza | Bolivia | Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Ministerio de Salud y Deportes |
| 10 | Norma | Mayo | Ecuador | Secretaria de la Mujer y Familia de la Confederación Nacional de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) |
| 11 | Delia María | Caguana | Ecuador | Confederación Nacional de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) |

| | NOMBRE | APELLIDO | PAÍS | INSTITUCIÓN / CARGO |
|----|------------|------------|----------------------------|---|
| 12 | Maritza | Segura | Ecuador | Coordinadora Nacional, FCI/Ecuador |
| 13 | Washington | Estrella | Ecuador | Director de Normatización - Ministerio de Salud Pública del Ecuador |
| 14 | Sonia | Jinde | Ecuador | FCI/Ecuador |
| 15 | Daniel | González | Ecuador | Health Care Improvement/Ecuador |
| 16 | Mario | Chávez | Ecuador | Health Care Improvement/Ecuador |
| 17 | Belén | Nieto | Ecuador | Ministerio de Salud Pública |
| 18 | Andrea | Pichasaca | Ecuador | Ministerio de Salud Pública |
| 19 | Victor | Arauz | Ecuador | OPS/Ecuador |
| 20 | Elizabeth | Nuñez | Ecuador | Subproceso de Medicina Intercultural del Ministerio de Salud Pública |
| 21 | Dayuma | Albán | Ecuador | UNFPA Ecuador |
| 22 | Pilar | De Carbo | Ecuador | UNFPA Ecuador |
| 23 | Patricio | Inca | Ecuador | UNFPA Ecuador |
| 24 | Myriam | Conejo | Ecuador | Coordinadora del Subproceso de Medicina Intercultural del Ministerio de Salud Pública |
| 25 | Carmen | Laspina | Ecuador | Directora General de Salud, Ministerio de Salud Pública |
| 26 | Georgina | De La Cruz | Ecuador | Ministerio de Salud Pública |
| 27 | Paula | Hermida | Ecuador | RELATORA - FCI |
| 28 | Jorge | Parra | Ecuador | Representante de UNFPA Ecuador |
| 29 | Lily | Rodríguez | Ecuador | Representante Auxiliar de UNFPA Ecuador |
| 30 | Mario | Vergara | Ecuador | Representante Auxiliar de UNFPA Ecuador |
| 31 | Guido | Romero | Ecuador/ Manabí | Coordinador Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |



| | NOMBRE | APELLIDO | PAÍS | INSTITUCIÓN / CARGO |
|----|------------|--------------|--------------------------------|---|
| 32 | Alicia | Chela | Ecuador/ Bolívar | Coordinadora Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 33 | Eugenia | Taco | Ecuador/ Bolívar | Coordinadora Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 34 | Rosa Elena | De Costales | Ecuador/ Chimborazo | Coordinadora Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 35 | Petrona | Guamán | Ecuador/ Chimborazo | Responsable de Salud Intercultural, Dirección Provincial de Salud |
| 36 | Audrey | García | Ecuador/ Cotacachi | Jefa de Área 3 |
| 37 | Guillermo | Estupiñan | Ecuador/ Esmeraldas | Coordinador Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 38 | Janine | Bone | Ecuador/ Esmeraldas | Responsable de Salud Intercultural, Dirección Provincial de Salud |
| 39 | Yu | Ling Reascos | Ecuador/ Imbabura | Directora Provincial de Salud |
| 40 | Miltón | Jaramillo | Ecuador/ Imbabura | Coordinador Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 41 | Mercedes | Muenala | Ecuador/ Imbabura | Responsable de Salud Intercultural, Dirección Provincial de Salud |
| 42 | Magdalia | Hermosa | Ecuador/ Otavallo | Jefa de Área 4 |
| 43 | Freddy | Ayluardo | Ecuador/ Sucumbíos | Coordinador Implantación de la Norma, Dirección Provincial de Salud |
| 44 | Elizabeth | Moreno | Ecuador/ Sucumbíos | Responsable de Salud Intercultural, Dirección Provincial de Salud |
| 45 | Hilda | Rivas | Guatemala | Asesora del proyecto de Reducción de Mortalidad Materna, UNFPA Guatemala |
| 46 | Lourdes | Xitumul | Guatemala | Coordinadora de la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |

| | NOMBRE | APELLIDO | PAÍS | INSTITUCIÓN / CARGO |
|----|------------|---------------|------------------|---|
| 47 | Almeda | Aguilar | Guatemala | Coordinadora del proceso de capacitación de comadronas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |
| 48 | María | Calam | Guatemala | Programa de Medicina Tradicional y Alternativa |
| 49 | Alejandro | Silva | Guatemala | Representante Auxiliar de UNFPA Guatemala |
| 50 | Claudia | Quiroz | Honduras | Secretariado de la Estrategia Nacional Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez" (RAMNI). Secretaria de Salud, Honduras |
| 51 | Flor María | Matute | Honduras | Gerente del Subprograma de Salud Reproductiva, UNFPA Honduras. |
| 52 | Ruth | De León | Panamá | Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud |
| 53 | Mariela | González | Panamá | Jefa del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. Ministerio de Salud |
| 54 | Vilma | Pariona | Perú | Chirapaq, Centro de Culturas Indígenas del Perú |
| 55 | Clelia | Rivero Regina | Perú | Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP) |
| 56 | Neptalí | Cueva | Perú | Consultor, UNFPA Perú |
| 57 | Martha | Murdock | Regional | Family Care International / Directora de Programas para América Latina y el Caribe |
| 58 | Cristina | Puig | Regional | Family Care International / Programa para América Latina y el Caribe |

ANEXO 3 - GUÍA DEL TRABAJO EN GRUPOS

- **Reunión técnica: TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA**

Pregunta orientadora: ¿Qué se requiere para tener un servicio de salud intercultural?

Grupos de trabajo:

1. EMBARAZO. Facilitadores: Marcos Paz y Janine Crespo

- Cuidados durante el embarazo, incluida la atención prenatal.
- Factores asociados al acceso a información adecuada y a los servicios.
- Violencia durante el embarazo.
- Preparación para el parto (incluidas las casas de espera maternas).

2. PARTO, POSPARTO y CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO. Facilitadoras: Lyli Rodríguez y Magdalia Hermosa

- Acceso a servicios de emergencia obstétrica.
- Infraestructura de los servicios de salud.
- Acceso a medicamentos y a sangre.
- Trato humanizado (incluso consejería en los servicios).
- Servicios de consejería en la atención post-parto y en el cuidado del recién nacido.

3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Facilitadoras: Eugenia Taco y Alexia Escobar

- Insumos anticonceptivos.
- Consejería y acceso a servicios.
- Aborto inseguro.
- Embarazo adolescente no deseado.
- ITS y cáncer cérvico-uterino.

Matriz de trabajo:

| | |
|---|--|
| <p>¿Qué tenemos en las normas de salud materna de nuestros países para asegurar un servicio de salud con enfoque intercultural?</p> | |
| <p>¿Cuáles son los mecanismos para avanzar en la aplicación de las normas con enfoque intercultural?</p> | |
| <p>Recomendaciones prioritarias para asegurar su aplicación.</p> | |

ANEXO 4 - RESULTADOS DEL TRABAJO EN GRUPOS

- ¿Qué se requiere para tener un servicio de salud intercultural?

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|--|--|--|--|
| <p>¿Qué tenemos en las normas de salud materna de nuestros países para asegurar un servicio de salud con enfoque intercultural?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Todos los países tienen normas maternas y neonatales. • Ecuador: Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal; Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. • Las normativas están direccionadas a la atención del parto y en muchos casos no se aplican. • El Plan de Parto es poco aplicado por el personal de salud en Bolivia. Actualmente se está desarrollando una nueva propuesta para mejorar su aplicación. | <p>Perú: Existe una norma que regula el funcionamiento de las casas de espera, y otra que regula la atención del parto vertical con adecuación cultural. Ambas normas apuntan a brindar atención del parto institucional por personal calificado, respetando la posición de parto y las costumbres de las usuarias (infusiones, mates, acompañamiento de la partera o esposo, etc.) Actualmente se trabaja para redefinir el funcionamiento de las casas de espera, con la participación de la ciudadanía y de autoridades locales en su diseño, para así poder asegurar su sostenibilidad.</p> <p>Ecuador: Existe la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. No solamente se trata de adoptar la posición vertical, sino de ofrecer atención culturalmente pertinente en libre posición. Aún falta</p> | <p>Guatemala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los métodos anticonceptivos están disponibles. • Hay dificultades en el acceso a servicios. • La consejería en métodos anticonceptivos debe estar adaptada a los contextos culturales de cada país. • Hay que mejorar la calidad de la oferta. • Se están realizando investigaciones sobre cómo se planifica la familia con medicina tradicional; la norma se elaborará en coordinación con las organizaciones indígenas. • Consejería en su contexto y en su idioma. • Coordinando y trabajando con las parteras como consejeras. <p>Bolivia: • Hay conocimiento sobre medicina tradicional para espaciar nacimientos.</p> |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|-----------|----------|---|---|
| | | <p>entender mejor las distintas culturas, su espiritualidad, su cosmogonía. Hay choques en las unidades operativas porque los profesionales no tienen el enfoque de enseñanza-aprendizaje intercultural. Hay un vacío profundo de entender al “otro”.</p> <p>Bolivia: En el 2002 se lanzó el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI), que prescribe adecuar culturalmente y respetar los usos y costumbres en todos los servicios de salud materno-infantil. Esto se fortalece con la nueva Constitución y con la Ley de Autonomías, la cual fortalece ciertas competencias de autonomías indígenas. Ha sido difícil trabajar más normativas por cambios constantes de Viceministros. Sin embargo, con las organizaciones se ha avanzado en cuestionar los enfoques biomédicos, y algunos conceptos occidentales.</p> <p>Centroamérica: Existen iniciativas para mejorar la pertinencia cultural de los servicios, como las casas de albergue para población</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones sociales deben participar en el diseño de los programas y políticas de salud. • Los métodos no se pueden imponer; se tiene que responder a las necesidades de cada persona. • Hay que ponerse de acuerdo en la pareja. • Planificar cada cuánto nos vamos a embarazar es un derecho. • No hay consejería en el idioma de las usuarias de los servicios. • No hay servicios de salud suficientes. • Tiene que haber la misma atención para mujeres del campo o la ciudad, exigimos los mismos derechos e igualdad. <p>Perú:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivimos la experiencia de la esterilización forzada. • No se ha respetado los derechos de las usuarias de los servicios. • Trabajo en salud sexual y reproductiva desde la educación, para trabajo con adolescentes. |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|-----------|----------|--|---|
| | | <p>indígena (Panamá), la adecuación cultural como parte de la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (Honduras), y avances en la normativa, como la incorporación del parto vertical y el uso de ciertas plantas medicinales (Guatemala). Aquí se piensa hacer un addendum a la norma para incorporar aspectos como la atención en el idioma materno, acompañamiento, respeto a la cosmovisión de cada pueblo, etc.</p> <p>En general, se desarrollan acciones con enfoque intercultural, pero no están incorporadas aún en una normativa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la detección del cáncer de cuello del útero (las pruebas se pierden). <p>Ecuador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las normas aseguran que haya una buena consejería sobre ventajas y desventajas de cada método. • Hay miedo y vergüenza de hablar de métodos anticonceptivos. • Se planifica según las posibilidades que tiene cada familia. • Parteras no son valoradas en sus conocimientos para espaciar la familia y no se respeta la propiedad intelectual. • Valoración de ambas medicinas. • Se ha logrado asegurar la provisión de los servicios, incluso están disponibles métodos definitivos. • Debilidad en consejería. • Se trabaja de manera coordinada con parteras y parejas. • Equipos EBAS (brigadas) van con promotor o con la partera para llegar a las comunidades más aisladas. • Hay actualización de normas adecuadas culturalmente. |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|---|--|--|------------------------|
| <p>¿Cuáles son los mecanismos para avanzar en la aplicación de las normas con enfoque intercultural?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización del personal del Ministerio de Salud Pública (MSP), a nivel central y nivel local. • Incorporación de interculturalidad en los currículos de pre-grado. Promover residencias en salud familiar, comunitaria e intercultural, como en el caso de Bolivia. • Proceso de capacitación, certificación y aval de las parteras tradicionales por parte del MSP. • Acordar la instauración del enfoque intercultural en las diferentes instancias de los Ministerios de Salud, para que todas ellas se articulen y acepten los cambios e iniciativas. • Reforma laboral para medir la calidad de la atención, no la cantidad. Mejorar la consulta externa, hacerla más acogedora y cálida. • Marcos legales en la contratación y evaluación del personal de salud, para asegurar que se cumple la aplicación de las normativas, tomando medidas en caso de incumplimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de un claro marco técnico (normas, guías y protocolos). • Supervisiones y seguimientos para el componente intercultural en la atención. • Desarrollar indicadores para el monitoreo. • Participación de las organizaciones sociales e indígenas para la vigilancia y veeduría de la aplicación de las normas. • Es importante identificar a los socios claves a nivel comunitario, consultarles para identificar necesidades, e involucrarlos en la validación de los servicios. • Normativas deben enfocarse en el ejercicio de derechos. • Sensibilización permanente al personal de salud (personal rotativo). • El cumplimiento de la norma debería entrar en la calificación del desempeño del personal. Para garantizar la aplicabilidad se deben establecer sanciones por incumplimiento. | |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|-----------|---|--|------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Selección del personal de salud en base a parámetros socio-culturales, como el conocimiento del idioma de la población a la que se atenderá. • Promover la permanencia del personal en las unidades, evitando rotación innecesaria. • Instaurar incentivos para que las mujeres acudan a recibir atención prenatal, como las bolsas semáforo en Panamá. • Promover que el personal de salud acuda a la comunidad a realizar los controles prenatales (Ecuador) • Abogacía a nivel central para mejorar presupuestos y recursos para acciones clave, como la presencia de intérpretes en unidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política de las autoridades de salud para la aplicación de normas. • Asignación de recursos. • Organización de servicios (mucha inversión en desarrollar normas, pero poca organización de los servicios). • Hay que considerar las características locales y regionales para poder aplicar flexiblemente la normativa. Hay países donde se emiten las normas y se cumple en todo el país, en otros países se puede adecuar a cada región. • También se deben tomar en cuenta las diferentes estructuras administrativas y organizativas de cada localidad. • Capacitación de recursos humanos (nuevas modalidades, nuevos mecanismos, sensibilización permanente del personal, integrar en las mallas curriculares de las universidades). • Recuperación de la medicina tradicional, investigación de medicinas tradicionales y su validez científica junto con los sanadores tradicionales. Protección de la propiedad intelectual. | |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|--|--|--|--|
| <p>Recomendaciones prioritarias para asegurar su aplicación</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización del personal del Ministerio de Salud Pública (MSP), a nivel central y nivel local. • Incorporación de interculturalidad en los currículos de pre-grado. Promover residencias en salud familiar, comunitaria e intercultural, como en el caso de Bolivia. • Proceso de capacitación, certificación y aval de las parteras tradicionales por parte del MSP. • Acordar la instauración del enfoque intercultural en las diferentes instancias de los Ministerios de Salud, para que todas ellas se articulen y acepten los cambios e iniciativas. • Reforma laboral para medir la calidad de la atención, no la cantidad. Mejorar la consulta externa, hacerla más acogedora y cálida. • Marcos legales en la contratación y evaluación del personal de salud, para asegurar que se cumple la aplicación de las normativas, tomando medidas en caso de incumplimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Debe evitarse la folklorización de la atención intercultural mediante una verdadera interiorización del respeto hacia la diversidad cultural por parte del personal de salud, así como mediante diagnósticos participativos para planificar los servicios. • Desarrollo de recursos humano: Este vacío profundo debe abordarse desde la formación del personal médico en las universidades. Debe haber una política desde los Ministerios de Salud para que se incluya en la malla curricular este aspecto. Impulsar centros de capacitación especializados. Sensibilización permanente del personal, que incluya el trato y la comunicación interpersonal son parte clave de la interculturalidad. Participación de las parteras y sanadores como instructores de saberes y dentro de un intercambio de conocimientos. • Adaptabilidad de la normativa: las normas no deben generalizar forzosamente, sino ser adaptables a contextos particulares y geográficos. | <ul style="list-style-type: none"> • El diálogo es la base de comunicación para mejorar la relación entre usuarios y proveedores de salud. • Para que exista un diálogo intercultural debe haber un reconocimiento de que tanto la medicina tradicional como la occidental tienen saberes válidos y tenemos que entendernos. • El trabajo con los hombres es clave, y también el trabajo con adolescentes y padres en esta temática. • Se requiere capacitación y sensibilización de los proveedores sobre las nuevas disposiciones (Constitución Política, normas, etc.) • Formación de los profesionales desde el pre-grado. • Consejería en idiomas nativos desde ambos enfoques. |

| Preguntas | Embarazo | Parto, Puerperio, Recién Nacido | Planificación Familiar |
|-----------|--|--|------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Selección del personal de salud en base a parámetros socio-culturales, como el conocimiento del idioma de la población a la que se atenderá. • Promover la permanencia del personal en las unidades, evitando rotación innecesaria. • Instaurar incentivos para que las mujeres acudan a recibir atención prenatal, como las bolsas semáforo en Panamá. • Promover que el personal de salud acuda a la comunidad a realizar los controles prenatales (Ecuador). • Abogacía a nivel central para mejorar presupuestos y recursos para acciones clave, como la presencia de intérpretes en unidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y monitoreo en relación a: desempeño de los recursos humanos (incentivos y supervisión); definición de indicadores (medir avances e impacto). • Participación, control social y veeduría: comunidad participando, proponiendo, monitoreando y evaluando. Es muy importante que las propuestas estén presididas por las organizaciones indígenas, pueblos y nacionalidades. El trabajo debe realizarse partiendo del punto de vista de los y las usuarias y su diversidad. Se requieren consensos y acuerdos previos entre beneficiarios y autoridades para implementar servicios interculturales exitosos. • Aún no existe reconocimiento hacia las medicinas ancestrales en la operatividad. Es necesario elaborar una ley secundaria que garantice la aplicabilidad de los sistemas de salud tradicionales. | |

El encuentro se enmarcó dentro del proyecto regional “Construcción de base de conocimientos y análisis de modelos de adecuación cultural de los servicios nacionales y regional andino con enfoque en necesidades y prioridades de las mujeres indígenas” (RLA6R22A), implementado con el apoyo técnico y financiero de UNFPA y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco de la iniciativa Mujer Indígena: Salud y Derechos (Eje 3).

