

# EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA DE BOLIVIA

1994-2009

Informe provisional

La Paz, mayo de 2010

Con el apoyo de:



## PRESENTACIÓN:

El documento que tiene en sus manos ha sido encargado por Family Care International (FCI), en el marco del proyecto *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)*, que FCI implementa con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Con estos resultados y otras acciones el proyecto busca apoyar la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, impulsado por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y, en particular, su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud.

Para el proyecto, FCI ha formulado un marco conceptual y metodológico con el que se ha procedido a identificar y analizar un conjunto significativo de normas y disposiciones existentes relacionadas con los servicios de salud sexual y salud reproductiva, especialmente en el área de la salud materna, desde una perspectiva intercultural. El objetivo del mapeo es analizar y sistematizar cómo las normas de salud materna en Bolivia articulan el enfoque intercultural a nivel de los servicios.

Los puntos de vista expresados en esta publicación son de responsabilidad del autor y no necesariamente reflejan los del Fondo de Población de las Naciones Unidas y los de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Esta es una versión preliminar y no definitiva del informe del mapeo, y se ruega no circularla. Para mayor información o comentarios, favor escribir a Family Care International (FCI) en [lac@fcimail.org](mailto:lac@fcimail.org).

Family Care International (FCI)  
Programas, América Latina y el Caribe  
<http://www.familycareintl.org/es/home>



# MODELOS NORMATIVOS DE ADAPTACIÓN CULTURAL DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA EN BOLIVIA: SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS

Marcos Paz, Mayo 2010

## Contenido

1	Introducción.....	5
2	Universalización de la atención.....	11
3	Calificación de los servicios de salud.....	21
4	Disminución de las brechas en salud de las poblaciones indígenas.....	29
5	Fortalecimiento de la medicina tradicional.....	48
6	Reflexiones finales.....	59

## **Visión de Estado**

***“Un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respeto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra; en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos” (Constitución Política del Estado).***

BORRADOR

# 1 Introducción

Este documento constituye un ejercicio de sistematización y análisis de la normativa boliviana actual, emitida desde 1994, y de sus perspectivas de ajuste e implementación en el corto y mediano plazo. Sobre la base de un primer esfuerzo analítico de las normas, también se arriesgan algunas ideas fundamentadas en la documentación disponible, que podrían servir para generar iniciativas de asistencia técnica y profundización de los instrumentos de regulación favorables a la construcción de un sistema de salud más y mejor comprometido con las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva en general y con la salud materna en particular.

Se pone especial énfasis en las construcciones normativas que incorporan la preocupación sobre la situación de las poblaciones indígenas y originarias, parcial o totalmente excluidas de los programas y servicios de salud, buscando un diálogo respetuoso y mutuamente beneficioso entre los diversos sistemas médicos.

Las normas sanitarias, dirigidas a establecer o afirmar buenas prácticas del personal de salud en el quehacer de los servicios de salud, responden a ciertos objetivos que han sido identificados por las autoridades como aspiraciones institucionales, a las que deben corresponder modelos ideales de comportamientos concretos, tomando los recaudos necesarios para convertirlos en prácticas regulares, mediante la socialización de los fundamentos científicos y, en su caso, la exigencia de la conducta esperada por medio de los resortes del dominio jerárquico.

Con la evolución de los sistemas de salud, sus normas han ido cambiando aceleradamente desde percepciones rígidamente patogénicas hasta concepciones cada vez más compenetradas con el bienestar de individuos, familias y comunidades. Poco a poco, las normas de salud se van flexibilizando, desde un punto de partida biomédico, con la incorporación de nociones y recomendaciones derivadas de las nociones de promoción de la salud, continuo de la atención, ciclo de vida, interculturalidad, derechos, etc. Los objetivos de salud se han vuelto más complejos con esta paulatina introducción de conceptos e intenciones de transformación y control de sus determinantes.

De acuerdo con *The Centre for Aboriginal Health Research* las buenas prácticas en salud deben:

- *“demostrar un impacto tangible y positivo en las poblaciones e individuos a los que sirven;*
- *ser sostenibles;*
- *dar respuesta a las necesidades sanitarias de los/as usuarios/as y las comunidades, y ser relevante para las realidades ambientales y culturales;*
- *estar orientadas a los/as usuarios/as, tomando en cuenta factores de inclusión social y de género;*
- *mejorar el acceso, la coordinación y la integración de servicios;*
- *ser eficiente y flexible;*
- *demostrar liderazgo, innovación, mostrar potencial para ser replicada;*
- *identificar necesidades en materia de políticas de salud, y*
- *tener capacidad de evaluación”*<sup>1</sup>.

Cada uno de estos objetivos, que definen a las buenas prácticas de los servicios de salud, tiene definiciones operacionales y procedimientos en continuo ajuste y revisión, con el apoyo de investigaciones y el concurso de universidades y asociaciones profesionales.

Muchas veces se destaca el punto de vista de los/as propios/as usuarios/as y de la comunidad organizada. Sin embargo, el mecanismo de regulación sigue correspondiendo a criterios biomédicos, más o menos ampliados a otros campos del conocimiento, pero claramente dominantes, pese a que se ha visto que ninguna medicina puede arrogarse la capacidad de resolver todos los problemas de salud, especialmente si el concepto de salud ha sido copiosamente enriquecido con contenidos diferentes a los de la mera enfermedad.

El recurso a otros campos de conocimiento conduce a construcciones más amplias, a paradigmas y culturas médicas diferentes, cada cual con sus propias preocupaciones, con su campo de acción, con sus medios e instituciones; es decir, cada paradigma cuenta con su sistema alternativo de salud o, por lo menos, con sus intentos por adoptar normas de conductas médicas que las correspondan y pervivan en el tiempo, con diferentes propósitos de generalización.

Es en ese escenario en el que se produce la “interculturalidad en salud” o la “salud intercultural” como zona de intercambio de medios, operaciones, portadores y normas, de diferente compostura cultural.

Desde ese punto de vista, la salud intercultural es la ejecución de un diálogo entre sistemas de salud diferentes con un efecto concertado y práctico sobre las normas de conducta de los operadores.

*”Es decir, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en común; así mismo, el*

---

<sup>1</sup> *Best Practices in Intercultural Health. Executive Summary.* Canada June 2005. Dr. John O’Neil, Dr. Judith Bartlett and Dr. Javier Mignone. The Centre for Aboriginal Health Research (CAHR), prepared for IAB and PAHO.

*reconocimiento de las diferencias y los choques culturales que pueden producirse en las formas de interpretar el proceso de salud-enfermedad y la atención de la población”<sup>2</sup>.*

Los enunciados resultantes de estos procesos de ampliación de enfoque se expresan en acuerdos formales que en algún momento llegan a convertirse en normas oficiales. Esto ocurre con mayor razón en países como Bolivia, donde la presencia de culturas indígenas y originarias de variada significación expresan la identidad y la ciudadanía de la mayor parte de la población, tanto en zonas rurales como urbanas<sup>3</sup>.

Si se acepta que las diversas culturas indígenas y originarias proporcionan a la salud intercultural sus correspondientes culturas o sistemas médicos junto con el sistema biomédico y con otros sistemas alternativos de variado origen, de acuerdo a la antropología médica<sup>4</sup>, se puede esperar, también, que la salud intercultural exprese en el plano normativo esta diversidad.

Por ello, un registro analítico – que descubra los paradigmas o enfoques médicos - del ordenamiento jurídico y normativo del país, como el que se realiza en este estudio, puede mostrar las características principales del proceso de maduración de la gestión de la salud intercultural.

No por casualidad, donde más evidente ha sido para Bolivia la necesidad del convenio intercultural es el área de la salud materna. Ello sucede, por muchas razones. Para empezar, porque las intervenciones médicas, especialmente en el campo formal, pueden abstraerse del sujeto y su cultura y proceder sin esperar la comprensión por parte del usuario de los servicios de las prácticas a aplicarse. Pero, en la gestación y nacimiento de un nuevo ser hay algo más que un órgano o malestar en juego; es la vida misma y en uno de sus momentos más vulnerables. Ahí confluyen, casi siempre, las capacidades junto con los dioses, con los sentimientos y la cultura, con lo que se hizo y lo que se hará, lo que era y lo que será.

Esto también ocurre porque la maternidad tiene lugar en uno de los terrenos más sensibles de las sociedades: el cuerpo de las mujeres.

*“Los cuerpos requieren buena alimentación, estar sanos, los cuerpos gustan de las caricias y les duele los golpes, los cuerpos requieren tiempo para conocer. Desde los cuerpos se nombran las cosas con el sonido de la propia voz... Son los cuerpos los que se mira en el espejo, todo cuerpo debiera ser amado y apreciado,*

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Deportes, *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, La Paz, 2005, p. 17.

<sup>3</sup> El *Censo Nacional de Población y Vivienda*, del año 2000, registra más del 60% de la población boliviana bajo la condición indígena.

<sup>4</sup> Ver Eduardo Menendez, “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autogestión”, en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, IM-UAM, 1992.

*independientemente de sus formas, de los colores de piel y de los colores de los cabellos”<sup>5</sup>.*

El pudor, la desconfianza, la intimidad y el temor suelen ser más intensos en este crucial momento del cuerpo para cualquier mujer.

De este modo, la clasificación de las normas sanitarias en el campo de la atención a la salud materna, de acuerdo a los objetivos que persiguen puede ayudar a analizar sus contenidos con arreglo a sus propias formulaciones conceptuales. Las normas y protocolos que imperan en el sistema público de salud boliviano, no son producto de una sola línea de pensamiento. Aunque se las encuentre juntas es analíticamente válido separarlas para fines explicativos.

Hay normas con orientaciones distintas e, incluso, contradictorias. Todas las normas están formuladas de acuerdo a determinados objetivos que son los que persiguen las diferentes líneas de pensamiento. De ahí que en este documento, las diferentes líneas de pensamiento con efecto normativo se encuentren ordenadas y analizadas como conjuntos separados (capítulos), aunque formen parte de una sola estructura sanitaria formal.

La hipótesis que subyace a la clasificación que se propone es que las normas y las regulaciones del sistema público de salud boliviano<sup>6</sup> en el tema de atención a la salud materna, responden a diversas culturas o paradigmas médicos que coexisten en planos de complementación y confrontación constante. El rastreo que se ha realizado muestra que son varios los enfoques que se han puesto en marcha para incidir en las políticas y sus normas.

Cómo se verá en la lectura de este texto, al parecer, hay por lo menos cuatro enfoques, culturas o líneas de pensamiento, con objetivos generales de salud que buscan alcanzar con la aplicación de normas emitidas por las autoridades competentes, en el curso de los últimos quince años, y que abordan aspectos médicos y étnico-culturales con un sentido articulador o integrador, aunque sus antecedentes más remotos podrían remitirse a muchas décadas atrás.

Son objetivos aparentemente relacionados e incluso articulados, pero que implican conceptualizaciones y, sobre todo, operaciones diferentes, no siempre coincidentes ni igualmente consistentes. En este texto, se ha decidido analizar cuatro escuelas de pensamiento con efectos normativos, a partir de los siguientes objetivos manifiestos:

---

<sup>5</sup> *Plan Nacional Para la Igualdad de Oportunidades “Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien”*, Ministerio de Justicia, La Paz, 2008.

<sup>6</sup> Hasta la promulgación de la nueva *Constitución Política del Estado Plurinacional*, el sistema público de salud estaba integrado por los subsectores de salud pública y seguridad social; ahora se incluye a la medicina tradicional.

- la universalización de los servicios básicos de atención a la salud;
- el mejoramiento de la calidad de los servicios;
- la disminución de las brechas e inequidades en salud; y
- el fortalecimiento de la medicina tradicional.

Son esos los capítulos del presente trabajo.

En cada caso, se intentará ofrecer un seguimiento cronológico, mencionando algunos hitos normativos en su evolución reciente y los principales rasgos de su formulación conceptual explícita. También se buscará detectar las intervenciones normadas en el marco del continuo de atención a la salud materna (en el hogar, en la comunidad y en los servicios de atención primaria) y el acomodo efectivo de las normas en las prácticas sanitarias, las lecciones aprendidas y sus enseñanzas corroboradas por la práctica.

A modo de introducción de cómo este estudio aborda el mapeo normativo intercultural sobre atención en salud materna, se puede adelantar que existen portadores de las varias culturas médicas diversas en el sistema público de salud, con intereses diferentes, en búsqueda de las mejores posiciones institucionales para las normas que las identifican.

La referencia a estos actores, muchas veces, es el elemento que hace comprensible, aunque no siempre justificable, los procesos y las particularidades de la “guerra de posiciones” en la construcción de las normas de atención. Finalmente, estas líneas de pensamiento sanitario se concretan en intervenciones y tecnologías específicas, que pueden o no estar combinadas.

A los médicos tradicionales, por ejemplo, puede no importarles que los servicios básicos de salud estén al alcance de todos, incluso pueden preferir que no sea así. En el otro extremo, puede que los médicos académicos no se sientan contentos con la incorporación de productos farmacéuticos tradicionales en las farmacias institucionales; pero, en ambos casos, suelen mostrarse tolerantes con las prácticas ajenas, ya sea para obtener mejores coberturas o la acreditación de su trabajo.

Lo cierto es que son posturas diferentes y hay normas para todos, pero no para todas las intervenciones que suponen los sistemas médicos diversos. Dicho de otro modo, sólo algunas prácticas médicas, especialmente aquellas que se realizan en los ámbitos particulares de cada configuración cultural, tienen un espacio en el ordenamiento normativo del sistema público de salud.

Muchas, tal vez la mayoría, de las prácticas médicas tradicionales, probablemente no sean expresadas nunca en las normas oficiales de salud. No necesariamente por la oposición de los médicos universitarios,

si no porque, simplemente, no es técnicamente posible. Por ejemplo, en algunas comunidades es una cuestión vital enterrar la placenta con su respectivo ritual. En este caso, la norma se limita a instruir al personal de salud que consulte con la usuaria si desea que se la devuelvan, con advertencias de bioseguridad, pero sin la posibilidad práctica de acompañar al proceso o involucrarse en él.

El acto respetuoso de entregar la placenta a la persona que acompaña a la parturienta o a la usuaria es una relación intercultural, incluso intracultural, cuando, como sucede con frecuencia, el propio personal de salud comparte esquemas culturales de sus pacientes, aunque no exista una íntima compenetración de saberes médicos.

Otra cosa sucede con intervenciones orgánicas y técnicamente viables, que son también las más resistidas por el personal de salud, porque implican la necesidad de emparentar conocimientos de diverso origen cultural. El consumo de mates y alimentos durante el trabajo de parto, la posibilidad de que contengan principios activos inconvenientes o la ponderación de la reposición calórica que compense las pérdidas de la mujer, son temas que afectan convicciones médicas aparentemente irreconciliables. Ahí, la norma intercultural sólo puede ser fruto de una complementación de saberes, de acuerdos, de negociaciones fundamentadas. Difícil, pero no imposible.

En este trabajo, se ha empleado un listado de intervenciones básicas de atención, comúnmente reconocidas como las más efectivas para brindar seguridad a la maternidad, con el objeto de examinar, también, este tipo de avances y ausencias en la normativa vigente de la gestión de la salud intercultural.

## 2 Universalización de la atención

Bajo este título, en este capítulo, se expone y analiza una de las corrientes de mayor significación en el plano de las políticas públicas de salud, que desde los años 80 incluye menciones puntuales sobre salud intercultural y medicina tradicional, acepta la importancia del rescate de prácticas de salud empleadas por las comunidades y los pueblos y valora la posible contribución de actores no médicos al objetivo mundial de lograr la salud para todos, con énfasis en la salud de las mujeres y los niños.

Desde 1978, los gobiernos que suscribieron la **Declaración de Alma Ata**<sup>7</sup> y de acuerdo a la **Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)** que se incluye en la misma, tienen oficialmente la responsabilidad de generar las condiciones para que las tecnologías médicas efectivas estén disponibles para toda la población, sin ningún tipo de discriminación, del modo más accesible, económicamente factible y culturalmente aceptable, incorporando la participación activa y protagónica de la comunidad en los cuidados de la salud y en el control de sus determinantes.

Según esa paradigmática Declaración, suscrita y asumida por Bolivia inmediatamente<sup>8</sup>, la APS:

*“se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad”.*

El objetivo de los esfuerzos normativos de las autoridades de salud es llegar con mayores recursos institucionales y sociales, con el concurso de todos los que trabajan por el bienestar de sus sociedades, a más personas con esencialmente lo mismo, en el entendido de que los problemas y las soluciones en salud son de la misma naturaleza, independientemente de cualquier consideración psicológica, económica, social o cultural. Según este razonamiento, la medicina es social, como práctica y también como tecnología. Necesita ser parte de la sociedad para desarrollarse y contribuir al desarrollo social.

---

<sup>7</sup>OMS, *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

<sup>8</sup>Gregorio Mendizabal, *Historia de la salud pública en Bolivia*, La Paz, OPS/OMS, 2002, p. 309.

El parto de cualquier mujer es el mismo en cualquier lugar. Lo adecuado es asistirlo del mismo modo. A sus posibles complicaciones hay que tratarlas con las mismas herramientas. La idea es hacer eso del modo más práctico, con métodos científicamente fundados y socialmente aceptables.

Este es el enfoque natural y ampliado de la biomedicina y es fácilmente compatible con el sentido racional y estandarizador de toda norma sanitaria. Es más, una norma es siempre sinónimo de regulación, uniformización y universalización; implica el cumplimiento o acatamiento, por parte de todos, de una directriz destinada a alcanzar una finalidad.

La medicina académica y la norma sanitaria tienen la misma racionalidad, la racionalidad instrumental, que opera disponiendo medios de acuerdo a fines y no a valores (sentimientos, religiones o culturas). No consideran acciones basadas en la fe ni en los deseos o sentimientos. La medicina busca acumular conocimientos para promover, prevenir, atender y rehabilitar a las personas de la mejor manera posible y la norma sanitaria pretende conducir la aplicación apropiada de esos conocimientos científicamente comprobados en la atención de la salud.

En ambas dimensiones son conocimientos válidos aquellos que se imparten y se generan en las universidades y hospitales de enseñanza, debidamente reconocidos y acreditados por la autoridad académica competente. Son operadores válidos aquellos que han culminado sus estudios y recibido las certificaciones correspondientes.

Precisamente, la principal norma del Ministerio de Salud y Deportes referida a la maternidad y la niñez, la **Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000, Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales básicos de apoyo** (2000), explicita el proceso de normatización de acuerdo a los mencionados cánones oficiales:

*“La norma es un conjunto de reglas, lineamientos y características explícitas y escritas, destinada a:*

- *Uniformar el desempeño del equipo de salud para mejorar la calidad de atención y hacer comparables los resultados.*
- *Establecer bases técnicas y legales de respaldo, tanto para el desempeño del equipo de salud como para garantizar a las personas una atención segura y de calidad.*
- *Asignar responsabilidades por niveles de atención y, cuando es pertinente, por nivel de complejidad y por tipo de personal.*
- *Identificar los parámetros para dar inicio a las actividades de auditoría médica y formulación de la política de la calidad de atención”.*

Gran parte del cuerpo normativo boliviano actual corresponde a esa lógica de universalización y estandarización de la atención de base académica. El **Código de Salud** vigente establece sus recaudos para garantizar que la práctica médica oficial sea ejercida por profesionales universitarios de las ciencias de la salud y el **Código Penal** instituye sanciones al ejercicio de la medicina por parte de cualquier otro tipo de personas.

Así, si se admite algún otro tipo de conocimiento o práctica médica no académica, en realidad, sólo se lo hace para involucrar una mayor participación social, para superar la desconfianza y facilitar el acceso a los servicios. No hay diversidad en la ciencia ni en sus formas de aplicación, aunque se reconozca que la sociedad o la comunidad funcionan de otro modo.

La diversidad social y étnica, incluso racial, está presente en el cuerpo normativo desde la perspectiva de impedir que estas realidades tengan impactos restrictivos en el accionar homogéneo de los servicios de salud. Por eso, el **Código de Salud** boliviano (**Decreto Ley 15629**, 1978), que es la más antigua ley general de salud vigente en la región, dice:

“Art. 4

- *Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado”.*
- *A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente”.*

En los hechos, son disposiciones declarativas, destinadas a afirmar el enfoque predominante y garantizar su ética particular, pero muy lejos de ser traducidas en conductas objetivas. No fue si no hasta 1996 que pudo lograrse una relativa exención del pago de los servicios materno - infantiles, incluyendo emergencias, y aún en 2006, el diagnóstico oficial de salud identificaba como uno de los principales problemas del sector el “*sistema inequitativo que no toma en cuenta la diversidad étnico cultural del país*”<sup>9</sup>.

Ahora bien, tomando siempre los compromisos internacionales ratificados por el país como normas nacionales de cumplimiento obligatorio, es interesante ver cómo, en el pensamiento universalizador

---

<sup>9</sup> MSD, *Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010*, La Paz, 2006, p. 13.

y homogenizador dominante, se empieza a abordar el tema intercultural oficialmente.

Pese a haber sido aprobada por el Congreso Nacional recién después de 29 años de suscrita por los Estados, la **Ley N° 1978 de ratificación de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1999)**, reconoce el derecho a la salud de las personas de cualquier origen étnico sin ningún tipo de discriminación, pero no acepta la validez de las diferentes culturas médicas.

La mencionada Convención estableció la obligación de los Estados *“a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico”*. En el mismo sentido, reconoce el *“derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”* (Art. 5).

*“Art 2; 2. Los Estados partes tomarán, cuando las circunstancias lo aconsejen, medidas especiales y concretas, en las esferas social, económica, cultural y en otras esferas, para asegurar el adecuado desenvolvimiento y protección de ciertos grupos raciales o de personas pertenecientes a estos grupos, con el fin de garantizar en condiciones de igualdad el pleno disfrute por dichas personas de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Esas medidas en ningún caso podrán tener como consecuencia el mantenimiento de derechos desiguales o separados para los diversos grupos raciales después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron”*.

En otras palabras, las medidas o esfuerzos especiales destinados a grupos étnicos concretos sólo pretenden colocarlos en igualdad de oportunidades de recibir, por ejemplo, la misma atención médica que el promedio. Una especie de discriminación positiva transitoria. Aún no se habla del derecho a la propia medicina, que después se establecerá:

*“... Las medidas especiales adoptadas con el fin exclusivo de asegurar el adecuado progreso de ciertos grupos raciales o étnicos o de ciertas personas que requieran la protección que pueda ser necesaria con objeto de garantizarles, en condiciones de igualdad, el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales no se considerarán como medidas de discriminación racial, siempre que no conduzcan, como consecuencia, al mantenimiento de derechos distintos para los diferentes grupos raciales y que no se mantengan en vigor después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron.*

*... Cada Estado parte se compromete a estimular, cuando fuere el caso, organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios encaminados a eliminar las*

*barreras entre las razas, y a desalentar todo lo que tienda a fortalecer la división racial”.*

Según eso, la afirmación de los derechos universales se contrapone a toda tendencia a consolidar la diversidad en la prestación de servicios de salud, por los supuestos peligros que podrían ocasionar los derechos diferenciados. La importante **Convención sobre los derechos del niño**, ratificada como Ley de la República de Bolivia, N° 1152, el año 1990, señala:

“Art. 2.

*1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”.*

Hay que recordar que la **Convención de los Derechos del Niño**, incluye disposiciones referidas a la mortalidad materna, que van a ser luego reasumidas y profundizadas con los conceptos de salud sexual y salud reproductiva en el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo** (CIPD, El Cairo, 1994) y en la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer** (CCMM, Beijing, 1995), entre otras.

El documento final de la **Cumbre del Milenio de 2005**, suscrito también por Bolivia, en el párrafo 57, menciona el compromiso de:

*“Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, e integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH y SIDA y erradicar la pobreza.”<sup>10</sup>*

Sobre la base de los compromisos internacionales asumidos por Bolivia, los sucesivos planes de salud sexual y salud reproductiva han seguido de modo general estos lineamientos, desde la década de los 90, aunque

---

<sup>10</sup> Documento Final de la Cumbre Mundial 2005. Párrafo 57(g), en <http://www.un.org/spanish/summit2005/> visitado el 26 de febrero de 2010.

con una apertura creciente hacia el trabajo con individuos, familias y comunidades,

*“desde una perspectiva de corresponsabilidad y participación protagónica y sostenible, con base en la amplia disposición de prácticas médicas tradicionales, a la experiencia de agentes comunitarios de salud, a la gran diversidad de organizaciones...”<sup>11</sup>.*

Concordantemente con esas definiciones, el término mismo de medicina tradicional, incluso de salud intercultural, se encuentran en una situación conceptual y práctica subordinada. Se ha documentado, como una consecuencia de aquello, que el personal de salud suele rehusarse a prestar servicios a personas que han complicado su situación con prácticas riesgosas avaladas por la medicina popular o tradicional. En muchos casos, sus actores son combatidos y desprestigiados, negándoseles algún valor a sus actuaciones<sup>12</sup>.

Todos los intentos de extender los beneficios de la medicina moderna a la mayor cantidad posible de población corresponden a este enfoque universalizador y dominante de la biomedicina. Los reglamentos de hospitales y centros de salud, los protocolos de atención, incluyendo los de salud de la mujer y del recién nacido, las reglas y procedimientos establecidos para cualquier nivel de atención, tienen esa lógica. De 286 indicadores de calidad que hace poco han sido oficialmente aprobados para la acreditación de los servicios de salud, en los tres niveles de atención, sólo dos corresponden a precauciones sobre temas culturales<sup>13</sup>.

Sin embargo, sin abandonar los procedimientos considerados válidos por la biomedicina, son constantes las disposiciones complementarias de corte social y cultural que buscan hacer de los servicios entidades más amigables, más horizontales, más comprensivas con la realidad y, fundamentalmente, más participativas. El llamado “parto humanizado” es parte de ese esfuerzo y, de un modo concreto, también la denominada movilización comunitaria por una maternidad segura<sup>14</sup>.

Es así que desde la década de los 80, coincidentemente con la reconquista de la democracia y con preocupaciones manifiestas de los gremios profesionales, varios componentes valiosos de la salud pública,

---

<sup>11</sup> MSD, *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2008*, La Paz, 2004, p. 20.

<sup>12</sup> Un reciente estudio patrocinado por la OPS/OMS demuestra que incluso en aquellos centros de salud llamados interculturales “las categorías que nos pueden ayudar a entender y analizar las situaciones internas de los servicios de salud, así como la dinámica de la estructura sanitaria boliviana, son la violencia y el racismo como categorías que articulan al sujeto con los servicios públicos de salud”, Susana Ramirez Hita, *Calidad de atención en salud, prácticas y representaciones sociales en poblaciones quechuas y aymaras del altiplano boliviano*, La Paz, OPS/OMS, 2009, p. 197.

<sup>13</sup> MSD, *Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud, Primer, Segundo y Tercer nivel de atención*, La Paz, 2008.

<sup>14</sup> MSD, *Redes de Servicios y Redes Sociales de Salud Materna y Neonatal*, La Paz, 2000.

como las inmunizaciones, los sobres de rehidratación oral y el combate a las enfermedades endémicas y transmitidas por vectores, fueron concertados e implementados con la participación de las organizaciones sociales, con bastante éxito<sup>15</sup>. El impulso participativo en los temas de maternidad y niñez se institucionalizó desde 1994, al amparo de la **Ley de Participación Popular**, en el **Plan Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal**<sup>16</sup>.

El **Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)**, desde 1996, en sus diferentes versiones, estandarizó, progresivamente, protocolos y paquetes de servicios de atención para la atención a los principales problemas de salud de estos importantes segmentos de la población, sin profundizar demasiado en el tratamiento de los aspectos médico culturales en sus contenidos centrales<sup>17</sup>.

Algo similar ocurrió con el Seguro de Salud para el Adulto Mayor. **La Ley 3323, del Seguro de Salud para el Adulto Mayor**, que no mencionó aspectos relacionados con la salud intercultural todavía:

*“Art. 1. (Objeto).*

*Se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Otorgará prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicaría permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud”.*

Otras medidas posteriores, de corte afirmativo, para universalizar la atención de la salud de las mujeres y los niños, siguieron eludiendo el diálogo intercultural, como es el caso del **Bono Juana Azurduy (Decreto Supremo 0066, La Paz, 2009)**. El Bono es un programa de transferencias monetarias condicionadas, dirigido a contribuir a mejorar la nutrición y salud de las madres embarazadas y niño/as menores de dos años. Es una medida universalista en tanto está destinada a todas las mujeres y niño/as, pero con condiciones.

La disposición dice:

*“Se establece el Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy”, como incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la*

---

<sup>15</sup> Despacho de la Primera Dama, *Movilización Comunitaria por una Maternidad Segura*, La Paz, 2000.

<sup>16</sup> La Ley de Participación Popular establece responsabilidades municipales en salud y educación, entre otros rubros, asegurando la participación protagónica de las comunidades a través de sus organizaciones naturales. El Plan Vida inaugura la planificación estratégica y participativa correspondiente a la salud de las madres y los niños.

<sup>17</sup> Sin embargo, como veremos luego, en el SUMI se incorporan paulatinamente algunos más importantes procedimientos adecuados culturalmente, luego de un fallido intento por establecer una versión específicamente destinada a los pueblos indígenas (**Seguro Indígena de Salud**), que pretendía incorporar un número determinado de prestaciones basadas en la medicina tradicional.

*madre durante el periodo de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña o el niño desde su nacimiento hasta que cumpla dos años de edad”.*

Como se explica en las disposiciones reglamentarias de este Bono, se entiende por uso de servicios de salud a los controles prenatales, la atención del parto y del recién nacido en los hospitales y centros de salud o en domicilio, con la presencia de personal de estos centros. Esto implica la restricción del parto atendido por parteras tradicionales o familiares, así sean capacitados y que se traten de partos normales.

En el afán de estimular el uso de los servicios, no obstante lo avanzado de la normativa intercultural por otros lados, el mencionado Decreto se abstiene de formular posibles conexiones con la medicina tradicional y principalmente con las parteras empíricas. Fácilmente se podría haber incluido garantías de que los servicios estarían en condiciones de brindar atención intercultural, además de la implícita capacidad resolutive para garantizar una maternidad segura.

Se ha resuelto incluir, en esta transferencia condicionada, el tema del espaciamiento entre nacimientos, “refiriéndose al uso de la planificación familiar para lograr un intervalo intergenésico que produzca los resultados más favorables para la salud de la madre, el niño y la familia”<sup>18</sup>. No obstante la importancia evidente de que un razonable espaciamiento limita en forma significativa la morbi mortalidad del recién nacido, el niño y la mujer, también es evidente que este condicionamiento del Bono descarta a un sector importante de las mujeres en mayor desventaja que son mayormente indígenas; aquellas que tienen hijos muy seguido. En la **Guía de aplicación para el cumplimiento de las corresponsabilidades del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” en las redes de servicios de salud**, del 2009, se establece que no podrán ser beneficiarias del Bono Juana Azurduy:

*“Las mujeres gestantes cuyo último niño nacido vivo tenga menos de dos años de edad en el momento de su inscripción.*

*a. Las mujeres cuya gestación anterior haya terminado en aborto. En este caso será nuevamente beneficiaria cuando cumpla el periodo intergenésico (3 años).*

*b. El beneficiario(a) o madres cuyo último nacido vivo haya fallecido antes de los dos años de edad. En este caso será nuevamente beneficiaria cuando cumpla el periodo intergenésico (3 años)”.*

En estos incisos lo que se está excluyendo son precisamente a las mujeres con mayores dificultades, las que han *reincidido* en el embarazo luego de haber perdido su anterior bebé, lo que sucede en mayor

---

<sup>18</sup> CATALYST, **Espaciamiento entre nacimientos**, Colombia, 2002

proporción de casos en mujeres indígenas<sup>19</sup>. Baste decir, que según el Censo del año 2001, las mujeres indígenas que viven en el área rural tienen 6,9 hijos en promedio a lo largo de su vida fértil en contraste con los 3,3 de las mujeres no indígenas del área urbana<sup>20</sup>. Aunque no fuera así, es muy discutible la idea de imponer como política de estado una actitud por más racional y beneficiosa que parezca contra el derecho de las mujeres a disponer libremente de su cuerpo para la procreación o para prevención de la maternidad, mucho más si no se aseguran las condiciones para una disposición efectiva y accesible de la más amplia gama de métodos de anticoncepción y, sobre todo, de la información más veraz y completa sobre las alternativas existentes.

En esa línea de pensamiento, de universalización de servicios de salud similares, se sitúan las normas, procedimientos, reglas y protocolos de atención de anticoncepción, atención a las hemorragias de la primera mitad del embarazo, prevención y control del cáncer de cuello uterino, atención a la mujer y al recién nacido, infecciones de transmisión sexual - VIH/SIDA y otros, emitidas desde los años 90 hasta la fecha con pocas modificaciones<sup>21</sup>.

Algunas evaluaciones de la aplicación de estas medidas y normas reconocen una importante mejora en los indicadores de salud materna. Los partos atendidos por médicos han subido desde los 37.8%, en 1989, a 65.8% el 2008<sup>22</sup>. Nótese, sin embargo, la interpretación de esta información cuando se la asocia a los otros proveedores:

*“el cambio más importante, además del incremento de atención del parto por médico, es la reducción en la participación de los proveedores comunitarios (parientes, vecinos, amigos, parteras y parteros tradicionales). En el contexto de Bolivia, ese cambio puede ser considerado positivo, dadas las características de la atención del parto en domicilio que duplican la posibilidad de defunción materna en comparación con la atención en servicios de salud”<sup>23</sup>*

La exposición de los datos, en esa forma dicotómica y excluyente, puede llevar a considerar que los delicados temas de mortalidad materna se resuelven mejor sin la intervención de médicos y prácticas

---

<sup>19</sup> El 22,5% de los nacimientos no primerizos en los 5 años anteriores a la *ENDSA 2008*, ocurrieron antes de los dos años del anterior parto. En el quintil de mujeres más pobres esta cifra se eleva al 26,7 (p. 65). Cerca del 28% de los últimos partos de las mujeres en los 5 años anteriores fueron atendidos por familiares, parteras, otros o por nadie. En el quintil más pobre esta cifra se eleva al 61,8% (p. 152). Desde el Censo del 2000 se sabe de la estrecha correlación entre pobreza extrema y condición étnica.

<sup>20</sup> Ana María Oyarde, *Fecundidad y mortalidad. Taller sobre el uso de la información censal para pueblos indígenas*, La Paz, CEPAL, 2004.

<sup>21</sup> Ver antecedentes del MSyPS, *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002*, La Paz, 1999.

<sup>22</sup> INE, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, La Paz, 2009.

<sup>23</sup> MSD. *Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de los cuidados obstétricos de emergencia*, La Paz, 2006, p. 13.

tradicionales. No es precisamente por la reducción de la participación de proveedores comunitarios que se reduce la mortalidad materna si no por la mayor disponibilidad, oportunidad, accesibilidad e incremento de la capacidad resolutoria de los servicios obstétricos esenciales.

Sin embargo, el proceso de cambio emprendido por el Gobierno, desde el 2006, y los movimientos sociales del país, incluyendo a las principales organizaciones indígenas, originarias y campesinas, han dado importantes señales de que, tarde o temprano, se llegará a la comprensión de las políticas públicas en el marco de la visión de país y Estado - que reflejan los siguientes artículos - en la nueva **Constitución Política del Estado**, del 2009, y que será, en los próximos años, el punto de partida para la reconstrucción del aparato del Estado y sus orientaciones políticas y técnicas, con la diversidad ética y cultural en el centro de sus realizaciones:

*“Art 9. Funciones del Estado:*

*2. Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe.*

*Art 30. II Derechos de los pueblos:*

*9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promovidos.*

*Art 35. II*

*El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.*

*Art 45, V*

*Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal”.*

Parece un contrasentido el hecho de que un Gobierno que ha asumido de modo tan contundente la refundación del país a partir de sus bases indígenas y populares, no hubiese impuesto una dinámica de transformación de los servicios de salud y de la propia cultura médica dominante. Sin embargo, los cuatro años de gestión transcurridos, desde el inicio del proceso, muestran la dificultad de generar cambios en un comportamiento institucional que tiene raíces en la formación universitaria y en una larga tradición de exclusión social.

### 3 Calificación de los servicios de salud

Frente a la posición dominante de numerosos sectores del sistema público de salud, que se ha analizado en el capítulo anterior, deseos de llegar con los servicios de salud a la totalidad de la población a partir de las atenciones de la maternidad y la niñez, emerge otra línea de pensamiento preocupada por la calidad de la atención. La concentración en el incremento de coberturas puede llegar a afectar la forma como se atiende a las personas.

En este capítulo se rastrearán las normas resultantes de este otro enfoque y se analizarán sus consecuencias prácticas, no en su componente tecnológico (capacidad resolutoria), si no en términos de la relación de los servicios con la población, específicamente con las mujeres en su salud sexual y salud reproductiva, enfatizando el tema de atención a la salud materna.

Desde el punto de vista de la dinámica proveedor - usuaria de los servicios de salud, el objetivo de calidad se representa en la mayor satisfacción de la usuaria de los servicios, en el trato que recibe durante la consulta y la atención, principalmente, y en la resolución efectiva de sus problemas, en el contexto sociocultural en el que se desenvuelven.

En el enfoque de calidad, el objetivo es que la usuaria se sienta bien atendida, que sus necesidades sean identificadas resueltas inmediata y efectivamente, que sus dudas sean aclaradas y que su realidad socioeconómica y cultural sea reconocida y valorada. Según esto, es necesario tener en cuenta aspectos culturales a la hora de implementar las acciones y prestaciones, complacer a la usuaria comprendiendo sus preocupaciones y respetando sus convicciones religiosas y culturales, vencer su escepticismo y su desconfianza, sin ceder ni problematizar los conocimientos formales, para obtener de ella menores resistencias y lograr que asuman mayores responsabilidades con los cuidados de su salud.

Las normas que resultan del esfuerzo por mejorar la calidad de los servicios, especialmente de atención a la maternidad, pretenden que la usuaria se sienta cómoda en ambientes confortables y que se “permita” cualquier tipo de prácticas culturales inofensivas. Aquí, se enfatizan los riesgos de algunos procedimientos terapéuticos tradicionales potencialmente dañinos, de uso de hierbas con oxitócicos, de movimientos violentos de la mujer embarazada (manteo), etc.

El tipo de normas o disposiciones específicas de adecuación intercultural, que se desprenden del enfoque de calidad, fomenta las labores de comunicación, la habilidad de transmitir información veraz y completa, incluso la empatía y la solidaridad. Explicar la causa del

problema y la solución que se le debe dar, asegurándose que se ha comprendido y aceptado correctamente el tratamiento indicado, es la premisa de una buena comunicación intercultural, que propone desterrar la terminología técnica. Es clave el manejo del idioma nativo, así sea recurriendo a intérpretes o personal del lugar<sup>24</sup>. A eso se llama comunicación efectiva.

En la comunicación que se establece entre el personal de salud y la usuaria se toma en cuenta a su familia y a sus costumbres, adaptando una forma de explicación a las condiciones de cada persona, según su edad, condición étnica, nivel educativo y otros rasgos sobresalientes.

Bajo el impulso del enfoque de calidad se ha ido afirmando crecientemente la necesidad de abstenerse de realizar procedimientos que puedan resultar molestos o hirientes a simple vista, o que, sobre la base de una sólida evidencia científica, no impliquen mayores beneficios que los de la facilidad de la atención para el proveedor y que incluso pueden, de hecho, resultar perjudiciales.

A esta actitud se la ha llamado atención humanizada y está muy presente en todos los esfuerzos para desarrollar la salud intercultural, no sólo porque se trata de un condicionamiento básico de cualquier sistema médico en su relación con los usuarios; si no, porque cualquier hostilidad puede inhibir el diálogo de culturas diferentes.

Así, el parto humanizado,

*“dentro del sistema hospitalario, proporciona un marco para la libre elección de la posición del parto, libertad de no sufrir intervenciones innecesarias y ritos degradantes tales como el afeitado del pubis, y para la admisión de los compañeros de las mujeres en el parto. En algunas áreas, la cuestión de la diferencia cultural se manifiesta más explícitamente en la política de devolver la placenta a la madre”<sup>25</sup>*

Sin embargo, incluso en los más avanzados criterios normativos está siempre presente el concepto de “barrera cultural” o más tenuemente el de “demora”, como circunstancia externa a la práctica recomendada científicamente, que se debe superar o vencer para garantizar el acceso y la utilización adecuada de los servicios de salud. En los documentos, la cultura (nativa) figura como una barrera, como un conjunto de obstáculos mentales, que se anteponen o impiden las buenas prácticas

---

<sup>24</sup> En la atención a la salud sexual y la salud reproductiva, otras claves de calidad son: “las relaciones interpersonales, privacidad, consejería, información, referencia, libertad de elección y proyección a la comunidad”, OMS, *Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, Ginebra, 1996, p. 44.

<sup>25</sup> B. Bradby y J. Murphy-Lawless, *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*, La Paz, Comisión Europea, 2005, p. 205.

del personal de salud, siempre que se esté en condiciones de ejecutarlas.

Se aconseja al personal de salud:

*“tomar en cuenta los valores culturales (creencias, tradiciones, idioma, costumbres, etc.). En la medida en que se respete la cultura y la opinión ajena, se logrará mayor receptividad y más posibilidades de lograr cambios de actitud y conducta en ellos” (subrayado nuestro)<sup>26</sup>.*

Así que, aún teniendo en cuenta los patrones de conducta populares como algo que se debe conocer y respetar, es muy fácil que sólo se los considere como medios para realizar lo que el personal tiene que hacer, cambiando la actitud y el comportamiento de la población, pero no la del personal de salud.

De hecho, el concepto de interculturalidad que adopta la principal norma de atención a la mujer, del Ministerio de Salud y Deportes, la **Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000, Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales básicos de apoyo**, del 2006, dice: *“La interculturalidad se refiere a la conflictiva convivencia de distintas culturas en un mismo entorno”.*

Prácticamente se descarta, de antemano, la posibilidad de la concurrencia de prácticas médicas de diversa formación. Plantea el reto de la interculturalidad en términos de eludir el conflicto entre culturas, no de complementarlas.

Suele interpretarse la adecuación intercultural, entonces, como el acto de introducir las “barreras” culturales a los servicios para poder comprenderlas mejor e intervenir médicamente en las complicaciones o excesos, limitando las posibles fallas de la discrecionalidad comunitaria y familiar. Así, el personal de salud no requiere reproducir los mecanismos conceptuales de las culturas populares.

Han sido estudiados<sup>27</sup>, en los andes bolivianos, el idioma, las salas de parto intercultural y el ingreso de terapeutas tradicionales en los centros de salud, como estrategias de adecuación cultural, en los adelantos de la línea de pensamiento centrada en la persona. En el caso del idioma, emergió el drama del personal de salud que sí habla el idioma nativo o la tiene como lengua materna, pero que ha tratado de evitarla en función del ascenso social que supone su profesión, dando lugar a un conflicto intraétnico difícil de manejar. Sin embargo, se coincide en que el idioma que debe hablarse o, por lo menos, traducirse, en los servicios es el idioma de preferencia de las usuarias.

---

<sup>26</sup> SNS, *Salud Reproductiva. Hablemos con confianza. Manual para el personal de salud*, La Paz, 1994, p. 22.

<sup>27</sup> Ramírez, *op. cit.*, pp. 88 – 108.

Otro tanto sucede con las salas de parto interculturales. Ramirez ha encontrado varios escollos en las percepciones del personal de salud y en las condiciones físicas de los ambientes destinados a ese efecto. En algunos lugares han colocado unas barras a unos centímetros de las paredes para, supuestamente, facilitar el parto vertical, haciendo imposible la participación del personal de salud. En algunas comunidades la placenta debe ser enterrada sin que la madre la vea y la norma dice que se le debe ofrecer como devolución. En otras, el cordón umbilical debe cortarse después de realizado el alumbramiento. En fin, no se pueden estandarizar los procedimientos con enfoque intercultural, precisamente por su naturaleza particular.

Las experiencias más difíciles, para el personal de salud, son los contactos con terapeutas tradicionales a los que a veces se les permite atender a sus pacientes en los servicios públicos de salud. Normalmente, no existe coordinación automática con ellos, no suelen intercambiar información y conocimientos, no refieren los casos complicados o de mayor afinidad cultural, subsiste el recelo y mutua recriminación. Se sabe que compartir los mismos espacios es incluso contraproducente si no se han logrado niveles adecuados de actitud y voluntad de trabajo conjunto.

Parece que la idea de que un centro de salud es exclusivamente el centro de una medicina formal y académica, prevalece en la mentalidad no sólo del personal de salud, si no también de la comunidad:

*“Cuando una persona de la comunidad recurre a un puesto de salud lo que realmente quiere es ser atendido por un médico (con capacidad resolutive) porque, de querer recurrir al terapeuta tradicional, ya conoce donde vive y en qué casos debe acudir a él, dentro de la diversidad de formas de atención que existen en la zona. El problema por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque ahí no solucionan sus problemas”<sup>28</sup>.*

Este tipo de dificultades de relacionamiento y acción conjunta, entre diversas configuraciones médicas y sociales, han tratado de ser superadas mediante la identificación, reconocimiento y empleo de productos farmacológicos y procedimientos médicos que puedan ser empleados por todos.

Para la medicina popular y tradicional, apropiarse de productos de la medicina formal es más sencillo. Sólo tienen que probar si funcionan, enriqueciendo su fondo de reserva de conocimientos y experiencias. Pero, para el personal médico universitario sólo está permitido, parte por parte, extraer de los otros saberes aquellos elementos susceptibles

---

<sup>28</sup> Ibid., p. 168.

de ser convertidos en conocimientos, luego de la comprobación científica, mejor si es de laboratorio<sup>29</sup>.

Para el personal y las normas de salud suele ser insuficiente que un mate o un preparado alimenticio, que acompaña normalmente el trabajo de parto, haya sido empleado desde siempre por una comunidad, para comprender que es un acto médicamente indicado. Se ha tenido que demostrar que la pérdida calórica que se produce en el proceso disminuye las capacidades de la mujer es altamente perjudicial para su salud. El hecho de que un ambiente sea caliente o frío es sólo una preferencia inofensiva para el personal, cuando para la mujer puede resultar algo decisivo para su predisposición al parto y al cuidado de salud, por su asociación con los procesos orgánicos de asimilación o expulsión.

De cualquier manera, se puede reconocer que dentro de la línea de pensamiento que pretende una atención centrada en la persona y en su contexto cultural, existe un sector de funcionarios y operadores de salud que ha experimentado con mayor profundidad que el conjunto la veta de la interculturalidad, especialmente en la populosa zona andina. Este núcleo sensibilizado parece estarse incrementando al influjo de cursos, diplomados y proyectos en salud intercultural, así como a la difusión de una considerable bibliografía reciente, aunque la inestabilidad laboral, en cualquier nivel de atención y de gestión de la salud, debilita su desarrollo continuo.

Las experiencias e, incluso, la voluntad política explícita de proceder de esa forma, no han sido suficientes para modificar, sin embargo, la normativa excluyente de la mayoría. En la pulsión entre capacidad resolutive y calidez de atención, como componentes de la Gestión de Calidad, se destaca, recientemente, el listado de estándares de calidad, determinados para su cumplimiento en todos los servicios públicos de salud. (**Resolución Ministerial 0090, Feb 2008, Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud**).

En esta Guía se mencionan sólo dos prácticas, de las 286 prácticas que deben y pueden servir para evaluar, acreditar y mejorar las competencias de los centros de salud, que tocan periféricamente las dimensiones culturales de la adecuación de los servicios:

- *“El establecimiento ayuda a reducir barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención.*
- *Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la*

---

<sup>29</sup> Entre los muchos requisitos y muchos pasos para registrar un producto tradicional en la Dirección de Medicamentos figuran la demostración de la composición química (principios activos), la toxicología, etc. Ver MSD, *Manual para el Registro Sanitario de Producto Natural, Tradicional y Artesanal*, La Paz, 2005.

*interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje”.*

Esa misma Resolución Ministerial resume así los derechos de los y las usuarias y del personal de salud:

- *“Derechos de los usuarios*
  - *Recibir trato personalizado, digno y amable, con respeto a sus costumbres, creencias y valores étnico culturales.*
- *Derechos del personal*
  - *Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo.”*

Por el contrario, y mucho antes, luego de un importante proceso de consulta y debate que involucró a médicos tradicionales de todo el país, junto con dirigentes de las más importantes organizaciones indígenas y campesinas, universidades, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación, se formularon institucionalmente elementos de la política de salud intercultural<sup>30</sup>, incluyendo un breve listado de estándares de calidad, desde la perspectiva intercultural (**Pautas para la política de salud intercultural**, Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, 2006).

Estos criterios de acreditación son los siguientes:

*“Acreditación de centros y hospitales:*

- *Capacitación intercultural del personal de salud (obligatoria)*
- *Empleo de la lengua indígena local*
- *Oficinas interculturales*
- *Señalética cultural*
- *Participación indígena en la gestión*
- *Arquitectura consensuada*
- *Alimentación regional*
- *Albergues comunitarios*
- *Diálogo respetuoso con médicos tradicionales*
- *Empleo de plantas tradicionales*
- *Atención humanizada e intercultural del parto*
- *Equipamiento con elementos locales (hamacas, cueros, etc.)*
- *Horarios flexibles*
- *Facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.”*

---

<sup>30</sup> El documento mencionado resume las conclusiones de la Jornada Nacional de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, realizada en Potosí entre el 16 y 18 de agosto de 2006, en relación a los modelos de atención y gestión de la salud intercultural, a los médicos y parteras tradicionales, a las plantas y productos farmacológicos, a la formación de recursos humanos y a la salud de los pueblos indígenas.

Parecería, entonces, que el enfoque de calidad tiene dos versiones encontradas: las que privilegian la capacidad resolutive y las que ponderan la interacción usuaria - servicios enfocada en la persona. En la primera vertiente, el tema intercultural es, de nuevo, sólo un tema de contexto y, en la segunda, es un tema interno de los servicios y personal de salud.

Un documento normativo central, referido a la planificación del mejoramiento de la calidad de atención con enfoque intercultural, se publicó el 2006, luego de un intenso proceso de validación con operadores y directores de los servicios de salud (**La calidad de atención con enfoque intercultural en la aplicación del SUMI**, de la serie “documentos técnicos normativos” del Ministerio de Salud y Deportes).

En ese instrumento, poco conocido, no se trata tanto de postular criterios de calidad con enfoque intercultural de antemano, se ofrece una metodología para construir esos indicadores, de modo que puedan ser evaluados y permitan extraer recomendación prácticas en cada servicio. Esto implica dejar planteado el debate sobre los indicadores de salud intercultural, que no pueden construirse unilateralmente ni en forma anticipada entre los miembros de los servicios y no pueden tener alcances territorialmente mayores a los ocupados por la población que los genera.

Este juego de herramientas metodológicas parte del siguiente concepto de calidad de atención, que puede ser interpretado como una propuesta básica para lograr cada vez mejores niveles de operacionalización de la salud intercultural. Calidad es:

*“la provisión de servicios de salud accesibles, equitativos, continuos, oportunos, humanizados e interculturales, con competencia profesional óptima, en función a los recursos básicos disponibles, buscando la satisfacción de los beneficiarios y su asociación voluntaria al establecimiento de salud”.*

Es decir, por ejemplo, ante el dilema entre hacer las cosas como aconseja la evidencia médica formal para brindar una atención calificada del parto, por ejemplo, con parámetros universales de atención y con cierta apertura respetuosa a las culturas; y hacer las cosas como prefiere la usuaria y sus familias, en concordancia con sus propias convicciones culturales y adaptadas por el reconocimiento de los límites de las prácticas tradicionales (manejo de la emergencia obstétrica, entre otros), surge la posibilidad de la negociación.

La negociación intercultural en salud consistiría, entonces, en el arribo de acuerdos, pactos y compromisos, válidos por tiempo determinado, evaluados conjuntamente entre todos los actores del sistema, donde todos ceden, aprenden y colaboran, aceptando la posibilidad de revisar

sus errores y consolidar los aciertos, empezando por definir conjuntamente sus indicadores de calidad y competencia técnica, dentro y fuera de los servicios de salud. Obviamente, esto supone un nivel muy alto de participación protagónica y sostenible de la comunidad organizada y una capacidad concurrente y compartida de gestión de salud<sup>31</sup>.

BORRADOR

---

<sup>31</sup> A partir de *la Ley de Participación Popular* y las numerosas disposiciones que regulan la gestión compartida de los servicios de salud, la población organizada tiene atribuciones para realizar un control periódico del funcionamiento de los servicios, de proponer cambios y aprobar presupuestos, entre otros rubros.

## 4 Disminución de las brechas en salud de las poblaciones indígenas

El tercer objetivo, de los cuatro objetivos de salud de las autoridades bolivianas en materia de temas médicos étnico-culturales que estudiamos en este documento, incluye el logro de una gama variable de indicadores que van desde reducir la mortalidad materna e incrementar las coberturas de atención, hasta evitar los embarazos no deseados y la propagación de enfermedades, en las poblaciones indígenas que han quedado normalmente fuera del campo de acción de los servicios, especialmente de los servicios de mayor complejidad.

*“La salud intercultural pretende evitar la discriminación, disminuir brechas, crear aproximaciones, superar las discrepancias, crear un ambiente de re-conocimiento del otro, y por ende de uno mismo, lograr una convivencia digna, establecer una mutua aceptación de las semejanzas y las diferencias, buscar una interacción satisfactoria para las partes involucradas en el acto médico o sanitario y en la relación trabajador de la salud-paciente”<sup>32</sup>.*

Aquí, lo que importa es el resultado, el impacto de las acciones en la situación de salud de poblaciones indígenas excluidas de los beneficios de la ciencia y la tecnología, y que no puede ser obtenido si no con prácticas adecuadas culturalmente, con un énfasis especial en el rol protagónico de las autoridades y dirigentes indígenas.

Una de las dos versiones principales de la línea de pensamiento que prioriza la disminución de las brechas que separan crecientemente a las poblaciones indígenas y originarias respecto a las poblaciones no indígenas en el campo de la salud, es la que aboga por las autonomías indígenas.

*“Los pueblos indígenas somos un Estado...que ha sido olvidado y saqueado por otros...las autonomías indígenas quieren devolvernos esa soberanía. Soberanía en todo sentido: político, social, jurídico y de gobierno”<sup>33</sup>.*

No se trata de una postura aislacionista o separatista; al contrario, es una aspiración de convivencia pacífica, de reencuentro, de complementariedad, fundada en el derecho a la diversidad y en el derecho a la autodeterminación de los pueblos. En salud:

---

<sup>32</sup> Roberto Campos, “Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas”, en CEPAL, *Pueblos indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud*, Santiago de Chile, 2007, p. 5.

<sup>33</sup> Citado por José Antonio Rocha, et. al., “Las autonomías indígenas desde la visión de los pueblos originarios”, en Ministerio de la Presidencia, *Autonomías Indígenas*, La Paz, 2009, p. 51.

*“No existe la intención de destruir lo que se ha hecho; al contrario, la expectativa es que se continúe haciendo en mayor proporción y en mejor calidad, pero a partir de la construcción de un sistema indígena de salud, no como un mero rebalse del sistema oficial”<sup>34</sup>.*

Esta visión permite la apertura de un escenario normativo flexible, pero a la vez focalizado al interior del concepto de gestión territorial de los pueblos indígenas o municipios indígenas.

La otra versión de este pensamiento concentrado en la brechas que separan a las poblaciones indígenas del resto de la sociedad, aunque comparte la visión de la toma de decisiones con el concurso necesario de las autoridades tradicionales, pone un acento especial en la capacidad del sistema médico oficial de orientar sus acciones en función de las razones culturales de su población de referencia.

*“entendemos por medicina intercultural el ejercicio de la práctica médica académica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes”<sup>35</sup>.*

En ambos casos, se ha cambiado el tono de la consideración de las culturas, ya no se las “permite” a regañadientes, se las acepta, se las valora e, incluso, se las promueve, se aprende de ellas, aunque se reconoce una validez limitada a sólo ciertas circunscripciones y a un abanico de problemas de salud que no incluyen competencias clínicas imprescindibles para salvar vidas, de elevada complejidad. De ahí que se trate de un enfoque de complementariedad de medicinas y culturas, desde un principio.

*“Como en cualquier sistema médico, las medicinas de la estructura médica tradicional no son capaces de responder por todo, en el límite de sus competencias se encuentran aquellas que son necesarias para proteger la salud y salvar vidas. Cirugías, transfusiones, implantes y otros recursos no son parte de su práctica médica, basada en estructuras sanitarias básicas”<sup>36</sup>.*

---

<sup>34</sup> MSD y CIDOB, *Plan Estratégico de Salud Indígena 2008 – 2010*, La Paz, 2008, p. 10.

<sup>35</sup> Roberto Campos, “Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”, en *Salud e interculturalidad en América Latina, Perspectivas antropológicas*, Abya-Yala, Quito 2004, p. 129.

<sup>36</sup> MSD y CIDOB, *Op. Cit.*, p. 14.

Son las prácticas que usan las personas porque les son más familiares, las comprenden y las validan continuamente. Funcionan y eso es lo que importa. Sin perder su estatus académico, el personal de salud ya puede comprender el sentido médico, preventivo y curativo de las prácticas y conocimientos tradicionales, sin obligarse a reproducir los cánones oficiales de comprobación y corroboración de hipótesis, excepto por el acuerdo final; complementados o independientes, ambos sistemas médicos deben conducir al mismo resultado: menos muertes maternas, menos enfermedades y mayor bienestar de las poblaciones indígenas.

Es muy común que en los sistemas médicos tradicionales se incluya el reconocimiento de otras capacidades médicas o beneficiosas, sin salto de continuidad, no solamente con los efectos ocasionados por fuerzas sobrenaturales o espirituales (a las que intentan asociarlas a favor de la salud de las personas, por medio de rituales a veces muy complejos) si no también con la medicina académica.

Básicamente, son sistemas abiertos que incluyen o recrean a los otros, los respetan y no les cuesta someterse cuando lo consideran necesario. Esto está en su lógica primaria de “ser uno mismo con los demás”; funciona también con el personal de los servicios de salud. De partida, son esencialmente complementarios. Hay incluso una denominación para “las enfermedades de la gente”, que los médicos tradicionales se consideran aptos para asistir y otra para las “enfermedades de los médicos (académicos)” que deben ser atendidas en los servicios:

*“Los yatiris<sup>37</sup> aymaras, especialistas rituales y médicos originarios que tratan las enfermedades en el Altiplano diferencian al comenzar la revisión del enfermo entre tipos de dolencias y de competencias terapéuticas. Acostumbran a asegurarse si la enfermedad es “de la gente” o “del doctor”. Ellos curan las enfermedades “de la gente” mientras que no pueden hacer nada si la enfermedad es “del doctor”<sup>38</sup>.*

Los médicos indígenas pretenden una actitud similar por parte de los médicos académicos, incluso más avanzada, en el sentido de que pueden llegar a comprender cómo funciona y cómo se razona en la medicina tradicional.

En este plano, lo intercultural, la adecuación intercultural, deja de ser un recurso de forma, acusada algunas veces de “folklórico”, por parte de los indígenas. Ya no es un mero contacto de culturas diversas. Se trata de intercambio de contenidos, de diálogos entre distintas formas de curar, de hacer salud, de alcanzar los mismos resultados reconociendo las capacidades de cada quién.

---

<sup>37</sup> Yatiri: sabio, especialista ritual aymara.

<sup>38</sup> Gerardo Fernández Juárez, *En tierra extraña, reflexiones sobre inmigración y salud desde el altiplano boliviano*.

Con este enfoque de derechos, porque de eso se trata, del derecho a tener la mejor atención a la salud posible y, también, del derecho a decidir cual atención a la salud se prefiere, el esquema normativo de los servicios de salud se enriquece con los acuerdos interculturales. Y esto pasa necesariamente por asir específicamente puntos de contacto sensibles a los objetivos comunes.

No se ha podido o no se ha intentado, talvez no se pueda nunca, ni sea conveniente, complementar sistemas médicos diversos, mucho menos, en un plano horizontal, sin el aparentemente inevitable ejercicio del poder. Lo que se ha hecho es encontrar temas esenciales de ejercicio intercultural para reducir muertes, especialmente muertes maternas e infantiles.

Cómo no podía ser de otro modo, el primer antecedente normativo viene de las normas de atención a la mujer y al recién nacido, en los centros de primer y segundo nivel de atención. No se aplica a los hospitales de mayor nivel de complejidad ni al resto de los programas. En las primeras versiones de los años 90, del documento **Normas de Atención de la Mujer y el Recién Nacido** sólo se dice, en la introducción, que se quiere una apertura necesaria a las conductas respetuosas de las culturas.

En las últimas versiones, mediadas por la **Resolución Ministerial N° 0496**, del 2001, que introduce 18 prácticas apropiadas, validadas con numerosas investigaciones internacionales y nacionales, ya forman parte de la norma esquemas de trabajo destinados a remover los cimientos de las prácticas convencionales.

En la Resolución mencionada se incluyen indicaciones sobre el parto vertical, la presencia de familiares, el consumo de alimentos y bebidas calientes, la devolución de la placenta, así como otras orientaciones precisas sobre la humanización de la atención del parto, como las restricciones a la episiotomía de rutina, al rasurado, a la exposición innecesaria de las mujeres, etc. Es una norma que ha pasado a integrar inmediatamente el cuerpo normativo del **SUMI**.

De las 18 prácticas que incluye la Resolución, cuatro de ellas se refieren a temas ahora consagrados por la salud intercultural: planificación del parto, libertad de movimiento y ambulación durante el trabajo de parto, ingesta de líquidos y devolución de la placenta. Los demás están vinculados a restricciones de prácticas rutinarias, molestosas e innecesarias, y con el manejo activo del alumbramiento, en la parte técnica.

#### ***Resolución Ministerial N° 0496:***

*“Art. 1.- Disponer la incorporación obligatoria de 18 prácticas y tecnologías apropiadas (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos) en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos de los tres niveles de atención, y en los privados, y la correspondiente anulación de los contenidos normativos vigentes hasta la fecha que las contradigan.*

*Art. 2.- Para el cuidado prenatal se mejorará o incorporará lo siguiente:*

- *Un plan de acceso para el parto o una eventual emergencia obstétrica*

*Art.3.- Durante la atención del trabajo de parto, el personal de salud promoverá y facilitará:*

- *El cambio de posición y ambulación de las embarazadas*
- *La presencia de un familiar o allegado de la embarazada*
- *La ingesta de líquidos*
- *La eliminación del uso rutinario de la enema y rasurado del bello pubiano*

*Art. 4.- Para la atención del parto se dispone:*

- *Restringir la práctica de la episiotomía*
- *Realizar el manejo activo del alumbramiento mediante aplicación intramuscular de 10 UI de oxitocina tan pronto nace el bebé*
- *Devolver la placenta a las madres puérperas que lo soliciten o acepten*

*Art. 6.- El personal de salud de los establecimientos públicos:*

- *Atenderá las denuncias y sugerencias realizadas por las organizaciones de base relacionadas con la negligencia, la desinformación, la discriminación, el maltrato, el ausentismo y el retraso.*
- *Proporcionará información y participará en la realización de auditorías médicas sobre la mortalidad materna y neonatal, comités comunales de análisis de la información y consejos municipales de salud, cuando así lo determinen las autoridades competentes”.*

Nótese que el artículo 6 se refiere a unos de los roles centrales asignados por esta línea de pensamiento a la participación protagónica de la comunidad en la toma de decisiones.

Esta importante norma ha generado otra resolución reglamentaria, el año 2003, que describe las evidencias científicas que fundamentan las nuevas prácticas y aclara los mecanismos instrumentales para su implementación. Se trata de la **Resolución Ministerial N° 0790, reglamentaria de la RM 0496**, confirmando su vigencia y su

importancia. Entre las explicaciones y aclaraciones figuran las siguientes:

*“Art. 8.-*

- a) Está demostrado que el cambio de posición y ambulación de las embarazadas mejora la actividad contráctil del útero y reduce la duración del trabajo de parto. Varios estudios clínicos controlados aleatorizados respaldan la ventaja de la posición vertical durante el periodo expulsivo, porque lo acorta y reduce la frecuencia de los episodios de dolor severo. Cuando las salas de trabajo de parto sean pequeñas, se invitará a las embarazadas a deambular alrededor de la cama y a moverse con libertad en su cama y cambiar de posición. Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de apoyo y estudiantes de medicina y enfermería promoverán entre las parturientas estas prácticas, explicándoles los beneficios antes indicados.*
- b) La ambulación durante el trabajo de parto no será promovida en tanto la cabeza fetal no esté encajada. Cuando se trate de un trabajo de parto pretérmino, la ambulación ocurrirá hasta los 7 - 8 centímetros de dilatación, o más si hay la disposición de atender el parto con la embarazada de cuclillas.*

*Art. 9.-*

- a) Estudios clínicos controlados aleatorizados demuestran que el apoyo que reciben las embarazadas durante el trabajo de parto y parto, reduce la necesidad de analgésicos, la frecuencia de la operación cesárea y de la episiotomía, e incluso la depresión del recién nacido al quinto minuto de vida. Por tanto, todo el personal de salud que atiende partos, realizará los esfuerzos necesarios para que el apoyo emocional a las parturientas se convierta en rutina. Lo realizará el personal de salud de manera directa, pero también permitiendo la presencia de los familiares identificados por la interesada.*
- b) El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto es uno de los derechos de las embarazadas, de suerte que cuando las salas de trabajo de parto no permitan la presencia prolongada de familiares, se adoptará la modalidad de “encuentros” cortos.*
- c) Tanto para el trabajo de parto como para el parto, los familiares serán instruidos del papel que deben desempeñar, para que proporcionen a la parturienta apoyo emocional satisfactorio.*

*Art. 10.-*

*La presencia de un familiar en la sala de partos dependerá de la disponibilidad de salas individuales, del deseo de la parturienta y de la aceptación por parte del familiar identificado por la*

*interesada. Cuando ocurra, el familiar será instruido por el personal de salud para que permanezca a la altura de la cabeza de la mujer, proporcionándole apoyo emocional y humedeciéndole los labios con una torunda empapada en agua. Vestirá un mandil, botas y barbijo que deben ser proporcionados por el establecimiento de salud.*

*Art. 11.-*

*De acuerdo con los principios de la OMS [Organización Mundial de la Salud] para el cuidado perinatal, no se debe restringir la ingestión de líquidos a las embarazadas durante el trabajo de parto, porque hay gasto de energía calórica que requiere reposición mediante la administración oral de líquidos. Los servicios de salud con atención de parto promoverán esta práctica, proporcionando líquidos y permitiendo que los familiares los provean (agua mineral y mates de hierbas que no contengan sustancias oxicíticas naturales).*

*Art. 21.-*

*En el país, las culturas aymara y quechua realizan ritos con la placenta, que son de importancia vital en sus relaciones con la tierra y el pasado. Por tanto, durante el trabajo de parto o cuando concluya el mismo, el personal de salud deberá establecer el destino que la embarazada desea darle a la placenta.*

*Art. 22.-*

*Cuando la embarazada solicite o acepte que se le entregue la placenta, ésta deberá ser introducida en una bolsa plástica en la misma sala de parto y a la vista de la parturienta”.*

En la versión más reciente de la **Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000, Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales básicos de apoyo**, del año 2006, ya se incluyen estos postulados, siempre respetando la exclusividad de los procedimientos biomédicos en cualquier otro tipo de intervención que vaya más allá de la atención del parto normal, que finalmente puede hasta ser atendido mejor en forma natural. En detalle, dice la norma:

*“Atención de Parto de Bajo Riesgo:*

*1. Ingreso al servicio*

*Prepare a la embarazada para el parto: Durante la preparación de la embarazada es muy importante:*

- Que el personal de salud busque el equilibrio entre las medidas higiénicas adecuadas y lo que la embarazada prefiera según su cultura.*
- Asegure el respeto a los valores sociales y culturales. Esto favorece la evolución del trabajo de parto, más que la estricta observancia de medidas higiénicas.*

- *La orientación constante sobre los procedimientos que va a efectuar y un ambiente de confianza, favorecer una actitud de cooperación entre la embarazada y el equipo de salud.*
- *Estimule la participación del esposo u otros familiares para que acompañen a la embarazada durante el trabajo de parto y parto.*
- *Procure que la embarazada orine y obre espontáneamente.*
- *Efectúe o asegure aseo abdominal perineal con agua tibia y jabón (pregunte si ella misma se lo quiere hacer, y dé las indicaciones). La tricotomía (rasurado de genitales) es innecesaria e incluso aumenta el riesgo de infección.*

## *2. Periodo de dilatación*

*Apoye a la embarazada en los siguientes aspectos:*

- *Identificar sus necesidades, dudas, temores y orientar la información basándose en éstos.*
- *Conocer cuál es la posición que ella prefiere para tener su parto y procurar satisfacerla.*
- *Motivar su participación activa y la de su pareja o grupo familiar que la acompaña, haciéndolos partícipes de las modificaciones fisiológicas que ocurren, y solicitando el continuo apoyo psicológico a la embarazada.*
- *Estimular la ambulación de la embarazada durante el período de dilatación. Si la madre escoge estar en cama, es preferible la posición en decúbito lateral izquierdo para prevenir la aparición de hipotensión materna e hipoxia fetal (síndrome supino-hipotensivo).*
- *Proporcionar la cantidad suficiente de líquidos a tomar, preferentemente azucarados, para disminuir el riesgo de deshidratación por la actividad física e hiperventilación, y prevenir la hipoglucemia neonatal secundaria.*
- *Dar las facilidades para que la embarazada pueda vaciar su vejiga cada 2 horas y eliminar las deposiciones espontáneamente de acuerdo a sus necesidades, señalándole que esto facilita el trabajo de parto.*
- *Transmitir la información en lenguaje apropiado a las características socioculturales de la embarazada, asegurando el respeto por parte del equipo de salud de sus condiciones y valores.*

## *3. Periodo expulsivo*

*Procure una temperatura adecuada (25 8C Û +) en la sala de partos.*

*Motive la participación de su marido u otro familiar que la acompañe en la sala de partos.*

*Posición de la embarazada:*

- *Permita que ella elija la posición, según su comodidad, costumbre y cultura. Adaptar si es posible la mesa ginecológica*

*a su elección. Debe evitarse, de todos modos, la clásica posición horizontal con las piernas colgando o atadas a nivel del tobillo, especialmente si el parto está cursando un desarrollo normal.*

- *Puede optar entre:*
  - *Semisentada con un ángulo de 120 grados y apoyando los pies.*
  - *Sentada con un ángulo de 90 grados.*
  - *De cuclillas.*
  - *Semiparada apoyada sobre una mesa.*
  - *De rodillas.*
- *Prepare instrumental, guantes y campo estéril.*
- *Efectúe lavado minucioso de sus manos.*
- *Efectúe aseo del periné de la embarazada con agua tibia que escurra sobre los genitales y entreabriendo ligeramente los labios mayores.*
- *Episiotomía. No debe ser un procedimiento de rutina*

#### *4. Atención del alumbramiento*

*Cuando la embarazada solicite o acepte que se le entregue la placenta, esta deberá ser entregada en la misma sala de parto y a la vista de la parturienta”.*

Siguiendo la lógica del pensamiento que busca la disminución de las brechas en salud, una importante sistematización participativa de experiencias de atención intercultural, en varias regiones de tierras altas del país y en países vecinos (Perú y Chile), dio como resultado la **Guía de atención de la maternidad con enfoque intercultural**, que constituye la norma más completa y avanzada desarrollada en este campo hasta la fecha. Tiene todos los componentes mencionados incluyendo, la posibilidad de la práctica del “manteo”<sup>39</sup> realizado por parteras experimentadas.

La sistematización mencionada fue realizada entre 2003 y 2004 y promovida por los Ministerios de Salud y de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, con el apoyo de la OPS/OMS, Causananchispaj, Medicus Mundi, Coopi, Tari, Tahipamu y el Consejo de Salud Rural Andino, en el marco de la plataforma común de la Mesa de Salud Intercultural encabezada por el Ministerio de Salud. Fueron activos protagonistas de las jornadas de salud intercultural parteras tradicionales y equipos de salud de diversas regiones de la zona andina de Bolivia, junto a responsables regionales de salud sexual y reproductiva, destacados especialistas ginecólogos y neonatólogos y expertos en salud intercultural.

---

<sup>39</sup> Se suele utilizar la técnica del masaje para determinar la posición del bebé y tratar de colocarlo en posición vertical cuando se encuentra atravesado; si no se puede se recurre al manteo, colocando en el suelo a la mujer sobre una manta, que la partera y el familiar toman por las esquinas para hacerla rodar tres veces a cada lado. Ver Barbara Braddby y Jo Murphy-Lawless, *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*, Comisión Europea, La Paz, 2005, p. 63.

En resumen, la Guía sugiere las siguientes prácticas ordenadas:

#### *Embarazo y control prenatal*

- *Involucrarse en la vida cotidiana, trabajar con las familias y emplear idiomas nativos*
- *Emplear mejor el tiempo, saludar a la usuaria, permitir el acompañamiento, confidencialidad*
- *Informarse con respeto sobre ideas y sentimientos locales sobre los cuidados, la reproducción, la salud y la alimentación*
- *Brindar información comprensible y detallada, sobre signos de alarma, la situación de salud de la madre y el bebé, sobre estudios y medicamentos y sobre el parto institucional y el SUMI*
- *Entablar relaciones colaborativas con parteras y médicos tradicionales*

#### *Atención del parto*

- *Brindar acogida cálida, respetuosa, sin reproches, en idioma nativo*
- *Atender el estado físico y emocional sin burocracia, incluir al acompañante y la partera si es el caso*
- *Estimular la expresión de sus ideas y razones sin hablar*
- *Conocer y actuar con respeto ante los rituales del parto (sahumerio)*
- *Aprender sobre el manto y masajes, con precaución sin prejuicios*
- *Procurar una temperatura ambiental adecuada, salas cálidas, muebles de madera, cortinas gruesas y coloridas, mates a disposición*
- *Permitir el uso de su ropa, incluso pañueleta, no llevar mandil blanco, permitir la compañía de un familiar o allegado*
- *Facilitar el aseo con agua tibia y hierbas del lugar de acuerdo a preferencia*
- *Ofrecer atención según preferencia de sexo, con discreción e intimidad y realizar los exámenes físico con consentimiento de la mujer*
- *Otorgar la libertad de elegir la posición que le convenga (supina, lateral, de rodillas, vertical, de pie, de cuclillas, sentada, etc.)*
- *Atender el dolor sin recriminaciones y restringir la episiotomía*

#### *Post parto y recién nacido*

- *Ofrecer y devolver la placenta si la acepta*
- *Realizar el aseo perineal con agua tibia y permitir que se abrigue según su comodidad*
- *Ofrecer comida habitual y permitir el consumo de sus propios alimentos*
- *Atender el derecho al reposo*

- *Contar con la posibilidad de usar materiales esterilizados de la región para el corte del cordón (cerámica, vidrio, tijera, etc.)*
- *Mantener el calor del bebé con secado y limpieza de sangre, evitando sacar la grasa*
- *Incentivar la lactancia inmediata y respetar las decisiones sobre el fajado y vestimenta*
- *Respetar e incentivar rituales de buen augurio, explicar los beneficios de las vacunas, los controles y el registro civil.*

En este enfoque, la partera tradicional es considerada una aliada potencial si aprende a reconocer los signos de peligro y realiza la transferencia inmediata de las embarazadas a los centros de salud con capacidad resolutive. Pero no es ése el único propósito:

*“Cuando se quiere trabajar con las parteras en una perspectiva intercultural hay que considerar su trabajo en forma integral:*

- *El desempeño que ellas tienen en el cuidado de la embarazada, de acuerdo con la idiosincrasia de la cultura originaria*
- *El gran potencial que pueden desempeñar en la identificación de las señales de riesgo*
- *El acompañamiento que pueden realizar en el momento del parto, tanto en domicilio como en el servicio institucional*
- *El seguimiento de la embarazada en el periodo post-parto”<sup>40</sup>*

También se incluye, en la Guía, la integración de algunas porciones de la medicina tradicional, especialmente de la riqueza herbolaria con la que acompañan sus prácticas:

*“Hay mates de los cuales se ha comprobado que no tienen ningún efecto nocivo, como la manzanilla, el anís o el romero. Lo principal es que la parturienta tenga la sensación de que su cuerpo está caliente...Es importante subrayar que el rescate de conocimientos y prácticas del uso de la herbolaria medicinal debe formar parte de las propuestas integrales de los proyectos de adecuación cultural de los establecimientos de salud, mediante la creación de farmacias de medicina tradicional”<sup>41</sup>*

En 2006 el Ministerio de Salud emitió la **Resolución Ministerial N° 0348, Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados**, la cual fue inspirada por una experiencia llevada a cabo en Caiza “D” y Cotagaita, del Departamento de Potosí. Esta experiencia estuvo bajo la coordinación de una ONG denominada Causanchispaj, empeñada en lograr que los tres sistemas de atención reconocidos en

<sup>40</sup> MSD, *Guía para la atención intercultural de la salud maternal*, La Paz, 2005, p. 53.

<sup>41</sup> *Ibid.*, pp. 82-83.

estas comunidades (biomédico, tradicional y familiar) encaren los problemas de salud en forma articulada, con sus propios recursos, estrategias, capacidades y límites<sup>42</sup>.

Estos protocolos abordan todas las etapas de la atención a la maternidad, incluyendo aspectos controversiales como el manto, cuya práctica debe ser realizada después de las 36 semanas de embarazo y con el cuidado de que el polo de presentación sea cefálico, entre otros temas significativos:

*“Si existe presentación fetal y/o situaciones anómalas y la madre es múltipara, hay que conversar con ella sobre la posibilidad de un cambio natural y adecuado de la presentación, o realizar maniobras de acomodamiento (suave balanceo) que debe realizarlo una partera experimentada, con el acompañamiento del personal de salud. Este procedimiento se recomienda realizar hasta el octavo mes de la gestación. Si no se logra el acomodamiento natural, se debe referir a la embarazada”<sup>43</sup>*

Además de incorporar a las parteras tradicionales, los protocolos abogan por establecer una redistribución equitativa de “los recursos humanos y materiales entre el sistema biomédico y el sistema tradicional”, sugiriendo que el Estado asuma también una parte de los costos de operación de la medicina tradicional.

Hasta aquí, lo que se refiere a la atención a la salud materna en el contexto de la línea de pensamiento sanitario que privilegia el acortamiento de las brechas en salud de las poblaciones indígenas. El tema de la salud materna es, de lejos, el aspecto que más cuidado ha recibido en el país en términos de normas de atención.

Con menos profundidad, también se está abriendo la posibilidad de establecer normas culturalmente adecuadas para otros temas de la salud sexual y la salud reproductiva. Un producto de ese esfuerzo es la **Resolución Ministerial N° 0642, Procedimientos de atención adecuados a los principios SAFCI en: Infecciones de Transmisión Sexual, Cáncer de Cuello Uterino –PAP y Planificación Familiar, 2009.**

En esta norma se registran procedimientos convencionales para prestar información y servicios en anticoncepción, cáncer de cuello uterino e ITS – VIH/SIDA, referidas casi exclusivamente actitudes más tolerantes, comprensibles y humanas por parte del personal de salud, sin abordar los procedimientos de cuidados establecidos, en estos casos, por la medicina tradicional y popular.

Sin embargo, esta Resolución contiene indicaciones como la siguiente, en el caso de las infecciones de transmisión sexual:

---

<sup>42</sup> MSD, *Protocolos de atención maternal y neonatal culturalmente adecuados*, La Paz, 2006, p. 2.

<sup>43</sup> Ibid., p.13.

*“debemos tomar en cuenta que ellos (los usuarios indígenas) pueden conocer su enfermedad con el nombre de Jatun Ongoy, Wanthi, Janthi o Llijti, aunque identifiquen que las causas, signos y síntomas sean diferentes”.*

Es decir, abordan las dificultades lingüísticas que limitan una comunicación apropiada entre el personal y lo/as usuario/as.

Según su propia versión, en lo que parece ser una intencionalidad de más largo plazo:

*“el documento articula el enfoque de integralidad e interculturalidad al enfoque asistencial - biomédico en los procedimientos de atención y prevención, aplicados en los servicios de salud de primer nivel de atención, prestación de servicios de salud que consideran no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socio-económico, cultural y geográfico de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad”.*

Después de considerar los aspectos propiamente médicos y culturales de la atención a la maternidad y algunos avances en otros componentes de la salud sexual y reproductiva, en la línea de pensamiento basada en circunscripciones indígenas y originarias, se hace necesario retomar el tema de la participación comunitaria, que se mencionó al iniciar el capítulo como un condicionamiento básico del ejercicio de la salud intercultural.

Se decía que una de las claves de la posibilidad de cerrar las brechas en salud es la de otorgar capacidades o reconocer a sus autoridades indígenas tradicionales como tomadores directos de decisión en el campo de la salud, entre otros. Pues bien, esto pasa por establecer, en el ámbito local en el que se desenvuelven las comunidades indígenas, los recursos de los que disponen para ejercer sus derechos.

Desde 1994, además del Ministerio de Salud, que ya para entonces ha desplegado a título de regionalización sanitaria, una desconcentración básica de los servicios de salud para extenderlos por todo el extenso territorio nacional, existen otros actores decisivos en la búsqueda de habilitar recursos médicos en los lugares donde se concentra la población.

Se trata, principalmente, de los Gobiernos Municipales, que han asumido, recursos de por medio, importantes prerrogativas en la administración de los servicios de salud, incluyendo la construcción, mantenimiento y el financiamiento de las operaciones.

Es desde entonces, que se ha concentrado la autoridad sanitaria, participativa y concurrente en cada uno de los 327 territorios municipales en los que está dividido el país (**Decreto Supremo Reglamentario a la Ley de Participación Popular y descentralización, 1994**).

Esta normativa viene a colación debido a que las Municipalidades, como parte decisiva del quehacer de la salud, están obligadas a ser respetuosas de las diferencias étnicas y culturales de sus regiones porque no pueden sustraerse del contacto directo con sus poblaciones. De entrada, la **Ley de Municipalidades** afirma que en:

*“el municipio se expresa la diversidad étnica y cultural de la República” (art. 3; II.)*

Y que entre las funciones que tiene están las de

*“mantener, fomentar, defender y difundir los valores culturales, históricos, morales y cívicos de la población y de las etnias del Municipio” y favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, respetando su diversidad” (art. 5; II, 6 y 7).*

Sobre la base del proceso de descentralización de base municipal iniciado a mediados de los años 90, y con las competencias descritas, se asienta instrumentalmente la política más importante de salud pública de las últimas décadas: la **Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)**.

En sus partes relevantes dice:

*“Art. 1. (Objeto)*

*1. Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:*

*a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.*

*b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.*

*II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.*

*III. Los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar el Seguro Universal Materno Infantil”.*

En otras palabras, el Estado se compromete, mediante los municipios, a brindar, sin costo para la población, todas las atenciones de salud que requieran los niños y las mujeres embarazadas, debiendo adecuarse las mismas a las prácticas médicas tradicionales cuando las personas lo requieran.

En el **Decreto Supremo Reglamentario de la Ley del SUMI** (2002), se establece:

*“Art. 8. (Usos y Costumbres).Las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuan a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género”.*

Esta línea de empoderamiento de los pueblos indígenas en las decisiones sobre salud, se vio reforzada con la nueva **Constitución Política del Estado**, donde el *universalismo* ha sido eliminado como sinónimo de *homogenidad*, y se habla ahora de *unidad en la diversidad*.

Por eso, en el **Plan Nacional de Desarrollo “Para Vivir Bien”** (Decreto Supremo Nº 29272, 2007), se dice con claridad:

*“El Estado plurinacional es la expresión de un patrón de la diversidad en lugar de la homogeneidad. Se trata de una diversidad de distintas bases culturales, económicas, sociales, políticas, filosóficas, religiosas, territoriales e históricas articuladas de manera compleja, armónica e interdependiente. El Estado comunitario se apoya en la comunidad que no anula ni elimina a la persona, sino que la posiciona de modo diferente, donde se armoniza el bien particular con el bien comunitario”.*

Es en este Plan donde se oficializan las políticas y estrategias de salud pública y la interculturalidad, bajo la figura del sistema único de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI). Este sistema:

*“Permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana... mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar comunitaria intercultural.*

*La estrategia de esta política es la Universalización del Acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural,*

*orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.*

*El Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que comprende la Extensión de coberturas; el Fortalecimiento de Redes de Salud; Gestión de la calidad, Intercultural, género generacional; y Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. El requerimiento para la implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud”.*

Además, el Plan determina que para la implementación del programa se fortalecerán las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipios) para aumentar la capacidad resolutive de los servicios.

También, dice el Plan, que el Gobierno implementará el proyecto «Gestión de la calidad, con carácter plurinacional», con enfoque de género y generacional y creará reciprocidad del sistema con la comunidad y el respeto a los derechos de los indígenas, reconociendo, efectivamente, la medicina tradicional en las redes de salud en todo el país.

Anuncia que el proyecto de «Extensión de coberturas», desde unidades fijas y unidades móviles de salud, llegará a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país.

El sistema único recibe su nombre, en realidad, del modelo de atención y gestión asumido para el funcionamiento del mismo. El **Decreto Supremo 29601, modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural**, del 2007, por el cual se establece este modelo, eleva a rango de principio la interculturalidad:

*“Art.1.- (OBJETO)*

*El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.*

*Art. 2. (OBJETIVO DEL MODELO)*

*El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social*

*efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.*

### **Art. 3.- (PRINCIPIOS)**

#### **a. Participación Comunitaria**

*Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.*

#### **b. Intersectorialidad**

*Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.*

#### **c. Interculturalidad**

*Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.*

#### **d. Integralidad**

*Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud-enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.*

### **Art. 6.- (CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD)**

*a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).*

*b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios*

*c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.*

*d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.*

*e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.*

**Art. 12.- (RED MUNICIPAL SAFCI)**

*I Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.*

*II Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad”.*

Demás esta decir que la incorporación del concepto salud familiar junto al de comunidad y al de interculturalidad sugieren la adopción de medidas y políticas de salud más afines a las demandas de autonomía en salud de los pueblos indígenas. Son conocidos los postulados indígenas sobre el “buen vivir”, que armonizan individuos, familias y comunidades entre ellos y con la naturaleza.

Ya se anuncian políticas de salud en ese sentido, empezando por la extensión del Seguro Universal Materno Infantil hacia un Seguro Universal de Salud (para toda la familia) y la incorporación de las poblaciones indígenas, campesinas y originarias a la Seguridad Social.

Entre tanto, el nuevo **Plan Estratégico de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2009 – 2015**, prevé una línea estratégica de acción para profundizar la adecuación intercultural de los servicios en los establecimientos de salud. Establece que el Gobierno integrará prácticas médicas tradicionales, realizará perfiles epidemiológicos culturales, promoverá la incorporación de parteras y médicos tradicionales en los equipos de salud familiar comunitaria intercultural, apoyará la revisión

de currículums de las universidades e implementará proyectos participativos de adecuación intercultural en los servicios.

BORRADOR

## 5 Fortalecimiento de la medicina tradicional

Finalmente, y no por eso menos importante, en este capítulo se abordará el proceso, y los conceptos que lo acompañan, de introducción de la medicina tradicional en el cuerpo normativo del sistema público de salud boliviano, aunque el tipo de conceptualización que entran en juego sólo mencionan periféricamente los temas de atención a la salud materna.

En estas tierras, la medicina tradicional siempre ha existido, con defensores y detractores de toda naturaleza. Bolivia misma está localizada sobre el antiguo territorio del Kollasuyu (tierra de médicos). Sin embargo, no es si no desde la década de los 80 del siglo pasado, que ha empezado a ser oficialmente reconocida y valorada en todas sus expresiones.

La lucha de los médicos tradicionales por lograr un espacio en la normatividad oficial no ha sido sencilla y no está resuelta. Un diverso y resuelto grupo de médicos tradicionales y muchos partidarios desde dentro y fuera del sistema de salud, llevan adelante frecuentes encuentros y movilizaciones en la búsqueda de la legalización de las prácticas médicas tradicionales y, también, de sus operadores.

Numerosos proyectos han sido alentados por las organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales, así como un inusitado número de publicaciones de investigaciones, registros herbolarios, acuerdos interinstitucionales, organizaciones propias de médicos tradicionales, cursillos y congresos.

Bolivia fue el primer país de América en aceptar oficialmente la vigencia de la medicina tradicional, consiguiendo, en 1986, una primera **Reglamentación de la Práctica de las Medicinas Nativas**.

Cíclicamente, desde entonces, la medicina tradicional figura en las políticas de salud, unas veces como entidad paralela a la institucionalidad de los servicios públicos de salud (**Plan Global de Salud**, de 1986), con instancias desconcentradas, del tipo **Instituto para el Estudio de los Recursos Medicinales de Bolivia**, creada por Ley y nunca puesta en marcha, o del tipo Dirección de Medicina Tradicional, creada el 2003, como germen de lo que vendría a constituirse en el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad creado dentro del Ministerio de Salud y Deportes en el año 2006.

**ARTÍCULO 92.- (ATRIBUCIONES DEL VICEMINISTERIO DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD).** Las atribuciones del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes:

- a) Diseñar y proponer la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico-cultural de los servicios de salud.
- b) Diseñar, proponer y desarrollar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, pueblos, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.
- c) Incorporar y desarrollar prácticas de medicina tradicional en el Sistema Único de Salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- d) Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- e) Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.
- f) Implementar normas y reglamentos respecto a la protección de la propiedad intelectual de toda la farmacopea relativa a la medicina tradicional.
- g) Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la medicina tradicional en los sectores de: Médicos Tradicionales, Parteras(os) y Naturistas.
- h) Registro y certificación de los Médicos Tradicionales, Parteras(os) y Naturistas.

Lo de intercultural, en esta línea conceptual, viene a ser un ingrediente impuesto por el desarrollo de iniciativas de complementación de los servicios de atención a la salud materna, por una parte y, por otra, por la ocupación física de algunos centros de salud por parte de médicos tradicionales dispuestos a compartir formas combinadas de atención a la salud de la población, incluyendo consecuencias no esperadas, fundadas en las tendencias comerciales y partidistas de grupos de médicos tradicionales y de otras medicinas alternativas sin base comunitaria.

En la esfera normativa, se desarrollan presiones para la legalización de medicinas naturales, incluyendo aquellas de corte comercial y el registro de médicos naturistas por parte de sus propias organizaciones, con el aval del Ministerio de Salud.

Para el logro de este controvertido crecimiento institucional han sido fundamentales los aportes técnicos y financieros de algunas agencias de cooperación, con el soporte de iniciativas organizativas, de investigación y docencia. Se destacan los centros de investigación de las universidades de La Paz y Cochabamba, el postgrado de Salud Intercultural de la Universidad de Potosí y la Mesa de Salud Intercultural del Ministerio de Salud, así como el Plan de Salud Indígena de la OPS/OMS, entre otros.

Sin embargo, el posicionamiento formal y definitivo de la medicina tradicional, centrado efectivamente en las poblaciones indígenas, tiene otras fuentes. La medicina tradicional o con más propiedad, las llamadas medicinas indígenas, figuran desde el principio junto con las reivindicaciones del rescate de los territorios originarios y de las demandas de ciudadanía plena de las organizaciones indígenas originarias, tanto de tierras bajas como altas de Bolivia. Forma parte sustantiva de la emergencia política de los movimientos sociales, que han llegado a asumir un papel central en la construcción de un Estado plurinacional, como establece la nueva **Constitución Política del Estado** en vigencia y, de seguro, integrarán el complicado rearmado institucional que esto implica.

Este enfoque reivindicativo de la medicina tradicional, que pretende poner en manos de los propios protagonistas indígenas no solamente el destino de sus culturas si no, también, las decisiones y los mecanismos de las políticas de desarrollo que les conciernen, está signado por los derechos reconocidos internacional y nacionalmente a los pueblos indígenas, sin excepción.

En Bolivia, han sido ratificados los dos documentos más importantes del cuerpo jurídico internacional relacionado con los pueblos indígenas: el **Convenio 169, de la OIT**, de 1976, y la reciente **Declaración de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas**. Bolivia fue el primer país en el mundo en promulgarla como Ley de Estado.

Aunque aún no existen iniciativas contundentes para aplicar fielmente esos postulados, está abierta la posibilidad jurídica para ejercitar la implementación de sistemas autónomos de salud indígena por cuenta del Estado (Distritos Indígenas de Salud), en concordancia con el régimen general de las Autonomías Indígenas, en marco de la **Constitución Política del Estado**. Por el momento, ya existen esfuerzos programáticos independientes de las organizaciones indígenas y sociales.

**La Ley 1257 ratificatoria del Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes**, de 1991, ya contemplaba:

“Art. 2

*1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.*

*2. Esta acción deberá incluir medidas:*

*a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;*

*b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;*

*c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.*

#### **Art. 4**

*1. Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados.*

*2. Tales medidas especiales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos interesados.*

*3. El goce sin discriminación de los derechos generales de ciudadanía no deberá sufrir menoscabo alguno como consecuencia de tales medidas especiales.*

#### **Art. 5**

*Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:*

*a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;*

*b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;*

*c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo”.*

Precisamente, uno de esos caminos para el reconocimiento de las medicinas tradicionales es el que se expresa en la **Política Nacional de Medicamentos** (RM 0034, 2003), en la que se estima que:

*“La medicina tradicional está adquiriendo más atención dentro del contexto de la atención sanitaria en Bolivia, en esta línea, el Estado a través de la Unidad de Medicamentos desarrollará pautas normativas y de control de calidad para la producción, registro y comercialización de productos naturales utilizados en la medicina tradicional. La normativa estará dirigida a la producción artesanal por microempresas. Este proceso será apoyado por un comité multidisciplinario con especialistas en medicina tradicional que será considerado como órgano evaluador y asesor de medicamentos naturales.*

*Así mismo, se facilitará asesoramiento a productos artesanales y microempresas sobre producción, registro y control de calidad de los productos naturales y tradicionales.*

*El Ministerio de Salud y Previsión Social establecerá una lista básica de medicamentos naturales y tradicionales reconocidos para la atención primaria en salud y promoverá la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales”.*

Este esfuerzo, destinado a poner en circulación oficial la medicina tradicional, no obstante el vacío normativo que supone el sometimiento de las medicinas a un sistema de validación científica, no hubiera sido posible sin la decisión anterior de abordar el tema de la medicina tradicional y de sus prácticas dentro del mecanismo de aseguramiento universal adoptado desde 1995, primero con el nombre de **Seguro Nacional de Maternidad y Niñez**, luego como **Seguro Básico de Salud** y, finalmente, como **Seguro Universal Materno Infantil**.

Se estima, que en breve, en el marco de la nueva Constitución Política del Estado, el sistema de aseguramiento universal se amplíe a toda la población. Hay un proyecto de Ley, en el Órgano Legislativo, a la espera de su aprobación.

En un esquema político anterior, se pensó que la forma más franca y directa de introducir el tema de la medicina tradicional y sus operadores, a una mecánica concreta, financiada y alentada por el Estado, con destino preferente a los pueblos indígenas y originarios, era asociándolos al Seguro Básico de Salud (hoy SUMI), con el título de **Seguro Indígena de Salud**, lo que causó un fuerte rechazo, incluso por parte de los movimientos sociales y por el siguiente Gobierno, debido a que suponía, en el fondo, una fractura del sistema público de salud. Esta modalidad fue pronto formalmente desechada, pero sus componentes subsistieron en las normas de atención.

Es importante citar sus contenidos normativos, puesto que revelan la forma cómo se vinieron interpretando las relaciones con el sistema médico tradicional, en cuyo seno se encubaba la futura afirmación de la medicina tradicional como pilar del propio sistema único de salud y consecuentemente, como parte natural del **Seguro Universal de Salud**.

**El Decreto Supremo 26330 del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario**, del año 2001, definía:

*“Art. 1. Se implementará el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario en coordinación con la CSUTCB y sus respectivas Federaciones Departamentales, CIDOB y sus organizaciones a las cuales representa y otras Organizaciones Indígenas Originarias; en base al Seguro Básico de Salud creado mediante el Decreto Supremo Nú.25265.*

**Y la Resolución Ministerial 0030, reglamentaria del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario**, La Paz, 2002, detallaba:

*“Art. 1. (De los componentes del SBS Indígena y originario) El SBS - IO, tendrá los siguientes componentes:*

*I. Aseguramiento. Extensión del sistema de aseguramiento público, con nuevas prestaciones incorporadas al Seguro Básico de Salud, que promuevan: La adecuación cultural, el reconocimiento del equilibrio del cuerpo, el espíritu y el medio, la multiculturalidad en salud. (Comentario: El SUMI recupera estas nociones, no se implementa en general)*

*II. Interculturalidad. Con el desarrollo de oficinas interculturales en salud, (yanapiris: el que ayuda) que promuevan y faciliten la atención en los servicios y programas de salud, así como otras acciones que promuevan la interculturalidad. (Comentario: Son muy pocos los servicios que tienen estas oficinas)*

*III. Auxiliares Comunitarios de Salud. Para articular el sistema comunitario, organización de la demanda de servicios y promuevan la salud y la vida en los municipios seleccionados. (Comentario: Siempre han existido voluntarios y líderes comunitarios que realizan labores de promoción)*

*IV. Farmacopea Nativa. Que promueva la utilización científica, difusión, consumo, incorporación, investigación y comercialización de plantas medicinales, medicamentos y sustancias originarias en salud. (Comentario: Está en el SUMI y en la Constitución Política, es de difícil aceptación)*

*V. Brigadas Integrales en Salud. Equipos móviles e itinerantes de salud, para la extensión de los servicios a las comunidades*

*indígenas y originarias, dispersas y alejadas en los municipios seleccionados.* (Comentario: Actualmente, los Equipos o Brigadas SAFCI, constituidos por un médico, odontólogo, trabajadora social y auxiliar, se desplazan a las comunidades para prestar atención en salud)

*VI. Fomento de Hábitos Nutricionales Tradicionales. Que promueva, desarrolle y facilite, conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales saludables en todo el país y a nivel internacional, a través del consumo de alimentos tradicionales de cada piso ecológico, como la quinua y otros, de alto valor nutricional.* (Comentario: eso mismo pretende el programa desnutrición cero, pero no está muy desarrollado el procedimiento)

*VII. Desarrollo de Servicios de Salud y Medicina Tradicional en los Municipios Seleccionados, que fortalezcan la oferta de servicios, culturalmente adecuados para la población indígena y originaria del país, incorporando y extendiendo coberturas, programas y políticas de salud aplicadas. Así como la adecuación de equipamiento en infraestructura a la práctica y costumbres aceptadas por la población beneficiaria.* (Comentario: El modelo SAFCI pretende extenderse a todo el territorio)

*VIII. Capacitación destinada a formar profesionales indígenas y originarios en salud, así como a desarrollar políticas, programas adecuados a la población indígena y originaria.* (El modelo SAFCI pretende la complementariedad entre la medicina tradicional y la biomédica u occidental para toda la población)

*IX. Calidad de Atención y Adecuación de la Oferta, que en base a una visión comunitaria de la calidad, incluyan en la práctica diaria de los servicios de salud, medicina tradicional, respeto a la cultura, utilización de las propias lenguas y bilingüismo en la prestación de servicios, así como la incorporación de hábitos saludables tradicionales en la población boliviana, así como adecuada práctica profesional tradicional y occidental.* (Comentario: La actual política de salud del Estado Plurinacional incorpora el control social)

*X. Fortalecimiento de Capital Social, Redes y Gobiernos Municipales que promuevan la Salud con Identidad. Que en el marco de las organizaciones tradicionales y de las estructuras de Gobierno del país, se fortalezca la visión y misión de la salud con identidad, promoviendo participativamente, planificación estratégica y local, así como un permanente empoderamiento de las comunidades y población beneficiarias por la salud y la vida".* (Comentario: El Modelo SAFCI incluye la participación social en la gestión de salud mediante las autoridades locales de salud, los

comités locales de salud donde interactúan la comunidad con el personal de salud a nivel de establecimiento de salud, las mesas municipales y departamentales de salud)

Como se ha visto, todos estos componentes han sido retomados posteriormente por otras disposiciones y medidas del sistema público de salud. En rigor, no era necesario crear un mecanismo de aseguramiento especial como el Seguro Básico de Salud Indígena para poder realizar esas acciones de salud intercultural. Lo que no quiere decir que estos componentes se hubiesen desarrollado satisfactoriamente, en extensión y profundidad.

Las disposiciones que no tuvieron efecto inmediato ni fueron asumidas posteriormente, en cuanto a la reposición de los costos ocasionados en su implementación, son las referidas a las prestaciones, sus prestadores (médicos tradicionales) y el transporte de embarazadas:

*Art. 4. (De las prestaciones)*

- I. El SBS-IO cubre la atención ambulatoria de enfermedades que afectan a los menores de 5 años y mujeres en edad fértil, dentro de las prestaciones descritas en el presente Reglamento.*
- II. Las prestaciones consisten en atenciones que incluyen consulta y medicamentos de la farmacopea nativa.*

- 4.1. Atención a la Niñez, incluye un conjunto de prestaciones de salud, dirigidas a los menores de cinco años.*

*No. Prestaciones Tarifa en Bolivianos*

- 1 Bronquitis aguda - Ch´aki ch´oju 2*
- 2 Diarrea - K´echa onkoy 1.53 Parasitosis - Khurus o K´uyk´as 2*
- 4 Conjuntivitis- Mal de ojo 2*
- 5 Foliculitis - Ch´upu 2*
- 6 Mal de susto- ánimo sarjkata o mal de ajayu 2.5*
- 7 Sarcoptosis - Rasca rasca - Rasca palomita 3*

- 4.2. Atención a la Mujer y Recién Nacido, comprende prestaciones de salud, orientadas a lograr una maternidad segura y un recién nacido sano.*

*Nº Prestaciones Tarifa en Bolivianos*

- 8 Referencia de pacientes embarazadas a establecimientos de salud, para atención del parto 10*
- 9 Entrega de la Placenta 0.50*
- 10 Certificado de Nacimiento 17*

*Art. 9. (De los prestadores)*

*I. Las prestaciones del SBS Indígena y Originario serán realizadas tanto por los médicos tradicionales (Amautas, Kolliris, Huatos, Yatiris, Qhaqadores, Jampiris, Kakoris, Aysiris, Chamanes, Ipayes) reconocidos según RM 231/87, como por personal institucional de los establecimientos de salud de acuerdo a la siguiente norma:*

- Prestaciones 1,2,3,4,5,6,7,8 por médicos tradicionales*
- Prestaciones 9 y 10 por personal institucional en servicios de salud.*

*IV. El médico tradicional sólo está autorizado a realizar atenciones dentro de la comunidad en la que es reconocido, en caso de traslado o cambio de dirección deberá realizar un nuevo trámite ante el SEDES correspondiente*

*Art. 11. (Del traslado de embarazadas)*

*El médico tradicional podrá solicitar el traslado de mujeres embarazadas a los establecimientos públicos de salud para la atención del parto, por esta derivación el médico tradicional recibirá un incentivo de 10 Bs”.*

Es necesario anotar que lo que introducía la reglamentación del Seguro Indígena y Originario era, aunque de modo muy parcial, el financiamiento estatal de un número limitado de prestaciones realizadas por médicos tradicionales, con lo inauguraba una forma de financiamiento público a un sector esencialmente informal. Cómo puede imaginarse fácilmente, ése fue uno de los principales motivos de las resistencias que provocaron su eliminación.

De todos modos, lo que queda actualmente de esas intenciones es la incorporación de los medicamentos tradicionales dentro de la política nacional de medicamentos y dentro del **Seguro Universal Materno Infantil**. Correspondientemente con ello, la organización de la compra y distribución de estos medicamentos cae en terreno resbaloso, pero no eludido, en los márgenes de lo que son las regulaciones de bienes y servicios, que por supuesto no contemplan bienes que no están registrados y que no son proporcionados por entidades informales, como son los médicos tradicionales.

En el **Decreto Supremo 26873, Sistema Nacional Único de Suministro, Medicamentos e Insumos (SNUS)**, del 2002, se mencionan a las “Boticas Comunes” y los “productos naturales tradicionales”:

*“Art. 8.- (DE LA BOTICA COMUNAL).- Se implementa la Botica Comunal en comunidades postergadas y alejadas de establecimientos de salud, como un servicio de salud de atención básica, administrado por la comunidad y operada por un*

*promotor de salud, en la cual se suministra medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales, bajo un listado básico y reglamentación específica del Ministerio de Salud y Previsión Social”.*

Obviamente, se tiene que aclarar entonces el procedimiento. Para eso la Resolución Ministerial 0735, del mismo año, reglamenta el SNUS, dice:

*“Art. 14.- (DE LA ADQUISICIÓN).-*

*III.- Se calificarán como productos elegibles, únicamente aquellos que cumplan con los requisitos y especificaciones técnicas como garantía de calidad, debiendo la calificación del precio y plazo de entrega ser parámetros de ponderación posteriores.*

*Art. 43.- (DE LOS OBJETIVOS DE LA BOTICA COMUNAL).-*

*La implementación, funcionamiento y control de la Botica Comunal deberá cumplir con los siguientes objetivos:*

- a) Suministrar los medicamentos incluyendo productos naturales y tradicionales establecidos en el listado básico de Boticas Comunes.*
- b) Promover el uso racional de medicamentos y productos naturales y tradicionales a nivel comunitario*
- c) Promover la participación de la comunidad en el proceso de gestión del suministro de medicamentos del listado básico definido.*
- d) Disminuir la automedicación a través de los procesos de capacitación sobre el uso correcto de los medicamentos”.*

Cómo se habrá notado en la lectura de este capítulo, la parte de la salud intercultural que involucra el fortalecimiento de la medicina tradicional tiene pocos elementos específicamente destinados a considerar la salud materna.

Lo más próximo a la salud materna desde la medicina tradicional son los rituales del embarazo y el parto, las parteras y parte de la herbolaria medicinal. Aun así, su rescate y procesamiento al interior de los servicios de salud aún no han encontrado formulaciones normativas capaces de definir con claridad el rol y el funcionamiento de esos recursos, sin afectar profundamente la concepción de salud predominante.

No deja de ser cierto, también, que existe cierta incompatibilidad estructural con normativas administrativas, de recursos humanos y de productos farmacológicos, que está lejos de solucionarse.

El reconocimiento de los médicos tradicionales y, en especial, de las parteras, como parte de los equipos de salud del sector público, implica

su consideración como funcionarios públicos, lo que equivale a incorporarlos con los mismos derechos y responsabilidades laborales. Esta operación podría ocasionar la pérdida de un rasgo esencial de la medicinas tradicionales, entre otros; el no tener como jefes a las autoridades de otras medicinas.

BORRADOR

## 6 Reflexiones finales

Coincidentemente con la emergencia de un contexto histórico altamente favorable para el desarrollo de iniciativas de cuño intercultural, tanto en Bolivia, como a nivel internacional, se ha logrado elevar a rango de ley nacional la **Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas**, aprobada el 13 de septiembre de 2007, en la 62 Asamblea General del organismo internacional. Estos son sus enunciados pertinentes y los que, sin duda serán tomados en cuenta en la reconstrucción del cuadro normativo de las políticas nacionales de salud en un futuro cercano:

*“Art. 4*

*Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho a la libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de medios para financiar sus funciones autónomas.*

*Art. 23*

*Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.*

*Art. 24*

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.*

*2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.*

*Art. 31*

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la*

*lora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las partes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.*

**Art. 33**

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar su propia identidad o pertenencia conforme a sus costumbres y tradiciones. Ello no menoscaba el derecho de las personas indígenas a obtener la ciudadanía de los Estados en que viven.*

*2. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las estructuras y a elegir la composición de sus instituciones de conformidad con sus propios procedimientos”.*

En ese marco y en el proporcionado por la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el rearmado del cuadro legislativo nacional implicará, en breve plazo, la organización de un Estado que no sólo reconozca la diversidad étnico y cultural del país, si no que asuma el reto inevitable de constituirse a si mismo y obrar en forma plurinacional.

Cómo se ha visto en este documento, un aspecto central de todo este proceso de cambio radica, incluyendo la gestión de la salud, en la institucionalización de la gestión integral comunitaria de las políticas públicas, en la mayor y efectiva participación de las organizaciones indígenas y originarias en la toma de decisiones y en la orientación del aparato de estado hacia los usos y costumbres de la población boliviana.

Si, como dicen, la interculturalidad en salud “es un puente, un enlace, una estrategia que toma en cuenta las variables étnico culturales de la población indígena en salud en la atención a la salud”<sup>44</sup>, en Bolivia, este puente está construyéndose gracias a la labor de construcción del poder de Estado de base comunitaria, con todo lo que esto implique.

Distritos Indígenas de Salud, Autonomías Indígenas, Territorios Comunitarios de Origen, Gestión Compartida de la Salud, Redes Sociales y el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural serán los instrumentos del ejercicio de la salud intercultural que pesarán inevitablemente sobre la organización de la atención en los servicios públicos de salud, paralelamente al aseguramiento universal del derecho a la salud.

El intento de sistematización y análisis de la normativa boliviana actual y de sus perspectivas de ajuste e implementación en el corto y mediano plazo, que se hizo en este documento, muestra que existen diversas

---

<sup>44</sup> Luca Citarella, citado en Roberto Campos, **Op. Cit.**, p. 4.

corrientes de pensamiento que compiten, las más de las veces en forma leal y concertadora, para desarrollar caminos distintos en la construcción de la salud intercultural, al menos en el tema de atención a la salud materna.

Cada una de las líneas de pensamiento con efecto en el sistema normativo de salud, analizadas en este documento, contribuye al desarrollo de un concepto amplio y diverso de salud materna intercultural, que no puede traducirse en normas de aplicación universal ni de permanente duración, como las que se formulan y aplican en el esquema excluyente de la biomedicina.

Las normas de salud materna intercultural, no obstante el hecho de que contienen recomendaciones prácticas más o menos comunes, del tipo parto vertical, cuya disponibilidad optativa en los servicios es ya irreversible, necesitan ser construidas y reconstruidas constantemente, con los adelantos y aportes de todas las corrientes de pensamiento sanitario.

La interculturalidad en salud como puente entre culturas médicas distintas no sólo supone el establecimiento de un diálogo constante entre el personal de salud y lo/as usuario/as; también requiere de un diálogo constante entre los portadores de concepciones e intereses distintos, dentro y fuera de los servicios de salud, para el establecimiento de normas y protocolos de atención intercultural.

De hecho, ya existen filtros comunicantes, más prácticos que conceptuales, que permiten acuerdos tácitos para crear escenarios de compromisos interculturales. Ya sea mediante el reconocimiento de la partera tradicional simplemente como agente que brinda calidez y confianza a la embarazada, como vigilante para la identificación y referencia de embarazadas con señales de peligro, como activa integrante del equipo de salud o como proveedora independiente de la atención legítima del parto natural, hay un acuerdo implícito en valorar de algún modo su contribución.

El paso siguiente tendrá que ser el de precisar, en cada una de esas dimensiones, los roles de la partera que el Estado está dispuesto a reconocer plenamente y a los que deberá brindar mejores recursos que los actuales para su adecuado ejercicio, de acuerdo siempre con las organizaciones representativas de la comunidades, especialmente indígenas.

Lo mismo puede decirse de un número limitado de intervenciones en salud materna: parto vertical, ingesta de líquidos, masajes y manteos, devolución de la placenta y otros.

Algunas líneas de pensamiento sanitario con enfoque intercultural darán, por supuesto, mayor o menor valor a las prácticas médicas de

origen indígena o popular, pero se les puede exigir que fundamenten del modo más sistemático y detallado posible sus argumentos, que los expongan abiertamente y que traten de convencer sobre lo negociable culturalmente.

Afrontar esas tareas puede llevar tiempo, pero es seguro que habrán resultados positivos, que atenúen los excesos de las convicciones y alienten los beneficios probables para alcanzar objetivos comunes; porque, en realidad, todos persiguen mejoras sustantivas en la salud de las mujeres, especialmente indígenas y originarias. Se debe estar tan dispuesto a ceder como a ganar en las posiciones que se defienden.

El rastillaje normativo realizado en el documento muestra de que no es posible unificar todos los acuerdos y que habrá que asumir un sistema único de salud familiar comunitaria intercultural con una importante cantidad de modalidades concertadas. Hay mayor trabajo de reflexión normativa y operativa de prácticas interculturales en la zona andina de Bolivia, pero no se puede pretender que sean extrapoladas a las poblaciones indígenas de tierras bajas sin estudios y experiencias previas, que confirmen o desechen las propuestas.

Hasta hoy, los temas de salud intercultural en salud materna se han concentrado en la consideración de poblaciones indígenas y originarias y en sus culturas médicas más o menos cohesionadas. En el futuro habrá que incorporar con mayor rigor la consideración de las transformaciones históricas de estas y otras configuraciones médicas de origen cultural. Ahí están las medicinas tradicionales enriquecidas con los aportes de la medicina formal, las consultas a opiniones médicas de distinto origen y las combinaciones de tratamientos tradicionales, populares y científicos. O a la inversa.

Los protocolos de atención intercultural a la salud materna todavía están focalizados preferentemente en los momentos del trabajo del parto hasta el alumbramiento, debilitándose en lo previo y en lo siguiente. En el futuro, se tendrá que analizar y normar, de la manera flexible que se sugiere, en el concepto mayor del ciclo de vida y en sus hitos decisivos, así sea incorporando el abordaje de temas nutricionales, educativos, sexuales, hormonales y psicológicos.

Se pueden encontrar referencias muy puntuales pero insuficientes a la herbolaria y productos farmacológicos tradicionales, incluso artesanales; pero las normas existentes no han logrado identificar ni prever conductas institucionales a las cosmovisiones más complejas, con sus rituales y mecanismos, ni a otras realidades socioeconómicas igualmente decisivas para la gestión intercultural de la salud. La salud intercultural no puede sustraerse del contexto de exclusión socioeconómica de las poblaciones indígenas.

Mujeres y niños atendidos en hamacas, médicos tradicionales realizando con naturalidad visitas médicas a sus pacientes internados en hospitales, familiares realizando ruidosos rituales de agradecimiento a la madre tierra en el patio de los centros de salud, dirigentes con abarcas decidiendo las mejores inversiones en equipamiento de los centros, casas de acogida de mujeres embarazadas atendidas por parteras tradicionales, laboratorios y farmacias de medicinas tradicionales en funcionamiento permanente, personal de salud capacitado por médicos tradicionales, facilitadores culturales en los equipos de salud, universidades indígenas y cientos de alternativas similares son sólo parte de las imágenes de la realidad que requieren apoyo, sistematización y normatización compartida.

En el futuro próximo, debería intentarse aproximar a la mayor parte de actores de la gestión pluricultural de la salud para compatibilizar normas y programas, del mismo modo cómo debería documentarse el grado de implementación de los mismos, con la ayuda de instrumentos de evaluación sensibles a indicadores consensuados de salud intercultural.

BORRADOR