

Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos

Marcos Paz, Daniel González y Z. Gambirazio
Family Care International
Quito, noviembre 2009

Resumen de la ponencia presentada en el Seminario Taller *Interculturalidad y Ejercicio de los Derechos en la Subregión andina con énfasis en la Salud Sexual y Salud Reproductiva para el fortalecimiento del Sumak Kawsay*, convocado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el UNFPA del 10 al 13 de noviembre 2009 en Quito, Ecuador.

Family Care International (FCI) lleva a cabo en 2009/10 el proyecto regional *Modelos de adaptación cultural de servicios de salud materna: una propuesta de sistematización y análisis* en Bolivia, Ecuador y Perú. En el marco de este proyecto FCI ha formulado un marco conceptual y metodológico con el que se ha procedido a recolectar un conjunto significativo de normas y disposiciones existentes relativas a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, especialmente en el área de la salud materna, desde una perspectiva intercultural, con la finalidad de constituir una base de conocimientos y recomendaciones suficientemente precisa para contribuir a consolidar procesos sistemáticos de mejoramiento de la calidad de los mismos.

FCI lleva a cabo este proyecto 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). El proyecto quiere contribuir a la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, impulsado por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y, en particular, a su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud.

Esta presentación incluye un análisis preliminar de las normas consultadas y también algunas ideas fundamentadas en la documentación recabada, para contribuir a generar un mejor diálogo respetuoso y mutuamente beneficioso entre los diversos sistemas médicos.

Las normas sanitarias, dirigidas a establecer o consolidar 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.

C o n e l a p o y o d e :



Con la evolución de los sistemas de salud, las normas han ido cambiando aceleradamente desde percepciones rígidamente patogénicas hasta concepciones cada vez más compenetradas con el bienestar de individuos, familias y comunidades. Las normas de salud se van flexibilizando, desde un punto de partida biomédico, con la incorporación de nociones y recomendaciones derivadas de los conceptos 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 la presencia de intenciones de transformación y control de sus determinantes.

En los tres países (Bolivia, Ecuador y Perú), las Constituciones Políticas reconocen el derecho de las personas a su identidad étnica y cultural, debiendo el Estado proteger la pluralidad étnica y cultural. En Ecuador, ya se establece un mecanismo operativo más preciso en salud, garantizando *“las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”*.

Bolivia, que tiene la Constitución más reciente, fruto de un complejo proceso de cambio de amplia base popular, es contundente al establecer que *“El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos”*. Además, es muy específica en el tema de la salud materna: *“Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural”*.

En la composición normativa secundaria se da por hecho que la salud es un derecho universal, pero es en Ecuador donde se afirma que *“Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona”*. Es sugestivo que se incluya esa última precaución cuando se sabe que es igualmente válida para cualquier práctica médica. En la Ley Orgánica de Salud, se dice, incluso, que *“La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas”*.

El Código de Salud de Bolivia- bastante antiguo- aborda el tema étnico o racial como una cualidad de la sociedad, pero no del Estado ni de sus dispositivos, simplemente como una condición que no debería incidir en la universalidad de los servicios; es decir, la de dar la misma atención a todos, sin exclusiones de ningún tipo: *“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”*.

Los tres países son signatarios del famoso Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 sobre Pueblos Indígenas. Aunque no han sido muy rigurosos en su aplicación, es interesante recordar que éste dice que: *“Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control ... Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario... tener en cuenta sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales[...]*”.

Veinte años después, en el artículo 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), que el Gobierno de Bolivia fue el primero en ratificar, se establece que *“Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. Particularmente, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas... y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”*. Es ese “en lo posible” que muchas organizaciones indígenas y originarias, con la resistencia de las entidades formales, encuentran

un serio escenario de confrontación y duda. No se trata simplemente de pensar y obrar con ajustes en los modelos de atención a la salud si no en la posibilidad de que los pueblos administren directamente los servicios que mejor les convengan.

En los tres países existen programas de salud materno infantil que han sido llevados al rango de leyes, reflejando una persistente prioridad en las políticas públicas de salud y, sobre todo, en la voluntad de incrementar el acceso de la población a servicios básicos de salud, levantando, al menos, los impedimentos derivados de los costos de las atenciones y los medicamentos. Estos servicios han dado lugar o han sido incorporados a sistemas de aseguramiento universal sostenidos por Estado, con la tendencia a ampliarse a partir de prestaciones o paquetes de insumos y medicamentos limitados hasta un conjunto más amplio para las familias. Además, han servido para estandarizar normas y organizar modelos de atención de base comunitaria.

Adicionalmente, en Bolivia, las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), “*cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección*”. De esta forma, por lo menos en la norma oficial, se plantea una efectiva introducción de prácticas y productos de las medicinas tradicionales en la conducta rutinaria de los servicios públicos de salud, aunque sin definir claramente los procedimientos técnicos requerido para cumplir con esa disposición. Se ha intentado, en su momento, asociar a este mecanismo una especie de Seguro Indígena de Salud, pero sin resultado. Hoy hay indicaciones ciertas de que por lo menos algunos centros de salud se dotarán de farmacias municipales que incluirán productos de la farmacopea tradicional - validados científicamente - como cualquier otro producto medicinal. También se han experimentado con diferente éxito atenciones compartidas con médicos tradicionales en algunos centros de salud.

De cualquier forma, en los países andinos ya existe una institucionalidad importante para definir políticas y acciones relacionadas con los pueblos indígenas, la medicina tradicional y las prácticas de adecuación intercultural de los servicios de salud, especialmente en la atención a la salud materna, aunque todavía subsisten fuertes resistencias de parte de los operadores de salud, que no pueden dejar de considerar a los llamados “recursos humanos comunitarios” como simples colaboradores de la medicina académica reconocida.

El Perú dispone del destacado Centro Nacional de Salud Intercultural; Ecuador, de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; y Bolivia del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Independientemente de valorar cada uno de estos esfuerzos y de reconocer sus aportes a la construcción de sistemas de salud inclusivos e interculturales, es evidente que existe abierto un camino que une de algún modo a la medicina tradicional con la académica, a la farmacopea tradicional con la biomédica y, crecientemente, a las culturas médicas de los pueblos indígenas.

De la mano de la denominada atención humanizada, han surgido desde la propia experiencia de los servicios de salud, no siempre con la apertura conceptual necesaria, definiciones normativas de alto impacto en la calidad de atención, especialmente en el tema de la atención a la salud materna. Además de voluminosos manuales y protocolos donde tímidamente se incorporan criterios de satisfacción de las usuarias, hay resoluciones puntuales que afectan decisivamente la conducción de los servicios de salud, desde el punto de vista del operador.

Por ejemplo, la Resolución Ministerial 0496 del año 2001, en Bolivia, *Sobre 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal*, puntualiza, como acciones de impacto probado:

- *Un plan de acceso para el parto o emergencia*
- *La presencia de un familiar o allegado de la embarazada*
- *La ingestión de líquidos*

- *Devolver la placenta a las madres puérperas cuando lo soliciten o acepten*
- *Otras de parto humanizado y control social*

Sin embargo, para tomar conciencia de la dificultad del cambio paradigmático, existen otras disposiciones que avanzan en el plano biomédico y retroceden en el tema intercultural. En la Resolución Ministerial del 2008 (*Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud*), emitida por un Gobierno ampliamente comprometido con los destinos de las poblaciones indígenas mayoritarias de Bolivia, de los 286 estándares de calidad dispuestos para los tres niveles de atención, sólo dos contemplan aspectos socioculturales:

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

Para ilustrar cómo puede ocurrir que desde diferentes instancias de los Ministerios de Salud pueden estarse generando diferentes estrategias, se pueden citar las Pautas para la política de salud intercultural, del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, establecidas en Bolivia el año 2006 luego de una amplia consulta nacional, sobre los estándares de calidad. En éstas se detallan los siguientes criterios de 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*

El abordaje específico de normas para tratar problemas de salud de pueblos indígenas ha merecido esfuerzos epidemiológicos también especiales, aunque no siempre con un enfoque horizontal o dialógico. En Perú la Resolución Ministerial 798 del año 2007 (conocida como *Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad*) dice: “... Dentro del respeto que merecen estos pueblos a fin de evitar reacciones indeseables por parte de ellos, que pongan en peligro la vida de los servidores de salud, así como para evitar que el contacto desencadenen brotes epidémicos que atenten contra la vida de estos pueblos”. Este es claramente un enfoque defensivo, poco dispuesto a reconocer las potencialidades de otras culturas y medicinas.

Lo anterior contrasta con esfuerzos realmente dirigidos a la complementariedad y la interculturalidad, que en los tres países andinos se han desarrollado casi simultáneamente y casi con los mismos contenidos, mostrando, entre otras cosas la posibilidad real de avances conjuntos en materia de salud intercultural.

La Norma Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical del Ecuador, emitida el año 2008, plantea las siguientes directrices:

- *Recepción: cálida bienvenida abierta a particularidades culturales, con su ropa.*
- *Acompañamiento: de familiares o no.*
- *Alimentación: permitir ingestión alimentos y bebidas, no plantas medicinales.*
- *Dilatación: libre posición y movilidad y masajes no perturbadores y consentidos.*
- *Expulsión: en libre posición.*
- *Asistencia al recién nacido. Apego inmediato a la madre*
- *Alumbramiento: respeto al uso de plantas medicinales con precaución y entrega de placenta a solicitud.*

Cabe mencionar que la precaución sobre plantas medicinales en el trabajo de parto está vinculada a la oxitocina.

En Perú, desde el año 2005 la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N° 033) dispone:

- *Plan de parto*
- *El uso de ciertas medicinas tradicionales: timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, matico orégano o apio. Todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar complicaciones.*
- *Recepción: bienvenida cálida respetando sus costumbres, un acompañante, alimentos ligeros calientes; evitar el uso de hierbas que acentúen contracciones.*
- *Dilatación: Libertad de movimiento y posición, masajes.*
- *Expulsión:*
 - *Libertad de posición cuclillas, calor, silla para el parto, sogas colgadas, colchoneta, etc.*
 - *Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas.*
- *Alumbramiento:*
 - *Usar técnicas según costumbres: provocarse náuseas, soplar botella, amarrar el cordón al pie.*
 - *El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante.*
- *Estimular la salida de loquios con la aplicación de masajes. Algunas parturientas se fajan el abdomen.*
- *Calor, poca luz, tarima de madera, sábanas y frazadas de colores vistosos.*
- *Ingesta balanceada de alimentos y líquidos de acuerdo a costumbres. Algunas comunidades no consumen cerdo, palta ni pescado.*

Este esfuerzo normativo es fruto de un prolongado proceso de experimentación, particularmente de las casas de espera maternas de los andes peruanos y una prolífica revisión de las virtudes del parto vertical en diferentes contextos culturales.

En el caso de Bolivia, multitud de experiencias específicas, en las populosas zonas de tierras altas, han sido sistematizadas en la *Guía para la atención intercultural de la salud materna* el 2005, precisando sugerencias concretas durante:

- *El 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.*

¿A qué apuntan las normas de atención a la maternidad con enfoque intercultural?

- Reducir la mortalidad materna
- Disminuir las brechas en el acceso a los servicios
- Mejorar la calidad de los servicios
- Autodeterminación de los pueblos en la salud

Sin embargo, no siempre se responden a los mismos intereses institucionales. Los médicos tradicionales tienen una visión, los operadores otra, los pueblos indígenas otra y aún pueden existir otras.

¿Cómo se incorporan en los servicios?

- Capacitación y acompañamiento
- Vigilancia y supervisión

- Entrenamiento de internos
- En planes, programas y proyectos
- Incidencia política y abogacía
- Control social, veeduría y auditoría

Cabe mencionar que aquellos mecanismos realmente institucionales de salud intercultural, los que son fruto de los acuerdos con los actores, los respetuosos con las culturas, los complementarios (como son los diálogos comunitarios o las investigaciones y planificaciones conjuntas) son aún poco frecuentes.

¿Cuáles son los resultados?

- Integración de parteras y jerarquización de la obstetricia y enfermería
- Continuo de la atención, transporte y referencia
- Mayor confianza de la población
- Mayores coberturas y menor mortalidad
- Mejores niveles de autoestima cultural

De todos modos, existen evidencias de resultados concretos y altamente significativos de las prácticas de salud intercultural, sobre todo si están incorporadas en procesos más amplios de transformación inclusiva de los sistemas de salud.

¿Cuáles son las perspectivas?

- Mejoramiento de la enseñanza
- Compatibilización normativa (especialmente de acreditación)
- Integración de programas
- Fortalecimiento de redes de servicios y de redes sociales
- Formación de distritos indígenas de salud y escuelas de medicina tradicional

Algunas claves para la planificación:

- Participación protagónica y sostenible de mujeres, parteras y médicos tradicionales
- Estrategias de comunicación, abogacía, sensibilización e incidencia política
- Adecuación física de las instalaciones, equipamiento
- Innovaciones tecnológicas, de capacitación y formación y diversificación de recursos humanos
- Elaboración de epidemiologías culturales

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

Para copias, información o comentarios, escribir a
 Family Care International (FCI)
lac@fcimail.org
www.familycareintl.org

