



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

GUÍA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

PUBLICACION
534

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2024



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

GUÍA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Serie: Documentos Técnico Normativos

**La Paz - Bolivia
2024**



BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Medicina Tradicional.
WB120 Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural/Ministerio de Salud y Deportes;
M665g Vivian Tatiana Camacho Hinojosa; Amador Diego Noriega Flores; Elza Inés Núñez Condori.
No.534 Coaut. La Paz : Artes Gráficas Márquez, 2024.
2024

101p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 534)

Depósito Legal: 4-1-324-2023 P.O.

- I. SALUD MATERNO-INFANTIL
- II. SERVICIOS DE SALUD MATERNA
- III. INTERCULTURALIDAD
- IV. MEDICINA TRADICIONAL
- V. PARTERAS TRADICIONALES
- VI. RECIÉN NACIDO
- VII. GUÍA
- VIII. BOLIVIA
1. t.
2. Serie
3. Camacho Hinojosa, Vivian Tatiana; Noriega Flores, Amador Diego; Núñez Condori, Elza Inés. Coaut.

GUÍA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Calle Rosendo Gutiérrez N° 346 esq. Pasaje Jáuregui. Dirección General de Medicina Tradicional, Plaza del Estudiante esq. Cañada Strongest s/n, La Paz - Bolivia, Telefono(s)-(591-2) 2497079 - 2495086 - 2490554 - 2495053.

R.M. No.: 0070 de 21 de febrero de 2024

Depósito legal: 4-1-324-2023 P.O.

Revisión:

Dirección General de Medicina Tradicional

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS Comité de Identidad Institucional y Publicaciones CIIP/VGSS

- Dra. Mariana C. Ramirez Lopez
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Lic. Mariel S. Churrurrin Orozco
- Dra. Claudia Reas Mayta
- Dr. Juan Marcos Rodriguez Morales
- Dra. Tania Huanca Uluri
- Dr. Victor Reynaldo Aguilar
- Sr. Rodrigo O. Chipana Cortéz

La Paz: Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional - Dirección General de Medicina Tradicional - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes 2024.

© Ministerio de Salud y Deportes - 2024.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
AUTORIDADES NACIONALES**

Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramírez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN
DEL SISTEMA DE SALUD a.i.

Dra. Alejandra Lucía Hidalgo Ugarte
VICEMINISTRA DE SEGUROS DE SALUD
Y GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Dr. Max Francisco Enriquez Nava
VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN,
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y MEDICINA TRADICIONAL

Soraya Karen Palenque Gutiérrez
VICEMINISTERA DE DEPORTES a.i.

Dra. Vivian Tatiana Camacho Hinojosa
DIRECTORA GENERAL DE
MEDICINA TRADICIONAL

21 FEB 2024

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que los numerales 9, 11 y 13 del Parágrafo II del Artículo 30 de la Constitución Política del Estado, señalan que las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos: a que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados; a la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo; al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Que los Parágrafos I y II del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado Plurinacional, establecen que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud y el sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Que los Parágrafos I y II del Artículo 42 de la Constitución Política del Estado, determinan que es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos; la promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Que los numerales 1, 2 y 3 del Parágrafo II del Artículo 410 del Texto Constitucional, definen que la Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía, de acuerdo a las competencias de las entidades territoriales: Constitución Política del Estado; los tratados internacionales; las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de legislación departamental, municipal e indígena.

Que el Artículo 3 del Código de Salud, aprobado por el Decreto Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, determina que le corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud (Actual Ministerio de Salud y Deportes), la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que el Artículo 72 del mismo cuerpo legal, determina que la Autoridad de Salud tendrá a su cargo todas las acciones normativas de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y otras no transmisibles que constituyen problema de salud pública y adoptará las medidas adecuadas generales y particulares pertinentes.

Que el numeral 1 del Artículo 1 de la Ley N° 459, de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, de 19 de diciembre de 2013, establece entre los objetos de la norma, regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud.

Que los numerales 1, 2, 3 y 4 del Artículo 6 de la Ley N° 459, señalan que se constituyen en prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana, las siguientes personas: médicas y médicos tradicionales ancestrales; guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos; parteras y parteros tradicionales; naturistas tradicionales.

Que los Parágrafos I y II del Artículo 13 de la Ley N° 459, definen que las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, se constituyen en recursos humanos para ser incorporados gradualmente dentro del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral; las entidades territoriales autónomas, en aplicación de la Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Bólvarez", podrán financiar ítems en salud garantizando su sostenibilidad financiera.

Que el inciso b) del Parágrafo II del Artículo 81 de la Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, de Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Bólvarez", establece que el nivel central del Estado tendrá entre sus competencias: garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

Que el Artículo 1 de la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Que el Artículo 1 del Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, tiene por objeto establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

Que el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29601, establece que 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 compartida de la salud; 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.

Que el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las



competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, emitir resoluciones ministeriales (...).

Que los incisos p) y r) del Artículo 86 del Decreto Supremo N° 4857, determinan las atribuciones del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, entre ellas fomentar la investigación en medicina tradicional en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional; elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la medicina tradicional en los sectores de: médicos tradicionales, parteras(os) y naturistas.

Que las Actas de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC) de 28 de mayo de 2021, que concluyen la validación de los documentos: Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Posparto y Recién Nacido para Parteras y Parteros y Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural, para que continúe con su correspondiente trámite, debiendo ser entregado a la siguiente instancia.

Que mediante las Actas del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 15 de septiembre de 2023, que de acuerdo a la revisión realizada por dicho Comité, se resuelve aprobar la Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Posparto y Recién Nacido para Parteras y Partero y la Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural, asignándole dentro la serie Documentos Técnico Normativos, con el número de publicación N° 533 y 534, respectivamente, para continuar con el trámite y la emisión de la Resolución Ministerial.

Que el Informe Técnico MSyD/VPV/EyMT/DGMT/IT/536/2023, de 16 de octubre de 2023, emitido por la Lic. Elza Ines Núñez Condori, Técnico Profesional II del Programa de Salud Intercultural de la Dirección General de Medicina Tradicional del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, manifiesta que con el objetivo de fortalecer el enfoque intercultural, en los Establecimientos de Salud, para brindar una atención de calidad a mujeres y niñas/os, en respuesta a las particularidades propias de cada región, se han elaborado por las instancias técnicas la Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural y Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Posparto y Recién Nacido para Parteras y Parteros, asegurando el derecho a la salud de toda la población, contribuyendo a la disminución de las estadísticas de mortalidad materna neonatal.

Que el Informe Legal MSyD/DGAJ/UJA/IL/1843/2023, de 22 de noviembre de 2023, se concluye que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial de aprobación de los Documentos Técnico Normativos: "Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Posparto y Recién Nacido para Parteras y Partero" y "Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural", elaborados por el Programa de Salud Intercultural de la Dirección General de Medicina Tradicional del Viceministerio de Promoción Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, de acuerdo a lo manifestado en el Informe Técnico MSyD/VPV/EyMT/DGMT/IT/536/2023, de 16 de octubre de 2023, sea en el marco de lo establecido en el inciso w) del Artículo 14 y los incisos p) y r) del Artículo 86, del Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023.

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado.

RESUELVE:

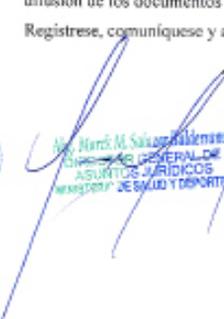
ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Técnico Normativo "GUÍA TÉCNICA DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y RECIÉN NACIDO PARA PARTERAS Y PARTERO", asignado con el N° 533, que en anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- APROBAR el Documento Técnico Normativo "GUÍA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL", asignado con el N° 534, que en anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente Resolución deberá ser publicada en la Página Web Institucional, <http://www.minsalud.gob.bo>.

ARTÍCULO CUARTO.- El Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional a través de la Dirección General de Medicina Tradicional, queda encargado de la ejecución y difusión de los documentos mencionados.

Regístrese, comuníquese y archívese.


María M. Salazar
DIRECCIÓN GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. María Inés Núñez Condori
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICINA
TRADICIONAL Y VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Elza Inés Núñez Condori
PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Estructura Organizativa del Estado



PRESENTACIÓN

Con el propósito de continuar en la construcción de la revolución democrática y cultural, el Ministerio de Salud y Deportes, el Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional a través de la Dirección General de Medicina Tradicional presentan la “Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural” dirigido al personal de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, con el objetivo de promover la interculturalidad en salud, como una estrategia fundamental para superar la exclusión social, determinada por barreras culturales que dificultan el acceso de las mujeres a los establecimientos de salud.

El enfoque intercultural permite una atención de calidad a mujeres y niños/as, que responde a sus expectativas, necesidades, tradiciones y cosmovisión, asegurando el ejercicio de los derechos a la salud de toda la población, contribuyendo asimismo, al reconocimiento y respeto de la diversidad de creencias y prácticas culturales con relación al embarazo, parto, recién nacido/a y puerperio.

El fortalecimiento del enfoque intercultural permitirá una atención de calidad a mujeres y niños/as, en respuesta a las particularidades propias de cada región, a las tradiciones y cosmovisiones individuales que forman parte de la pluriculturalidad boliviana. Se asegura así; el ejercicio del derecho a la salud de toda la población, contribuyendo al reconocimiento y respeto de la diversidad cultural.

La “Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural” se constituye en una herramienta que será aplicada por el personal del Sistema Único de Salud, y/o cooperantes que desarrollen intervenciones enfocadas a salud materna neonatal con enfoque intercultural en el Estado Plurinacional de Bolivia.



Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	15
II. MARCO NORMATIVO PLURINACIONAL E INTERNACIONAL	17
III. FINALIDAD.....	24
IV. OBJETIVOS	24
V. AMBITO DE APLICACIÓN	24
VI. DEFINICIONES.....	25
a. Salud Materna.....	25
b. Salud Neonatal.....	25
c. Medicina tradicional.....	25
d. Parteras o parteros tradicionales	25
e. Ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.....	26
VII. ATENCIÓN INTERCULTURAL Y EL ROL DE LAS PARTERAS	27
VIII. ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL CONTROL PRENATAL.....	34
a. Plan de parto.....	35
b. Atención del embarazo.....	36
c. Recomendaciones a la embarazada.....	39
d. Nutrición y alimentación	39
e. Identificación de señales de peligro	41
f. Cosmovisión y prácticas culturales durante el embarazo	41
IX. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INTERCULTURAL	45
a. Atención del parto con enfoque intercultural - Pasos para la atención.....	46
b. Posiciones durante el trabajo de parto.....	48
c. Sala de parto adecuada culturalmente.....	50
d. Adecuación del área física	51
e. Preparar el instrumental y los insumos	53
X. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL POSPARTO	55
XI. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO/A	59

a. Atención del recién nacido/a con enfoque intercultural - Pasos para la atención	60
b. La cosmovisión y prácticas culturales en cuanto al cuidado del recién nacido/a	61
XII. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	63
XIII. RECONOCER LA VIOLENCIA DE GÉNERO	64
XIV. ESTANDARES PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL	65
XV. BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS.....	86

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CPE	Constitución Política del Estado
CONE	Cuidado obstétricos y neonatales esenciales
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DGMT	Dirección General de Medicina Tradicional
FCI	Family Care International
IMC	Índice de masa corporal
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
MELA	Método de Lactancia Materna
NNUU	Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDGES	Plan de Desarrollo General Económico y Social
REMSSA	Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

El hecho de ser madre y nacer en Bolivia, no debe constituirse en un factor de riesgo: el embarazo y un nacimiento saludable son condiciones ineludibles para vivir bien. Por ello es necesario, como un acto de justicia social y en el marco de la nueva Constitución Política del Estado y el Plan Nacional de Desarrollo, que la sociedad en su conjunto deje de considerar la muerte materna y de los recién nacidos/as como un proceso natural. Las estrategias de reducción de la mortalidad materna y neonatal se han centrado en ampliar y fortalecer las redes de cuidados obstétricos esenciales y de emergencia, y ampliar la cobertura de la atención calificada del parto. Esta última estrategia implica generar las condiciones para que toda mujer embarazada y su bebé reciban los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el puerperio y el período neonatal como lo establece la Constitución Política del Estado en el Art. 45. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural.

El enfoque de la atención calificada se basa en la premisa de que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el embarazo y el parto, y que este tipo de cuidados puede prevenir algunas complicaciones, aumentar la probabilidad de manejar de forma inmediata y apropiada las complicaciones que surjan, y facilitar una referencia rápida y oportuna en caso necesario (9). A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas, la provisión de servicios de atención calificada del parto y la disponibilidad de maternidades, no necesariamente conllevan un incremento en su uso. Para incrementar el número de controles prenatales, promover el parto institucional sobre todo en áreas rurales y contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal, el personal de salud tiene que mejorar sus competencias para brindar a las embarazadas una atención con enfoque intercultural de acuerdo con la demanda o cultura de las usuarias.

La Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural está dirigida al personal de salud de todo el territorio nacional y pretende contribuir a la articulación y complementariedad de la Medicina Tradicional al Sistema Nacional de Salud, en el marco de la Política de SAFCI. La Guía muestra una

visión general de diversos pueblos que han sido divididos en tierras altas y bajas con el afán de lograr así una mayor amplitud en interculturalidad. La presente guía está basada en la normativa de salud vigente, no obstante, no reemplaza las normas de atención clínica o documentos afines, siendo un instrumento que permite un mejor abordaje de la interculturalidad en salud. La guía contiene información sobre los cuidados y atención que debería recibir toda mujer durante su embarazo, el parto y el posparto, así como la atención que requiere el recién nacido/a y los cuidados de la salud sexual y reproductiva en el período post parto. Para avanzar en la implementación de la guía se propone el monitoreo de indicadores y estándares para asegurar una atención con enfoque intercultural.

II

MARCO NORMATIVO PLURINACIONAL E INTERNACIONAL

En el marco de lo que establece la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en lo referente a la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, se fundamenta la pertinencia de la presente GUÍA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL a partir de:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Artículo 1.

Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

Artículo 30.

- II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:
 9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.
 11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.
 13. Al Sistema de Salud Universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Artículo 35.

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos

Artículo 42.

- I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La promoción de la Medicina Tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 410.

- I. Todas las personas, naturales y jurídicas, así como los órganos públicos, funciones públicas e instituciones, se encuentran sometidos a la presente Constitución.
- II. La Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía, de acuerdo con las competencias de las entidades territoriales:
 1. Constitución Política del Estado.
 2. Los tratados internacionales.
 3. Las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de legislación departamental, municipal e indígena.
 4. Los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondientes.

LEY N°. 459 DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2013

Artículo 1.- (Objetivo).

1. Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6°.- (Prestadores de servicios). Se constituyen en prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana, las siguientes personas:

Médicas y médicos tradicionales ancestrales.

1. Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.
2. Parteras y parteros tradicionales
3. Naturistas tradicionales.

Artículo 13°.- (Recursos Humanos)

- I. Las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesino y afroboliviano, parteras, parteros y naturistas, se constituyen el recursos humanos para ser incorporados gradualmente dentro del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana
- II. Las entidades territoriales autónomas, en aplicación de la Ley N°031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, podrán financiar Ítem en salud garantizando su sostenibilidad financiera.

LEY N° 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, LEY MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY N° 1069 DE 28 DE MAYO DE 2018 “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO”.

Art. 7 Componentes de la Política SAFCI

- II. El Componente de Atención Integral Intercultural de Salud, articula el equipo de salud, personas, familias y comunidades a partir de las acciones de Promoción de la Salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera pertinente, oportuna, eficaz y eficiente, con capacidad resolutive de enfoque de red, de carácter horizontal mediante la aceptación, el respeto y la valoración de los sentires, saberes-conocimientos y prácticas de la población, en el marco de la complementariedad y reciprocidad con la medicina tradicional.
 - a) El componente de atención de la SAFCI tiene las siguientes características:
 1. Está centrado en las personas, familias, comunidades y medio ambiente, Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual.
 2. Está dirigido a conocer y transformar los factores que determinan la salud; condicionan y desencadenan la enfermedad y alteran el mundo espiritual para realizar acciones de Promoción de la Salud, prevención

y tratamiento de la enfermedad de manera integral, pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea.

Está destinado a la identificación del riesgo socio sanitario de las personas, familias, comunidades y ambiental; a través de la visita familiar.

3. Está destinado a organizar las redes de salud, para garantizar la prestación del servicio de manera oportuna, continua e ininterrumpida hasta la resolución de los problemas de salud.
4. Está enmarcado en la investigación y participación comunitaria.
5. Obedece a diferentes enfoques y tipos de conocimiento de la salud académica y tradicional de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino, que garantice el acceso universal a la salud.
6. Implementa y desarrolla el Sistema Único de Salud
7. Implementa y desarrolla el Sistema Único de Información en Salud.

Resolución Ministerial N° 0496, del 9 de octubre del 2001 se introducen 18 prácticas apropiadas o mejoradas y validadas con numerosas investigaciones internacionales y nacionales, con 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. 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 (26).

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

OIT. Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas, del 27 de junio de 1989

Art. 25 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, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (...)

Informe sobre el V período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, del 15 al 26 de mayo de 2006

Art. 48. El Foro Permanente (...) recomienda que todas las entidades competentes de las Naciones Unidas, (...), así como las organizaciones regionales de la salud y los gobiernos, incorporen plenamente una perspectiva cultural en las políticas y los programas sobre salud destinados a brindar a la mujer indígena una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, una planificación voluntaria de la familia y una asistencia cualificada en el parto.

Artículos 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (61/295), Asamblea General de NNUU, 2007

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. 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.

Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (REMSSA), junio de 2011

Ministros/as de Salud y autoridades de interculturalidad de los países andinos identifican que para el logro de los ODM se precisa: Mejorar la calidad de servicios de atención con enfoque intercultural; Implementar políticas que respeten diversidad y complementariedad entre sistemas de salud y enfatizar servicios de atención a la salud materna.

AGENDA PATRIÓTICA 2025

La Agenda Patriótica constituye así el Plan General de Desarrollo Económico y Social, a partir del cual se articulan los demás planes de mediano plazo que colaboran con la consecución de los pilares del PGDES. Consta de 13

pilares de la Bolivia Digna y Soberana. El Pilar 3 aborda los temas de: Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral (14).

En el mismo se establece que el Estado Plurinacional de Bolivia tiene la obligación de proveer y garantizar servicios de educación pública y gratuita, así como servicios de salud accesibles, estatales, gratuitos, de calidad y calidez que protejan y brinden salud, bienestar y felicidad a todo el pueblo boliviano, y contribuyan a la formación del nuevo ser humano integral. Nuestras metas de la agenda patriótica en la socialización y humanización de los servicios básicos son las siguientes:

- El 100% de las bolivianas y los bolivianos cuentan con servicios de salud. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano que se cumple plenamente en Bolivia.
- Bolivia cuenta con personal y profesionales de salud altamente calificados, así como con médicos naturistas que ejercen la medicina tradicional basada en conocimientos ancestrales, indígenas originarios, que atienden y curan con la energía y las cualidades medicinales de nuestras plantas, de nuestra biodiversidad, de nuestra naturaleza, de la energía de nuestra Madre Tierra. Nuestros médicos de la ciencia moderna y nuestros médicos naturistas desarrollan su vocación de servicio con compromiso social y humano, con una gran ética de servicio a su pueblo, con infraestructura, equipamiento, medicinas modernas y naturales, así como buenas condiciones para la atención a las personas.

PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2021 – 2025 (PDES 2021-2025)

La Ley N° 1407, de 09 de noviembre del 2021 aprueba el PDES 2021-2025, el cual está organizado por 10 Ejes, de los cuales el Eje 6 “Salud y Deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia”, corresponde de manera específica al Sector Salud en línea a lo planteado en el Pilar 3 “Salud, Educación y Deportes” de la Agenda Patriótica; asimismo, el Sector Salud contribuye a los Ejes uno, cinco y siete. La Dirección General de Medicina Tradicional a través de la Unidad de Gestión de Servicios de Medicina Tradicional contribuye al eje 6, Meta 6.2 “Fortalecer y universalizar la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en los tres niveles de atención, recuperando la medicina tradicional ancestral”, Resultado: 6.2.4: “Se ha revalorizado la medicina tradicional y ancestral boliviana”,

Acción 6.2.4.1 “Incrementar el número de prestadores de medicina tradicional con registro y matrícula”, con el indicador “Número de prestadores de medicina tradicional matriculados”.

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN – SECTOR SALUD 2021 – 2025

La Resolución Ministerial N° 0766, de 30 de diciembre de 2022 aprueba el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien del Sector Salud 2021-2025, dentro de dicho instrumento de Planificación de Mediano Plazo la DGMT a través de la Unidad y el Programa Nacional de Salud Intercultural, contribuyen al logro del PSDI Sector Salud 2021-2025 del MSyD, a través del Eje 6, Meta 6.1, Resultado 6.2.4, Acción Sectorial 6.2.4.1; Eje 6, Meta 6.6, Resultado 6.6.2, Acción Sectorial 6.6.2.2; Eje 7, Meta 7.1, Resultado 7.1.7, Acción Sectorial 7.1.7.2, con sus indicadores respectivos, así como se describe en el plan; por lo tanto, su implementación contribuye al logro del PDES 2021-2025

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2021- 2025 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

La Resolución Ministerial N° 0051, de 06 de febrero del 2023 aprueba el Plan Estratégico Institucional 2021-2025 del MSyD; las Acciones Estratégicas Institucionales de este plan de gestión se articulan a la Acciones Estratégicas Sectoriales del PSDI Sector Salud 2021- 2025 del MSyD, de manera que refleja la contribución al cumplimiento de los Resultados; la DGMT, la Unidad y el PNSI, contribuyen a través del Eje 6, Meta 6.1, Resultado 6.2.4, Acción Sectorial 6.2.4.1, Acción Estratégica Institucional 6.2.4.1.1; Eje 6, Meta 6.6, Resultado 6.6.2, Acción Sectorial 6.6.2.2, Acción Estratégica Institucional 6.6.2.2.1; Eje 7, Meta 7.1, Resultado 7.1.7, Acción Sectorial 7.1.7.2, Acción Estratégica Institucional 7.1.7.2.1 los mismos con sus respectivos indicadores, así como lo establece el plan.

III

FINALIDAD

La finalidad de este documento es mejorar el acceso de la población a los servicios de salud para la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio con adecuación intercultural contribuyendo a la complementariedad y facilitando la articulación de la Medicina Tradicional al sistema de salud.

La articulación intercultural implica comprender el Sistema Único de Salud boliviano con la Medicina Tradicional incorporada, por lo tanto, es un proceso donde interactúan diferentes visiones de la salud, enfermedad y diferentes practicas terapéuticas, las cuales muchas veces entran en conflicto y en el mejor de los casos pueden complementarse. Esta Guía plantea una propuesta de articulación intercultural para la atención materna neonatal.

IV

OBJETIVO

Establecer lineamientos y marco normativos metodológicos para la atención del embarazo, parto y posparto con enfoque intercultural, en los Establecimientos de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, para mejorar la disponibilidad, acceso y calidad de la atención al binomio madre niño/a.

V

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía se aplica en los establecimientos de salud de 1er y 2do nivel de atención pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

VI

DEFINICIONES

a. Salud Materna

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto, hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. En comparación con otras mujeres, las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de complicaciones y muerte como resultado del embarazo.

La atención calificada antes, durante y después del parto puede salvar la vida de las mujeres y los recién nacidos/as. La atención calificada se refiere al proceso por el cuál una mujer y su hijo reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto, el período post parto y neonatal ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra el proveedor de salud debe tener las destrezas necesarias y contar con un entorno adecuado en todos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

b. Salud Neonatal

La salud del recién nacido/a se atiende en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido/a y del niño/a. El continuo de la atención se orienta a promover entornos propicios para la salud neonatal en términos de políticas, la planificación y el fortalecimiento de sistemas de salud, la mejora de la calidad de atención e implementación de intervenciones basadas en la evidencia, el fortalecimiento de abordaje en la comunidad, el monitoreo y evaluación. En el país los esfuerzos están concentrados en mejorar la atención durante el momento crucial del parto, el nacimiento, el primer día y la primera semana de vida, para ello es imprescindible mejorar la calidad de la atención materna y del recién nacido/a.

c. Medicina Tradicional

Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes, prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud.

d. Parteras o parteros tradicionales

Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes, durante y después del parto, y cuidan del recién nacido/a.

e. Ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.

Consiste en reconocer, revalorizar y fortalecer los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina tradicional ancestral boliviana y las formas de identificar y tratar las enfermedades, haciendo uso de sus métodos y técnicas terapéuticas tradicionales en beneficio de la persona, la familia y la comunidad.

VII

ATENCIÓN INTERCULTURAL Y EL ROL DE LAS PARTERAS

Significa un cambio en la forma de atención a las embarazadas que ha estado vigente a lo largo del tiempo y que no han respondido de manera efectiva a las demandas de las usuarias, ni han permitido de forma eficiente y efectiva reducir las barreras de acceso. Adecuar culturalmente la atención del embarazo, el parto, el posparto, significa:

- A. Reconocer y respetar que el Estado Plurinacional de Bolivia es un país diverso y pluricultural.
- B. Reducir las barreras culturales (principalmente en la cosmovisión), sociales (racismo y discriminación) y de comunicación interpersonal de acceso a los servicios de salud, que van a verse reflejadas en:
 - La aplicación de los derechos y responsabilidades de las embarazadas que acuden a los establecimientos de salud.
 - El reconocer, valorar y apoyar los elementos psicológicos, sociales y culturales de las mujeres gestantes.
- C. La realización de innovaciones y cambios, que tomando en cuenta la visión de la realidad les garantice el ejercicio de los derechos y la satisfacción.
- D. La implementación de espacios de diálogo y de negociación entre todos los actores involucrados en la atención del embarazo, el parto, el posparto y los cuidados al recién nacido/a.
- E. Visibilizar la voz de las mujeres respecto a lo que tienen que proponer respecto al parto en un contexto caracterizado por la diversidad cultural y la diversidad económica.
- F. Visibilizar las diferentes formas de percibir y practicar el parto que poseen las diferentes culturas.

Parteras tradicionales en la normativa nacional

En la publicación “Rol de las Parteras en el Sistema Único de Salud” se señalan los artículos constitucionales que directamente abordan los derechos y las garantías de salud de la población, son lo suficientemente explícitos

para reconocer en ellos los aspectos de universalidad de la atención en las mejores condiciones posibles, sin exclusiones de ningún tipo, organizada en un Sistema Único de Salud con una visión intercultural inclusiva, accesible, de calidad, con el concurso efectivo de la población, concentrando en la familia la responsabilidad de extremar recursos a favor de la salud de las mujeres, niños y otros segmentos vulnerables, con la clara intencionalidad de cerrar las brechas que separan a los pueblos indígenas originarios campesinos, incluyendo a sus medicinas y proveedores tradicionales, y con la voluntad innegociable de promover el ejercicio de los derechos de la salud sexual y salud reproductiva de las personas (26).

En el marco constitucional vigente, dónde la base esencial del Estado Plurinacional se asienta en la diversidad cultural, la interculturalidad en salud se entiende como la instrumentalización del encuentro práctico de culturas médicas, tradicionales y académicas, encaminando a vivir bien en condiciones de salud y bienestar.

La línea de acción 4.1 del Plan Estratégico para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2013 prevé aplicar modelos de acción con enfoque intercultural del siguiente modo:

- Implementación de modelos que promuevan el respeto, diálogo, aceptación, valoración, articulación y complementariedad de los diferentes conocimientos y prácticas entre proveedores, madres y comunidad.
- Coordinación y complementación con los agentes comunitarios, parteras y personal de la medicina tradicional.
- Coordinación con la comunidad para el establecimiento de las casas/hogares maternas de espera.
- Cumplimiento de la norma de la Resolución Ministerial N° 0496 del 9 de octubre 2001 sobre el parto con enfoque intercultural.
- Implementación de salas de parto tradicionales y/o de atención conjunta por personal de salud y parteras.

Asimismo, el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015 reconoce que:

“...el insuficiente acceso a los servicios constituye un importante problema, especialmente cuando se evidencian marcadas diferencias entre la población urbana y rural, las personas con o sin educación o la población con mayores ingresos o la sumida en la pobreza. En regiones alejadas la escasez de servicios y cuidados de emergencia es notable, pese a la cantidad de

esfuerzos realizados hasta el presente desde una óptica centralizada y hospitalaria, como la que prevalece en la organización de los servicios...”

Por lo que se ha propuesto promover la incorporación de parteras y médicos/as tradicionales en los equipos de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El trabajo formal con parteras tradicionales se inició en 1975, mucho después de otros países de América Latina, cuando aún el parto hospitalario no llegaba ni a la tercera parte del total. En 1994 se estimaba en 12.000 el número aproximado de parteras tradicionales, de las cuales 2.500 habían sido capacitadas.

Se decía que “la partera tradicional es muy importante para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud y su accionar debe considerarse como una extensión comunitaria de la red institucional de los mismos”; es decir, un apéndice y de ningún modo un sistema médico culturalmente distinto con el que se puede establecer la relación horizontal que hoy se pregona.

Entre los instrumentos de las parteras capacitadas, elaborados con el afán de hacerlas partícipes de la extensión de los servicios de salud de la medicina académica, figura el “Cuaderno de monitoreo para actividades tradicionales en señales de peligro en el embarazo, parto, post parto y del recién nacido/a”, en varias versiones, pero con la misma lógica. Todo lo que hagan debe ser realizado de acuerdo a los criterios médicos recomendados por el personal de salud y notificado al Establecimiento de Salud más cercano para su control.

Se reitera que “la partera una vez que identifique las señales de peligro del embarazo, parto, postparto y del/la recién nacido/a, deberá referirlos inmediatamente a los servicios de salud, utilizando la hoja de referencia”.

De hecho, el cuadernillo – con gráficos que ilustran los casos- sólo contiene las señales de peligro: hemorragia, eclampsia, parto obstruido, retención de placenta, así como las muertes maternas y neonatales. Poco de lo que realmente hace la partera tradicional, poco de los peligros definidos por la medicina tradicional y ninguna indicación para la retroalimentación de la información.

De manera más resumida, la Secretaría Nacional de Salud de Bolivia también presentó por entonces, un manual, donde si incluye el tema de la libertad de posición en el trabajo de parto y algunos elementos de la nutrición con alimentos locales durante el embarazo. Con algunas modificaciones gráficas, para adecuarse a las condiciones locales, el 2005 se editó un manual de la partera tradicional de tierras altas y otro de tierras bajas, prácticamente con los mismos contenidos, incluyendo al igual que el Perú

la vacuna antitetánica y la orientación en anticoncepción como prácticas aconsejables de las parteras.

Desde fines del siglo pasado, el Ministerio de Salud y Deportes ha venido formulando sobre la base de una extensa bibliografía de evidencia médica y convenciones internacionales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, una serie de documentos técnicos normativos sobre cada uno de sus principales componentes. Después de varios años de aplicación de esas disposiciones algunos aspectos se han posicionado con mayor facilidad que otros.

En el eje de esa normativa se encuentran las normas y protocolos de atención de la mujer y del/la recién nacido/a, cuyas disposiciones destinadas a regular el comportamiento del personal de salud, principalmente en los servicios de primer y segundo nivel de atención, apuntaban a dar contenido efectivo a las intenciones de incrementar sustantivamente el acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), con las distintas versiones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Varias fueron las causas que limitaron la aplicación de estas medidas en las comunidades indígena originaria campesinas en todo el país.

Una de las limitantes más significativas resultó ser la inadecuada disposición de los recursos en salud pública frente a las tradiciones médicas de la población. De ahí que se realizaron revisiones que se expresaron nítidamente en la Resolución Ministerial N° 0496, del 09 de octubre de 2001, que dispuso “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”.

Entre estas prácticas se agregaron aspectos concernientes a la salud materna intercultural, como el cambio de posición y ambulación de las embarazadas, la presencia de un familiar o allegado de la embarazada y la ingesta de líquidos durante la atención del parto, así como la devolución de la placenta a la mujer o la familia.

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 2005, ya se incluyen los postulados anteriormente detallados, respetando la exclusividad de los procedimientos biomédicos en cualquier otro tipo de intervención que vaya más allá de la atención del parto normal, que se reconoce finalmente como un proceso que debe ser atendido en forma natural, con la menor cantidad posible de intervenciones invasivas, tactos vaginales y otras prácticas hospitalarias incómodas y agresivas.

En el plano formal, el Ministerio de Salud y Deportes ha venido trabajando una serie de manuales y guías, para el trabajo con parteras tradicionales. El Manual de la partera tradicional de tierras bajas y altas, del 2005, aprobado por Resolución Ministerial N° 0004 del 2005, inspirado en un esfuerzo similar de Panamá y el trabajo de FCI con poblaciones indígenas del oriente boliviano, detalla lo que se espera de las parteras durante el embarazo, la identificación de señales de peligro y la referencia a los centros de salud en esos casos, así como lo que puede mejorarse en la atención del parto en domicilio. En todos los casos, sin embargo, se evita incluir procedimientos que las parteras tradicionales suelen realizar en caso de complicaciones, tipo manto para la acomodación de “bebés trancados”, baños de vapor con hierbas medicinales para la retención de placenta o simplemente la aspiración oral de las mucosidades del/la recién nacido/a.

También, por Resolución Ministerial N° 0407 del 2006, el Ministerio de Salud y Deportes ha aprobado el Manual de procedimientos para la articulación de parteras tradicionales al sistema de salud, publicado y difundido el año 2007, que da las pautas necesarias para que el personal de salud trabaje junto a las parteras tradicionales en forma sistemática y continua. Este documento precisa instrumentos para el registro de parteras, capacitación de facilitadores/as, condiciones de los establecimientos de salud, mecanismos de articulación, capacitación y actualización de parteras, seguimientos, apoyo, sistema de información y evaluación del proceso.

El enfoque oficial es claro en el concepto de lo que es la partera tradicional desde el punto de vista del personal de salud:

“La partera tradicional se forma espontáneamente o por aprendizaje familiar y llega a gozar de la confianza de las madres y autoridades comunitarias a través de un proceso que dura muchos años. Este privilegio lo gana por su dedicación abnegada, trato humanitario y respeto a las tradiciones culturales y espirituales. Por lo expuesto, **NO SE PUEDE FORMAR PARTERAS TRADICIONALES NUEVAS**, debiendo el personal de salud limitarse a identificar a las parteras tradicionales existentes en la comunidad y fomentar su capacitación en la identificación de las señales de peligro del embarazo, parto y puerperio. El objetivo es lograr que las parteras tradicionales desempeñen funciones con menos riesgos y se articulen a la red de servicios sin que pierdan su identidad tradicional”.

El Ministerio de Salud y Deportes a través el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, viene impulsando la participación de las parteras tradicionales y en la presente gestión propone fomentar estrategias de articulación en los servicios de salud de la atención de parto con enfoque intercultural y la medicina tradicional, con el fin de buscar una mayor relación

entre ambas prácticas en favor de la salud de la población, reconociendo con este hecho, la vigencia del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y Sistema Único de Salud Intercultural con la medicina tradicional.

En 2011 el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, logró reconducir una de las políticas de transferencia condicionada de recursos hacia las familias más pobres, el Bono Juana Azurduy, que consiste en entregar una cantidad de dinero en efectivo a las mujeres y niños/as que acuden a los servicios de salud para el control prenatal, parto y postparto o para la atención del/a recién nacido/a. Ahora se reconoce también al parto atendido en domicilio por parteras tradicionales como evidencia de cumplimiento del requisito de la búsqueda de atención para el acceso al Bono.

La Resolución Ministerial Nº 1329, del 12 de octubre de 2011, establece:

“ARTÍCULO PRIMERO.- Reconocer el “PARTO EN DOMICILIO” atendido por las parteras de cada comunidad, acreditadas por el Ministerio de Salud y Deportes, con valor legal para el respectivo cobro del beneficio del “Bono Juana Azurduy”, previa su ratificación y verificación por el médico comunitario del Bono Juana Azurduy o por el médico de salud familiar comunitaria intercultural “SAFCI”.

ARTÍCULO SEGUNDO.- El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, en coordinación con el Programa Madre Niña-Niño Bono Juana Azurduy, proporcionará los formularios de atención de parto realizado por la partera(o) para proceder al registro.

ARTÍCULO TERCERO.- Las(os) interesadas(os) deberán llevar los documentos y antecedentes de atención de salud a la madre gestante realizada por partera que atendió el caso, ante la Oficialía de Registro Civil de la comunidad más cercana y con esa documentación en el Registro Civil emitirá el certificado de nacimiento original respectivo.

ARTÍCULO CUATRO.- La coordinación, seguimiento, evaluación e implementación, estará a cargo del Programa Madre Niña-Niña Bono Juana Azurduy y sus similares a nivel departamental; la dirección y ejecución es responsabilidad de los hospitales materno infantiles.

II. Es obligación de las Direcciones de los Establecimientos de Salud Materno Infantiles y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), la implementación, seguimiento, cumplimiento de normas vigentes, para lograr la sostenibilidad y articulación de los modelos de atención, mediante la construcción de relaciones de respeto, de aprecio y cooperación con las partes”.

La lucha de los/as médicos/as tradicionales por lograr un espacio en la normatividad oficial no ha sido sencilla y no está resuelta a pesar de su reconocimiento en la Constitución Política del Estado. Queda un camino largo por recorrer para generar lineamientos claros para su fortalecimiento e incorporación en el Sistema Nacional de Salud.

VIII

ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL CONTROL PRENATAL

Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellas embarazadas de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además, es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto.

Los controles prenatales pueden convertirse en el momento adecuado, para que interactúen el personal de salud, parteras y parteros, por medio de la referencia directa y acompañamiento. Se debe concebir el Control Prenatal como un espacio de diálogo con la mujer embarazada y la familia y no únicamente como un procedimiento de rutina, para garantizar el bienestar de la madre y niña/o, considerando que todo embarazo tiene probabilidad de riesgo.

El personal de salud debe brindar a la embarazada una cálida bienvenida y no debe asumir que todos los embarazos son planificados, ya que pudiera tratarse de un embarazo adolescente, En caso de embarazos de menores de 17, se debe dar parte a autoridad competente (*Defensoría de la Niñez y Adolescencia*). Art. 20 Ley 348. Es posible, que la embarazada tenga varios hijos o cualquier otra situación (temas que podrán ser abordados con mayor facilidad si se ha generado una relación de confianza con la embarazada, hablándose de los sentimientos al respecto) y explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus costumbres.

Idealmente, el control prenatal debe realizarse en el Establecimiento de Salud, donde se cuenta con todo el equipamiento necesario para brindarle a la embarazada una atención de calidad; sin embargo, si la embarazada no acude, el personal de salud debe realizar una visita domiciliaria.

En el Establecimiento de Salud se debe intentar que el tiempo de espera de la embarazada sea el menor posible, implementando estrategias para mejorar la accesibilidad, para disminuir el estrés de espera.

En caso de no contar con un laboratorio y/o ecografía en el Establecimiento de Salud, se debe generar estrategias para que las embarazadas puedan

acceder a este, como ser la toma de muestras en los establecimientos de origen y el traslado de estos a centros con disponibilidad del servicio.

En el primer control prenatal se debe socializar con la embarazada la información sobre el Bono Juana Azurduy de Padilla y el Subsidio Universal Prenatal por la Vida.

Una vez que se inician los controles prenatales se debe coordinar con la partera o partero al que consultó la embarazada, si fuera el caso, para poder realizar el seguimiento y atender el parto de forma conjunta con prioridad en el Establecimiento de Salud, de esta manera en el momento dado si la embarazada así lo prefiere será atendida por la partera, en cuyo caso el personal de salud cumplirá un papel de apoyo. En caso de atención domiciliaria, se tendrá lista la ambulancia por si hubiera la necesidad de referir a la embarazada a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. Éste es un tema que debe conversarse durante los controles prenatales, así ya se habrá previsto con quien viajará y quien se quedará a cargo de todo en la casa, de acuerdo con el plan de parto. Esto es muy importante ya que cuando se ven sorprendidos con la noticia, la mayoría de las embarazadas y familiares se niegan a aceptar la referencia, siendo ésta en gran medida una causa de mortalidad materna y neonatal.

a. Plan de parto

Debe ser realizado con la embarazada, la familia y la partera o partero, con un tiempo prudente de al menos tres meses antes del parto, y/o en consideración de los factores de riesgo particulares de cada embarazada, para saber dónde, cómo y quiénes atenderán. Para que sea atendido en el Establecimiento de Salud, se deberá organizar con la familia y la comunidad, para saber quién se ocupará de cuidar a los otros hijos, cuándo y cómo deberá ser referida en casos de emergencia, siendo ésta una preocupación bastante frecuente, que pudiera devenir en demoras o rechazos en la asistencia durante el embarazo, parto o posparto. Además, todos los pormenores con relación a este evento tan importante deberán ser considerados, conversados y consensuados; como la posibilidad de contar con uno o más acompañantes durante el parto si ella así lo prefiere y las condiciones del establecimiento lo permiten, que la familia pueda preparar comida y mates de acuerdo con sus usos y costumbres.

Para adecuar el proceso del parto, también será importante indagar sobre las costumbres que le gustaría se aplicaran durante su trabajo de parto y después de éste, los insumos que necesitará de acuerdo con sus usos y

costumbres, tanto para ella como para el recién nacido/a, el traslado hasta el Establecimiento de Salud al inicio del trabajo de parto, la compañía, quién se ocupará de comunicar y otras preguntas que sean necesarias.

b. Atención del embarazo

Todas las comunidades cuentan con factores protectores y factores de riesgo dentro del período del embarazo, parto y posparto, sólo conversando y reflexionando con parteras, parteros y las mujeres embarazadas sobre éstos se podrá consensuar algunos de los cuidados que deben tenerse durante el proceso, remarcando que se necesita evidencia científica para el respaldo de algunas prácticas.

Las prácticas culturales tradicionales, que parteras y parteros tradicionales recomiendan para el cuidado de la mujer embarazada y el bebé están orientadas a promover hábitos saludables de alimentación, prevención de dificultades en el parto y alumbramiento, cuidados para el bebé y cuidados en los últimos meses de embarazo.

Por lo anteriormente mencionado se debe:

1. Recibir a la embarazada en el Establecimiento de Salud, con respeto, amabilidad y buen trato, preguntarle su nombre y decirle el nuestro, se debe ver en cada lugar cual es la forma de saludar más apropiada, en algunos lugares se saluda diciendo “hermana” y puede ser aconsejable que el personal de salud adopte también esa forma de saludar; preguntar si viene acompañada e invitar a los acompañantes a participar del Control Prenatal si ella así lo desea y en caso de encontrarse sola, realizar el mismo con la presencia de personal de salud de sexo femenino, si existiera, para generar mayor confianza.
2. Presentar al personal de salud que trabaja en el Establecimiento de Salud y en caso de contar con una partera (reconocida por la comunidad o registrada/matriculada), darle la opción de elegir si quiere ser atendida por ella, el personal de salud o ambos, este último sería lo ideal. Hacer un recorrido por el Establecimiento de Salud en el primer Control Prenatal con la embarazada y mostrarle los diferentes ambientes y si se cuenta con una sala de parto con adecuación cultural, se puede realizar en ésta los Controles Prenatales, considerando la factibilidad de acuerdo con el nivel de atención en el que se encuentren.
3. Para generar confianza, procurar que la comunicación se realice en el idioma materno de la embarazada, si ella así lo prefiere, esto será más fácil si se cuenta con la participación de personal de salud que hable el idioma.

4. Preguntar a la embarazada si realizó controles o los realizará con alguna partera (en caso de no contar con una en el Establecimiento de Salud) y si es así expresarle que nos gustaría conocerla para poder realizar de forma conjunta el seguimiento de su embarazo. Las parteras y parteros saben cómo se desarrolla la vida en la comunidad, son del lugar y hablan el idioma nativo, por lo que se relacionan directamente con la embarazada y la familia, en un ambiente de confianza y familiaridad, atendiendo tanto la parte física como la emocional. Es así como, si la partera o partero se encuentra presente en la consulta, se debe incentivar a que tenga un papel activo.
5. Garantizar un ambiente funcional, aceptado culturalmente que sea cómodo y proporcione privacidad durante todos los procesos.
6. Explicar a la embarazada que toda la información que se recabe a través de las preguntas es confidencial.
7. Llenar la historia clínica perinatal, el carnet perinatal y las Hojas Sistematizadas del Continuo del Curso de la Vida de forma completa.
8. Explicar los procedimientos que se vaya a realizar, usando lenguaje sencillo y evitando en lo posible términos técnicos.
9. Como parte de la consulta el personal de salud dará consejos a la embarazada y a su pareja; en caso de que hayan tenido hijos/as, les hará preguntas sobre cómo fueron los anteriores embarazos, si tuvo partos fáciles, si usa, ha usado o piensa usar algún método anticonceptivo, entre otras.
10. Conversar con la embarazada sobre la importancia de una buena alimentación, tomando en cuenta los alimentos, que consumía la embarazada de forma habitual y a partir de esto hacer las recomendaciones pertinentes, intentando lograr una alimentación balanceada.
11. Realizar un plan de parto con la embarazada y la familia, para saber dónde, cómo y con quiénes se atenderá el parto.
12. Realizar el examen físico (previo consentimiento), explicando antes a la embarazada y familia los procedimientos de forma detallada y en lenguaje sencillo.
 - o Evaluar el peso y talla para determinar estado nutricional mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC), utilizar también la curva

de ganancia de peso gestacional y detallar los hallazgos en la historia clínica.

- o Medir la presión arterial, para esto la embarazada debe estar en reposo por lo menos 5 minutos, en un ambiente tranquilo, sentada, el brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón, piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo, y no tener nada que haga compresión en el brazo.
- o Realizar el examen clínico general sin poner al descubierto las partes íntimas de la embarazada y siempre en compañía de algún familiar o de ser posible personal de salud del sexo femenino. Explicar a la embarazada que de esta manera se puede identificar factores de riesgo tanto para ella como para su bebé.
- o Determinar la edad gestacional. Para esto podemos contar semanas a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, pero también se puede utilizar el gestograma o una cinta métrica obstétrica para medir la altura del fondo uterino.
- o Evaluar la vitalidad fetal, movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal, utilizando un doppler o pinard. Este momento es de gran importancia para la embarazada y su familia, ya que pueden escuchar los latidos del corazón de su bebé.
- o Diagnosticar la presentación fetal. Al acercarse la fecha probable de parto se debe realizar las maniobras de Leopold para determinar la parte fetal que está en contacto con la pelvis. Ya en las últimas semanas de embarazo, en caso de ser necesario y con respaldo ecográfico, la partera o partero puede darle masajes con preparados a base de hierbas cálidas y/o aceites para apoyar el nacimiento del bebé con presentación cefálica y situación longitudinal, e ir calentando el cuerpo para el momento del parto.
- o En caso de existir signo sintomatología de infección de transmisión sexual, se inicia el manejo sintomático y se le explica a la embarazada y su pareja, sobre la necesidad de que ambos realicen el tratamiento médico.
- o Realizar la interconsulta con el servicio de odontología, y explicarle a la embarazada la importancia de asistir a los controles y que éste también es gratuito a través de la Ley del Sistema Único de salud.

- o Realizar los exámenes de laboratorio correspondientes al control prenatal de acuerdo con las Normas Nacionales de Atención Clínica. Tomar en cuenta que en las culturas andinas existe el mito de que la extracción de muestras de sangre tiene que ver con la muerte, con los kharisiris o llik'ichiris, refiriéndose a seres que roban grasa y líquidos vitales a la gente (1).
- o Recomendar a la embarazada sobre los cuidados generales durante el embarazo, alimentación adecuada e identificación de señales de peligro.

c. Recomendaciones a la embarazada

- o Utilizar vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales, evitando todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que podrían causar la aparición de varices.
- o No permanecer de pie o quieta durante periodos prologados.
- o Consumir diariamente el sulfato ferroso ofertado gratuitamente durante el embarazo y el post parto.
- o Llevar siempre con ella su “Carnet de Salud de la Madre” al ir de viaje, ya que en el se recogen los datos más significativos respecto a la evolución de su embarazo y es de gran utilidad para el personal de salud en caso de que surja cualquier problema.
- o Es importante que la embarazada se inscriba después de sus controles prenatales al Bono Juana Azurduy para poder acceder a sus beneficios durante el embarazo, parto y puerperio. En el caso del Subsidio Universal Prenatal por la Vida a partir del 5to mes de embarazo, para fortalecer su nutrición y del bebé.
- o No tomar ningún medicamento, convencional o tradicional, sin consultar antes a su médico, ya que muchos de ellos podrían causar malformaciones a su bebé. En caso de visitar a otro médico debe informarle que está embarazada, para que lo tengan en cuenta a la hora de recetarle algún medicamento o solicitarle algún examen complementario.

d. Nutrición y alimentación

Algunas de las principales recomendaciones nutricionales para las mujeres embarazadas. Mensajes de la guía alimentaria (20):

1. Consuma diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas.
2. Aumente el consumo de leche y productos lácteos.
3. Consuma por lo menos 3 veces a la semana alimentos de origen animal, fuentes de hierro: carnes y vísceras.
4. Prefiera aceites vegetales y evite las grasas de origen animal, grasas y aceites recalentados.
5. Use siempre sal yodada en las comidas sin exageración.
6. Realice diariamente actividad física, por lo menos 30 minutos: caminata, deportes y otros.
7. Evite el consumo exagerado de azúcar, dulces, bebidas gaseosas y alcohólicas.
8. Reduzca el consumo de té y café, reemplácelos por leche o jugos de frutas o apís.
9. Consuma diariamente de 6 a 8 vasos de agua complementarios a las comidas.
10. Lávese las manos antes de preparar y comer los alimentos.

Prefiera el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, según la producción local (Quinua, amaranto, cebada, cañada, asaí, majo, frijol, entre otros).

Recuerde que durante el embarazo, si el estado nutricional de la embarazada está dentro del parámetro normal, solo deberá incrementar el peso entre 10 a 13 kilogramos. Si el estado nutricional de la embarazada está dentro del parámetro bajo peso, el incremento de peso deberá ser de 12 a 18 kg. Si el estado nutricional de la embarazada está dentro del parámetro de sobrepeso el incremento de peso deberá ser de 7 a 10 kg. Si el estado nutricional de la embarazada está dentro del parámetro de obesidad el incremento de peso deberá ser de 6 a 7 kg.

CUADRO Nº 1
ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO

Estado Nutricional Inicial	Incremento de peso total (kg)
Bajo Peso	12 a 18 kg
Normal	10 a 13 kg
Sobrepeso	7 a 10 kg
Obesidad	6 a 7 kg

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Atención Integrada al continuo del curso de la vida: Adolescente mujer en edad fértil - Mujer durante el embarazo, parto y puerperio - recién nacido/a-niño/a menor de 5 años a menor de 12 años de edad - personas adultos mayores. Cuadro de procedimientos para primer nivel de atención. Bolivia 2013.

e. Identificación de señales de peligro

Se debe conversar claramente sobre las principales señales de peligro, independientemente del tiempo del embarazo y que en caso de presentarlas acuda de inmediato al Establecimiento de Salud o que algún familiar informe inmediatamente, para que el personal pueda acudir a su domicilio.

Las principales señales de peligro durante el embarazo son:

- o Salida de sangre por los genitales.
- o Salida de líquido por los genitales.
- o Dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido en los oídos.
- o Dolor abdominal.
- o Convulsiones.
- o Hinchazón (edema) de manos y cara.
- o Fiebre.
- o Dificultad respiratoria.
- o Contracción uterina dolorosa que no calma.
- o Disminución de los movimientos del bebé.

Informar sobre la importancia del control del embarazo, su utilidad, el número de controles necesarios, la importancia de la vacuna antitetánica, los exámenes de laboratorio, prescripción de vitaminas, micronutrientes y complementos alimentarios y el chequeo odontológico.

En zonas endémicas de Zika, es importante considerar los signos de alerta como ser rash cutáneo, fiebre, dolores musculares y/o articulares entre otros, para descartar la infección, además de la prevención malformaciones relacionadas a esta patología con medidas de protección (Uso de condón) y mantener estrecha comunicación con las parteras tradicionales para la identificación oportuna.

f. Cosmovisión y prácticas culturales durante el embarazo

Según la investigación, “Salud Materna en Contextos de Interculturalidad”; ser madre tiene varios significados dentro de la cultura chiquitana y está determinado por aspectos como la religiosidad, la nueva responsabilidad adquirida, la compañía y seguridad en el futuro y sobre todo, el proceso del parto como el comienzo de un nuevo papel de la mujer. En este mismo orden de ideas, las mujeres también entienden que es Dios el que manda los/as

hijos/as; por lo tanto, es un deber tenerlos ya que no es parte de su voluntad sino más bien de un ser superior.

Parteras y parteros diagnostican el embarazo a través de la interrupción de la menstruación, orinar a un lado, náuseas, debilidad, la mirada de la embarazada, modificación en el pulso e incluso por utilizar el pie izquierdo para incorporarse al estar sentadas.

Se dice que la embarazada debe comer todo lo que se antoje porque de lo contrario el bebé siempre estará con la boca abierta y babeará bastante. Se cree además que el incumplimiento de un antojo puede provocar un fracaso o parto prematuro, por lo que en caso de no poder cumplir el antojo lo que hacen es lamerse la palma de la mano tres veces.

Una de las principales preocupaciones es que la embarazada vea algún animal muerto o asista a un velorio o entierro porque el bebé podría nacer con “Larpha” u “Urijo” (tierras altas) o “Mocheo” o “Aicadura” (tierras bajas) que se manifiesta en el recién nacido/a o a los pocos meses, con enflaquecimiento extremo, piel de aspecto oscuro, ojos hundidos, vómitos y diarrea, llegando incluso a causar la muerte.

CUADRO N° 2 RECOMENDACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN TIERRAS BAJAS Y ALTAS

Culturas de tierras altas	Culturas de tierras bajas
Le recomiendan a la embarazada que evite exponerse al sol y estar cerca del fogón por periodo prolongados de tiempo, o dormir hasta que salga el sol, porque la placenta podría pegarse en la espalda y tardar en salir.	Les recomiendan no consumir alimentos adheridos al fondo de la olla, pues la placenta podría pegarse; no dejar afuera la basura porque si se adhiere al suelo, de la misma manera la placenta podría pegarse.

<p>Que evite también estar demasiado tiempo sentada, debido a que el bebé se pondrá de costado y no podrá nacer, promoviendo así la actividad física moderada durante el embarazo, tampoco tienen permitido realizar trabajos pesados.</p> <p>Otra de las recomendaciones más frecuentes es que no hile ni teja, porque el cordón umbilical podría enredarse en el cuello del bebé.</p>	<p>Igualmente existen varias restricciones hacia la embarazada y su pareja para que el cordón umbilical no se enrede en el cuello del bebé; entre éstas: no dejar leña atada en la casa después de recogerla, no llevar la toalla en el hombro, no usar bolso o cartera, no ponerse el lazo en el hombro al ir por el ganado, porque el bebé imita la acción de llevarse algo al hombro y así se enreda con el cordón.</p> <p>A las mujeres que les gusta hilar, se les recomienda que no dejen el hilo sin hilar en el quioboro*, se debe dejar en ovillo para que nazca tranquilo, para que no se enrede el cordón umbilical.</p>
---	---

*Canasto hecho de hojas de motacú, semiplastado, circular y sin asa.

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas a las parteras.

Durante los últimos meses de embarazo parteras y parteros revisan a la embarazada para determinar la parte fetal que está en contacto con la pelvis y realizan masajes para acomodarlo. En caso de no haber logrado acomodarse de forma natural, muchas de las embarazadas de tierras altas recurren al “manteo” que debe ser realizado por partera o partero experimentada/o. Sin embargo, es imprescindible conversar de forma clara sobre la posibilidad de que a pesar de realizar este procedimiento no se logre el acomodamiento óptimo, en cuyo caso habrá que referir a la embarazada a un Establecimiento de Salud con mayor capacidad resolutive. Es importante considerar las distancias y el tiempo, por lo que no se debe esperar demasiado para tomar esta decisión.

El “manteo” consiste en poner un aguayo o un poncho sobre la cama y hacer que la embarazada se recueste encima y con ayuda de alguien agarrar las esquinas del aguayo y hacer rodar a la embarazada de lado a lado suavemente; sin embargo, existen diversas técnicas. Para que la placenta no se adhiera al útero, ni demore en salir, parteras y parteros de la región Quechua recomiendan: Evitar exponerse al sol o estar cerca del fogón por un largo periodo de tiempo; evitar el enfriamiento del cuerpo (que le pase el frío); no dormir hasta que salga el sol; y no realizar trabajos pesados o golpearse, para evitar el sulluy (aborto espontáneo).

En tierras bajas si el bebé está mal acomodado, se lo acomoda con 3 a 4 “sobadas” al abdomen de la madre antes del parto, utilizando en algunos

casos aceite de peji o aceite de peta, es así como las embarazadas acuden a partir del quinto mes a la partera para que vaya acomodando al bebé en caso de ser necesario.

Existe entre la población indígena un rechazo cultural a la extracción de sangre y otras prácticas que es muy importante considerar. Se puede explicar con mucha claridad que la extracción de sangre, para el análisis, no afecta a la salud del bebé ni a la madre. Existe la idea de que el bebé se alimenta de la sangre y al disminuir ésta, afecta el crecimiento. Es esencial que se explique que el cuerpo tiene la capacidad de generar sangre nueva en un tiempo breve. Así mismo, se debe aclarar que en ningún caso la sangre se utilizará para venderla. Por eso es muy importante que al momento de pedir y tomar muestras de laboratorio le expliquemos y tengamos el consentimiento de la embarazada y además dejemos que su familia se quede junto a ella durante la toma de la muestra.

IX

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INTERCULTURAL

1. Reciba a la embarazada de forma respetuosa y cordial, evite emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
2. Consulte a la embarazada si desea ser acompañada por algún familiar o la partera y brinde las comodidades respectivas.
3. Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán e informe periódicamente la situación a la embarazada y a la partera.
4. Escuche atentamente y responda las inquietudes de la embarazada y sus acompañantes en forma clara, evite emplear términos técnicos.
5. Revise el plan de parto de la embarazada.
6. Interactúe con la partera durante todo el proceso de atención del parto.
7. Respete y apoye la utilización de elementos de la cosmovisión y de la medicina tradicional y la Guía metodológica para la atención del embarazo, parto y posparto culturalmente adecuados, realización de rituales u otra práctica relacionada con la cultura y las creencias de las usuarias.
8. Consulte a la embarazada la ropa que desea utilizar para la atención del parto, se debe respetar la decisión de usar su propia ropa. Si no lo desean hacer, es necesario adecuar las batas que se utilizan en la atención del parto, con la participación de ellas, para la selección del diseño, los colores y el tipo de tela. Debe ser acorde al clima de la zona, garantizando comodidad y respeto a la privacidad de las usuarias.
9. No realice rasurado del área genital, ni episiotomía.
10. No imponga una determinada posición a la embarazada durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
11. Brinde la mayor privacidad posible a la embarazada durante todo el trabajo de parto.
12. Brinde a la embarazada la posibilidad de regular su temperatura corporal según sea su necesidad. (Si siente frío provea a la usuaria de mantas y cobijas para uso permanente).

13. Controle la temperatura ambiental de acuerdo a la necesidad de la embarazada.
14. Apoye a la embarazada para que tome bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad. En caso de conocer algún efecto perjudicial para la madre o el niño/a, dialogue con la partera para buscar otras alternativas.
15. Pregunte a la embarazada la posición en la que desea que le atiendan su parto.
16. Pregunte a la parturienta o a su acompañante sobre el clampeo del cordón umbilical del bebé, si desean cortarlo, si será corto o largo, de ser así, permítalo.
17. Consulte a los acompañantes ¿Qué desean hacer con la placenta?.
18. Si la parturienta o los familiares solicitan la placenta, entrégueles en bolsa sellada respetando las normas de bioseguridad.
19. Promueva el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el recién nacido/a.
20. Garantice que reciba la alimentación post parto de su preferencia.

a. Atención del parto con enfoque intercultural - Pasos para la atención.

La recepción debe ser de forma cálida y en lo posible por personal de salud que hable el idioma materno de la madre, en ningún momento se debe reprochar el momento en el que acuden o mandan a llamar al personal de salud o por no haber realizado controles prenatales previos.

Si acude con una partera o partero de su comunidad, trabajar con él o ella de forma coordinada para la atención del parto. En caso de contar con partera o partero en el Establecimiento de Salud, realizar la recepción conjunta, al igual que toda la atención.

Preguntarle por el inicio del trabajo de parto, si ha tomado algún mate y si ha realizado ya algún ritual propiciatorio o desearía hacerlo.

- o Controlar que la presencia de prestadores de salud durante la atención del parto sea la mínima necesaria y que no incomode a la madre.
- o Incentivar la participación de partera o partero, la pareja y familiares de confianza que ella elija, tomando en cuenta el espacio de la sala de parto.
- o Ofrecer batas de color a la madre, pero no exigirle que las use si ella no quiere, porque se debe priorizar la conservación del calor corporal.

Siendo en muchas culturas importante calentar el cuerpo antes del trabajo de parto.

- o Brindar a la madre apoyo emocional de forma continua.
- o Explicar cada procedimiento a realizar y contar con el consentimiento informado de la parturienta.
- o Garantizar el acompañamiento por partera o partero, pareja o familiares en todo el trabajo de parto. La Resolución Ministerial 0496 de 09/10/2001 sobre las 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal contempla la “Presencia de un familiar o allegado como apoyo emocional”, por lo que el personal de salud está en la obligación de permitir que la madre cuente con la compañía de alguien de su elección. Dependiendo del espacio, el personal de salud podrá permitir la presencia de más de una persona. La presencia de una persona cercana a la madre favorece la evolución del trabajo de parto, debiéndose fomentar su participación activa, de acuerdo a las costumbres de la región.
- o Realizar atención conjunta con partera o partero durante todo el proceso del parto.
- o Si la embarazada no realizó controles prenatales previos, lo primero que debemos hacer es entablar una conversación amigable e informarle ampliamente sobre cómo va a ser el proceso del parto y nacimiento del bebé, sobre todo si es nulípara y determinar la edad gestacional.
- o Llenar la Historia Clínica Perinatal, Partograma y descartar señales de peligro. Si se identifican señales de peligro, efectuar la referencia inmediata al establecimiento de salud de mayor resolución.
- o Una vez que la embarazada se haya puesto cómoda realizar la anamnesis (entrevista) para saber en qué condiciones se inició el trabajo de parto. Para esto preguntar si ha tenido contracciones uterinas (no necesariamente acompañadas de dolor), rotura de membranas con expulsión de líquido amniótico (rotura de bolsa) o expulsión del tapón mucoso (flemas con o sin sangre).
- o Iniciar la evaluación clínica con la toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- o Realizar una evaluación obstétrica, la cual debe incluir: medición de la altura de fondo uterino. Sin poner al descubierto las partes íntimas de la madre.

- o Realizar palpación abdominal con maniobras (Leopold) para determinar la situación, posición y presentación fetal.
- o Controlar y registrar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas en un lapso de 10 minutos.
- o Auscultar la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto.
- o Determinar la presencia de factores de alto riesgo obstétricoperinatal como: parto pre término, ruptura prematura de membranas de más de 6 horas, fiebre, hemorragia, patologías de alumbramiento en partos anteriores, signos de sufrimiento fetal y alteraciones del estado materno; en cuyo caso se debe proceder a la referencia inmediata a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive.
- o Una vez concluida la revisión informar de forma clara y fácil de comprender todo lo encontrado.
- o Realizar o invitar a la madre a realizarse el aseo perineal con agua hervida tibia y si lo prefiere con romero, manzanilla, malva, llantén, molle u otras plantas de uso regional; explicándole los beneficios para evitar posibles infecciones.
- o En tierras bajas se acostumbra que la madre tome un baño con algunas hierbas cálidas de la cintura hacia abajo para calentar el cuerpo y ayudar al trabajo de parto: por lo que muchas mujeres realizan esta práctica en casa, antes de acudir al Establecimiento de Salud, no obstante, de acuerdo con la valoración del caso y las condiciones del servicio, se debe permitir la realización de esta práctica en las salas de parto con adecuación cultural.
o Recordar que no es recomendable realizar la tricotomía.
- o Incentivar que camine, descanse y haga los cambios de postura que sienta necesarios. Poner a disposición lo necesario para la preparación de infusiones o bebidas calientes, como mate de manzanilla, mate de cedrón u otros de conocimiento de la región, e incluso cocinar o permitir el ingreso de alimentos ya preparados en casa.

b. Posiciones durante el trabajo de parto

Le embarazada debe elegir la posición que prefiera, sin embargo, no se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico.

Posición horizontal o ginecológica (decúbito dorsal) versus posición vertical

La posición de la madre tiene un efecto manifiesto sobre las contracciones uterinas. Cuando la madre se halla en decúbito dorsal, la frecuencia de las contracciones es mayor y su intensidad menor que estando en decúbito lateral. Cuando la madre se encuentra en posición vertical (sentada, de pie o deambulando), la intensidad de las contracciones uterinas es mayor que cuando está en decúbito dorsal.

Los cambios en la contractilidad uterina aparecen inmediatamente después del cambio de posición y permanecen durante todo el tiempo que ésta se mantiene.

Posición vertical (Ver anexo posiciones verticales más frecuentes)

Las ventajas fisiológicas de la posición vertical durante el parto son las siguientes:

- o Efectos respiratorios: el peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, ayudan a que el útero descienda y no ejerza presión sobre los pulmones, lo que aumenta la relajación, la capacidad respiratoria y la oxigenación de la madre y el bebé.
- o Efectos mecánicos: la fuerza de gravedad favorece el acomodo, encajamiento y descenso del feto a través de los diferentes espacios y cavidades del canal del parto, evitando así las barreras óseas, con menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de los latidos cardíacos fetales y así se disminuye la duración del trabajo de parto. Además, el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria sin afectar la oxigenación del feto (41).
- o Existe un mejor equilibrio ácido-base fetal.
- o La terminación espontánea es más frecuente y se reduce la ocurrencia de desgarros y necesidad de episiotomías.
- o Proporciona beneficios psicoafectivos importantes para la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación y mayor rol protagónico, de mayor satisfacción durante y después del parto.

El personal de salud puede no estar familiarizado con recibir al recién nacido/a estando la mujer en esta posición para ello coordinar la atención con la partera.

c. Sala de parto adecuada culturalmente

Primeramente, se debe identificar un área física o sala y/o consultorios específicos para la atención del embarazo, parto y post parto culturalmente adecuados, mismas que deberán estar ubicadas en establecimientos de salud donde hay área de quirófanos, para la solución inmediata de una complicación. De la misma manera de fácil acceso para permitir el acompañamiento de los familiares.

Dependiendo de la disponibilidad de recursos del establecimiento de salud, se puede construir una nueva infraestructura para este efecto o adecuar una existente.

- o Para la adecuación física se debe tomar en cuenta los requerimientos de las embarazadas y características propias de la zona.
- o En la sala para la atención de parto deberán existir todos los insumos de acuerdo con las costumbres de las embarazadas y a las características de la zona.
- o Para ejecutar el acompañamiento se debe dar facilidades para el ingreso de la familia; analizar el espacio que está destinado para labor y atención del parto y post parto brindando privacidad a toda embarazada; y destinar un espacio y/o mobiliario confortable para el acompañante durante toda la atención.
- o Para la posición del parto: Se debe permitir que la parturienta adopte la o las posiciones que prefiera durante toda la atención. Se debe capacitar a todo el personal de salud para que pueda brindar la atención en cualquier posición que la parturienta adopte.
- o En información y comunicación, se debe considerar alternativas para la población que habla otro idioma diferente al castellano. Se podría identificar a una persona que sirva de traductora como un familiar de confianza o la partera, o a su vez, se puede capacitar al personal de salud, para que hable los términos básicos en el idioma de las usuarias y así logre mantener una comunicación eficaz.
- o Todos los establecimientos de salud deberán ser señalizados en los idiomas locales y se utilizarán gráficos atractivos para dar facilidad a las usuarias que no saben leer.
- o Se debe modificar la misión del establecimiento de salud, diciendo explícitamente que se otorga atención cultural y se busca como premisa

básica la satisfacción de las embarazadas, misma que debe ser ubicada en un lugar visible por todos los usuarios y usuarias de los establecimientos de salud.

- o Los horarios de atención y visita deben estar acordes a la disponibilidad de tiempo de las embarazadas y sus familiares, tomando en consideración las actividades que realizan en la comunidad, los días de feria, el acceso a transporte, por ejemplo.
- o Los establecimientos de salud deben coordinar con la comunidad y actores sociales de salud, la alimentación y nutrición para que puedan recibir los alimentos culturalmente aceptados durante y después del parto.
- o Se debe proporcionar a las embarazadas aguas de hierbas medicinales previamente acordadas con las parteras de la zona, según la tradición local para que sean consumidas por las usuarias durante toda la atención del parto y el post parto.
- o Según la necesidad de las usuarias, se debe adecuar la temperatura ambiental de la sala de labor y de atención de parto y post parto, para brindar comodidad y respetar sus principios culturales de frío y calor o fresco y cálido, dependiendo de la cultura.

d. Adecuación del área física

Para la implementación de la sala de parto adecuada culturalmente se deberá tomar en cuenta los usos y costumbres de la región, además la valoración objetiva de la necesidad de estas. En tierras altas limpiar y calentar la Sala de Parto, para esto se suele usar una estufa, poner a hervir hierbas en ollas de agua en el ambiente y colocar cueros en el suelo. Evitar en lo posible las corrientes de aire y el exceso de luz, evitar el uso de lámpara cuello de ganso ya que las mujeres tienen vergüenza de estar demasiado expuestas. Dado que, en tierras altas y bajas, un gran número de partos son verticales, (de acuerdo con la preferencia) es importante contar con una colchoneta a nivel del suelo, un toco y una sogá atada al techo y cerca de la pared para que puedan hacer fuerza.

CUADRO Nº 3
ÁREA FÍSICA DE LA SALA DE PARTO
CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

Sala de parto tierras altas	Sala de parto tierras bajas
<ul style="list-style-type: none"> - El pintado de la pared con colores de acuerdo con la preferencia local. Color cálido diseño autóctono - El acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable, la cual se conseguirá con el uso de estufa u otro medio de calefacción (en caso de que haga frío). - La protección de las ventanas con cortinas de colores y materiales adecuados a la realidad local. - Un catre de madera (si así lo prefiere la población); - En algunas situaciones es necesario la provisión de colchonetas. - Mesas bajitas para uso de la partera. - Una estructura de madera con travesaños (barras o rejillas) u otro tipo de estructura para el apoyo en el parto vertical, como ser sillas adecuadas (asientos en media luna o cuello de escote) sábanas y frazadas de color de acuerdo con la preferencia local. - Tomar en cuenta los materiales e insumos necesarios para la atención del recién nacido/a (Mesa o colchoneta para atención del recién nacido/a). - También es necesario un espacio con catres o cujas (catre de madera) para los familiares y acompañantes y otro con los utensilios necesarios para cocinar. - Señalización adecuada del ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colores acogedores, no brillantes, con imágenes de acuerdo con el ámbito geográfico - No cielo falso sino viga vista. Viga o pernamanca que sostenga la sogá, resistente y duradero en casos de ambientes de madera; y en ambientes de material debe ser metálico inoxidable y la sogá resistente. - Barras en la pared para que se agarre la parturienta. - Un toco, asiento en media luna o cuello de escote, para que la madre pueda sentarse ahí al momento del parto. - Colchonetas especiales para atención del parto haciendo uso de asientos en media luna o cuello de escote. - Espacio con catres o hamacas para que los familiares descansen y un espacio con los utensilios necesarios para poder cocinar o preparar bebidas. - El ambiente debe estar alejado de los ambientes como quirófano, etc. para darle intimidad. - Ventanas amplias de 1.80 cm. que inicien por encima - Corredores alrededor del ambiente - Aleros alrededor de la infraestructura - Baño con ducha que tenga puerta hacia afuera y hacia adentro

<ul style="list-style-type: none"> - Vitrina con hierbas (farmacia natural) - Cocina con todos los implementos - Baño cercano. - Brasero para sahumar después - Jardín con plantas medicinales 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavamanos dentro del ambiente - Cuarto de cocina y de comedor - Separador de ambiente con estera - Huerto de plantas medicinales para proveer plantas usadas en el parto en los jardines con arboles - Un jardín con corredores para que la embarazada camine.
---	--

Fuente: Taller con parteras y prestadores de medicina tradicional. 2021

La sala de parto adecuada culturalmente permite que todo el parto propiamente dicho sea en el mismo ambiente, además de contar con un ambiente con camas para los familiares y para la preparación de bebidas calientes o alimentos, esto para que puedan sentirse en un ambiente familiar y relajado, favoreciendo el proceso del parto. Si se cuenta con una sala de parto adecuada culturalmente, se puede realizar en ésta los Controles Prenatales para que la embarazada se vaya familiarizando con la misma y de esta manera prepararla para el momento del parto.

Hay que tener en cuenta que el parto y nacimiento son acontecimientos también espirituales, que se suelen acompañar de una serie de rituales, que el personal de salud debe conocer y respetar. Así mismo el Establecimiento de Salud debe disponer de un espacio adecuado, preferentemente al aire libre, para la realización de rituales tradicionales propiciatorios. En la región andina se realiza la k’oa antes o al inicio del trabajo de parto, o en el momento del parto en caso de presentarse alguna complicación, cuidando de no hacerlo en la misma habitación donde se producirá el parto. En cambio, en algunos lugares de tierras bajas, se realizan las “santigüadas” o “ipayadas” en preparación para el parto.

e. Preparar el instrumental y los insumos

El personal de salud deberá acordar con la embarazada los insumos a utilizar, es decir plantas medicinales, amuletos, insumos para rituales u otros de acuerdo con la región, en caso de ser necesario. Los insumos que se usan con mayor frecuencia en la atención tradicional del parto por parteras y parteros son:

CUADRO N° 4

INSUMOS MÁS USADOS PARA FRICCIONAR Y CALENTAR EL CUERPO EN EL TRABAJO DE PARTO	
Tierras altas	Tierras bajas
Hierba Buena más aceite	Aceite de majo*
Grasa de Víbora	Infundia ** de gallina
Grasa de pata	Aceite de sicuri***
Cebo de ganado negro	Aceite de peji****
Acullico de coca	Aceite de cusi*****
Pomada de ruda	Aceite de peta
Aceite caliente	Aceite de Motacú
Mentisán	Aceite de raya
Unto de llama	Aceite de Naranja
Infundia ** de gallina	Aceite de Almendra
Infusión de mates calientes (orégano, romero)	Aceite en general

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas parteras y parteros.

* La *Oenocarpus bataua*, es una de las palmeras de uso múltiple de gran importancia de varias poblaciones andino amazónicas.

** Término empleado para designar la grasa que cubre los órganos de las aves.

*** Anaconda boliviana, es una especie del género *Eunectes* de la familia *Boidae*, nativa del centro de América del Sur.

**** El *Euphractussexinctus*, es una especie de armadillo.

***** El aceite de cusi es un producto artesanal de la Chiquitania Boliviana, extraído de las semillas de la palmera Cusi (*Attaleaspeciosa*), internacionalmente conocido como Babassu.

X

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL POSPARTO

1. La atención posparto culturalmente adecuado, contempla la realización de todos los procedimientos establecidos en la Norma de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida. No es excluyente.
2. Apoye a la partera o a los acompañantes, durante la realización de rituales con la paciente o el niño/a luego del parto.
3. Apoye que la partera o los familiares realicen el aseo de la paciente con agua de plantas medicinales según la costumbre de la localidad.
4. Apoye a la partera para realizar masajes a la paciente, si ella así lo desea.
5. Si la unidad de salud no ha realizado adecuaciones respecto de la alimentación después del parto, permita que los familiares den a la parturienta los alimentos que se consume, de acuerdo con la costumbre local.
6. Brinde consejos sobre lactancia materna, alimentación de la madre y los cuidados del recién nacido/a.
7. Oriente sobre señales de peligro que pueden presentar la madre y/o el recién nacido/a y a dónde acudir en este caso.
8. Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo; de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando ella esté presente.

Alimentación

Una vez concluida la revisión del estado de la puérpera, es importante que recupere energías y lo que se acostumbra es darle un caldo concentrado de cordero, res, pollo u otro de acuerdo con sus usos y costumbres, el cual es generalmente preparado por la pareja o la madre. En los establecimientos de salud que cuentan con servicio de cocina se deberá procurar que la comida sea lo más parecida posible a la que la familia prepararía. Evitando en muchos casos el uso de cebolla, aceites, condimentos, maíz blanco, maní, trigo, ají y papa, dependiendo de la región.

Reposo

Si bien es importante estimular a la puérpera a que camine lo antes posible para facilitar la salida de los loquios, se debe respetar el reposo, ya que para muchas culturas es el reposo que evitará futuras complicaciones. Siendo además una de las pocas oportunidades en las que la mujer es atendida y puede permitirse descansar. Es común escuchar que problemas de salud posteriores en la vida de la mujer se deben a no haber tenido un puerperio con todos los cuidados necesarios.

El Establecimiento de Salud debe buscar la manera de trasladar a la puérpera a su domicilio, ya que en el área rural existen comunidades distantes y muchas veces no se cuenta con servicio de transporte. Para esto será necesario llegar a algún convenio de acuerdo con los niveles de gobernanza del lugar en coordinación estrecha con la estructura social en salud.

No olvidar que en este periodo la madre cuenta con beneficios del Bono Juana Azurduy en los casos que fueron atendidas en el establecimiento de salud o por parteras acreditadas. Al mismo tiempo debe llevar al recién nacido/a a sus controles integrales de salud e inscribirlo al Bono Juana Azurduy.

Identificar señales de peligro

Se debe conversar con la puérpera sobre las señales de peligro y asegurarse de que hayan sido comprendidas.

Las señales pueden ser:

- o Sangrado vaginal abundante: Moja 2 o 3 paños cada media hora o el sangrado aumenta en lugar de disminuir.
- o Ataques (Convulsiones).
- o Dolor de cabeza intenso.
- o Visión Borrosa.
- o Fiebre.
- o Dolor abdominal intenso.
- o Dificultad respiratoria.
- o Dolor en el periné.
- o Salidadepus ó Loquiosfétidos.
- o Problemas en las mamas (hinchazón, dolor, etc.).

Pasos para la atención:

- o Controlar el estado general de la puérpera: pérdida de sangre, signos vitales y retracción uterina.

- o Examinar el canal de parto (cuello uterino, vagina y periné) para verificar que no haya desgarros; pero antes hay que explicarle, tener su consentimiento y dejar que sus familiares se queden durante el procedimiento, si así ella lo desea.
- o Explicar la importancia del aseo perineal posterior al parto para evitar infecciones o sobreparto, sugiriendo que lo realice con agua hervida tibia de romero, manzanilla, matico, eucalipto u otras plantas de uso regional, ella misma, o con la ayuda de la familia o del personal de salud, según prefiera.

Promover la alimentación inmediata de la puérpera, permitiendo el consumo de alimentos de acuerdo con sus usos y costumbres.

- o Permitir que la madre se faje y/o ayudarla si ella así lo desea. Consentir el uso de pañoletas en la cabeza de la puérpera.
- o Estimular a la madre a que camine lo antes posible para facilitar la salida de los loquios.
- o Mantener al recién nacido/a y la madre juntos todo el tiempo, durante su estadía en el Establecimiento de Salud, sin separarlos y el ambiente en el que se encuentre debe mantenerse caliente y contar con más frazadas para que puedan abrigarse.
- o Cuidados generales a la puérpera durante su permanencia en el Establecimiento de Salud:
 - Registrar todos los hallazgos, tratamientos y procedimientos en la historia clínica y el carnet de salud perinatal.
 - Verificar y alentar la lactancia materna exclusiva.
 - Proporcionar a la puérpera Vitamina A y sulfato ferroso (Sulfato Ferroso + Ácido Fólico) antes del alta de acuerdo con el Sistema Único de Salud.
 - Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro en ella y el recién nacido/a, y recalcarle que debe acudir al establecimiento de salud lo más pronto posible si detecta alguno de estos signos.
 - Alentar a la madre para que acuda a los controles integrales del puerperio, del crecimiento y desarrollo del recién nacido/a y al cumplimiento de los programas de vacunación, de acuerdo con el siguiente esquema:
 1. Primer control postnatal: entre 1 y 2 días después del parto o después del alta del establecimiento de salud.

2. Segundo control: Entre los 3 y 6 días después del parto o después del alta.
 3. Tercer control: Entre los 7 y 13 días después del parto o después del alta.
 4. Cuarto control: Entre los 14 y 28 días después del parto o después del alta.
- o Si el puerperio transcurre sin complicaciones, se puede dar alta médica a las 24 horas, sin embargo, es preciso ser flexible en cuanto al tiempo que permanecerá la puérpera en el Establecimiento de Salud, previa valoración biopsicosocial del caso, ya que algunas preferirán irse lo antes posible para estar en su casa y otras por lo contrario necesitarán recuperar fuerzas antes de volver a casa.
 - o Informar a la puérpera, antes del alta médica, sobre los métodos anticonceptivos disponibles cubiertos por el Sistema Único de Salud.
 - o Recordar que antes de la alta médica, todos los recién nacidos/as deben contar con el certificado de nacido vivo.
 - o Es necesario instar a los padres a determinar el nombre del recién nacido/a, para facilitar y promover el pronto registro para el trámite de certificado de nacimiento y carnet de identidad.

XI

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A

Limpieza

La costumbre de bañar de inmediato al recién nacido/a y removerle el unto sebáceo con el que nace está muy fuertemente arraigada en varias culturas, en algunos casos porque se tiene la creencia de que la sangre atrae a los malos espíritus y que si no se limpia la grasa le saldrán manchas o granos. Por lo que el personal de salud deberá consensuar de forma muy hábil la opción de solamente secarlo y bañarlo después de las primeras 24 horas, explicándole que no se debe enfriar al recién nacido/a y que esa grasa cumple una función de protección.

En tierras bajas se acostumbra a bañar al bebé con tabaco para que sea sano; con hojas de guayaba, algodón, almendra, albahaca y romero, además de untarle con aceite de cusi o copaibo en la fontanela anterior, para que no enferme de “pasma”.

Se tiene especial cuidado con la ropa del bebé, ésta se lava y no se deja afuera para secar porque si hace viento o le “dá el sereno”, el bebé se enferma de “pasma” o “Mal viento” (Tierras altas) llora, se estira y se queja según la información brindada por parteras de la zona.

Identificación de Señales de peligro en el Recién Nacido/a

Recomendar a la madre que acuda de inmediato al Establecimiento de Salud en caso de presentar alguna señal de peligro, teniendo en cuenta los signos detallados a continuación:

- o No puede mamar o mama mal.
- o Vomita todo lo que ingiere.
- o Tiene calentura o se pone frío.
- o Respira mal.
- o Se mueve poco o se ve mal (letárgico), llanto débil.
- o Secreción purulenta en los ojos.

- o Enrojecimiento o secreción purulenta del ombligo.
- o Sangre en las heces.
- o Está irritable.
- o Si se pone amarillo (presenta ictericia).
- o Si se pone morado (presenta cianosis).

a. Atención del recién nacido/a con enfoque intercultural - Pasos para la atención

- o Para la atención del recién nacido/a, el personal de salud debe tener las manos limpias y utilizar guantes.
- o Si el recién nacido/a está activo y con llanto enérgico, debe ser atendido sobre el abdomen de la madre, piel con piel, favoreciendo el apego precoz.
- o Evaluar rápidamente las condiciones del recién nacido/a, detectar si:
 - Hubo líquido amniótico sin meconio.
 - Respira o no respira.
 - Se encuentra lánquido y sin tono muscular.
 - Se encuentra con los labios y mucosas azules o moradas.
 - Si es a término.

En caso de no presentar alguno de los signos mencionados anteriormente, se debe ligar el cordón umbilical inmediatamente e iniciar la reanimación de inmediato.

- o Si todo transcurre con normalidad, se espera hasta que el cordón umbilical deje de pulsar (2 a 4 minutos) para proceder a ligarlo y cortarlo. La ligadura del cordón debe ser doble y hay que verificar que no haya sangrado.
- o Secarlo inmediatamente, tratando de limpiar la sangre, pero dejando el unto sebáceo. Es importante cuidar que no queden restos de sangre, ya que en muchas culturas se considera que la sangre atrae a los malos espíritus y pone en riesgo la vida del bebé.
- o Cubrir la cabeza con un gorrito y el cuerpo con un pañal limpio, seco y de ser posible precalentado. Muchas veces se cubre además con

algodón o lana el “pujyu” o “sonaqa” o “blandito” del recién nacido/a, porque culturalmente se considera una de las partes más delicadas de su cuerpo.

Se debe explicar a la madre que en los tres primeros días después del parto se produce el calostro, en poca cantidad y de consistencia más rala, que tiene muchos nutrientes, necesarios para el recién nacido/a.

- Conversar con la madre sobre la importancia de la lactancia materna y sus ventajas, recalcando que se debe iniciar en la primera hora de vida del recién nacido/a e incluso antes de la salida de la placenta, ya que ayuda a la expulsión de esta, y que debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé.
- aconsejar a la madre que no use biberón ni chupón, ya que estos alteran el patrón de succión del bebé y también pueden generar infecciones. Afectando además la producción de leche porque disminuye el reflejo de succión.
- Mostrar a la madre la posición adecuada para sostener al recién nacido/a durante la lactancia, explicar que la cabeza y el cuerpo del bebé deben estar rectos, con la nariz del recién nacido/a frente al pezón, su cuerpo debe estar en contacto con el de la madre, debiendo ella sostener todo el cuerpo del recién nacido/a y no sólo el cuello y los hombros en posición en forma de C.
- Explicar a la madre qué son las vacunas y la importancia de contar con su consentimiento para administrar al recién nacido/a la vacuna BCG y el esquema de vacunación nacional.

En los casos descritos en el párrafo anterior, luego de realizar los controles integrales de salud del bebé, la madre puede inscribir al recién nacido/a al Bono Juana Azurduy con los siguientes requisitos:

- Certificado de nacimiento de la niña(o).
- Carnet de Identidad vigente del titular (mamá, papá o tutor).
- Carnet de Vacunas.
- No contar con seguro a corto plazo.

b. La cosmovisión y prácticas culturales en cuanto al cuidado del recién nacido/a

En tierras altas se realizan diversas acciones al recién nacido/a, ya sea para

protegerlo del susto o para mejorar su aspecto físico. Para su protección se dibuja una cruz con sal en su frente; se pone un cuchillo o palitos en forma de cruz cerca de él mientras la mamá trabaja; se pone también ají y sal en la faja del bebé para protegerlo de malos aires. Para mejorar su aspecto físico, se realiza el ademán de coserle la boca o se coloca un anillo para que la boca no crezca demasiado.

En tierras bajas se baña al bebé con clara de huevo, para que su piel sea suavcita y se pasa con el cucharón por encima de las piernas del bebé para que se enderecen y no sea “rosco” cuando sea grande, como también la práctica de envolver las piernas preferentemente en luna nueva, con el mismo propósito. Además, al cortar el cordón umbilical se le pone la sangre en los labios del bebé para que sean rojitos y en sus cachetes para que sea “chaposito”.

En algunas culturas se suele esperar varias horas antes de iniciar la lactancia materna. Es necesario conversar con la madre para modificar esta costumbre tan peligrosa que puede producir hipoglicemia severa en el recién nacido/a. Otra creencia también presente es que el cuerpo del bebé necesita estar limpio antes de lactar, por lo que le dan unas gotas de su propia orina con este propósito.

XII.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Después del nacimiento de un bebé vivo las mujeres deberían esperar al menos 24 meses antes de volver a quedar embarazadas a fin de reducir el riesgo materno, perinatal e infantil de resultados adversos.

El personal de salud debe suministrar a la usuaria información completa, veraz y oportuna, incluyendo beneficios, limitantes y riesgos para la salud, con el objetivo de garantizar la elección informada. La orientación debe facilitar el ejercicio de los derechos de las usuarias de decidir libre y voluntariamente sobre el uso de un método anticonceptivo para ello se tiene que asegurar un trato con calidad, respeto y con preferencia en su idioma. Los establecimientos de salud deberán tener disponibles todos los métodos anticonceptivos autorizados por el Ministerio de Salud y Deportes y contar con material informativo sobre métodos anticonceptivos en los idiomas del lugar y de acuerdo con su cultura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar posparto como la prevención de embarazos no planificados y de períodos intergenésicos cortos durante los primeros 24 meses después del parto.

- o El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y parto.
- o Los embarazos espaciados permiten mantener períodos más largos de amamantamiento, lo que les brinda a los bebés y niños/as pequeños la posibilidad de aprovechar al máximo los beneficios de la leche materna, tales como mejor nutrición, protección contra enfermedades de la niñez y oportunidades de crear lazos entre madre e hijo. Los niños/as que se alimentan con leche materna exclusiva tienen menor riesgo de enfermedades.

La lactancia no debe interrumpirse para iniciar la anticoncepción. El método anticonceptivo no debe interferir con la lactancia.

Inmediatamente después del parto, las mujeres pueden elegir entre una gran variedad de anticonceptivos que incluyen métodos hormonales y no hormonales, de acción a corto o largo plazo: Dispositivo intrauterino (DIU); Implantes subdérmicos; Píldora de solo progestágeno; Método de amenorrea de la lactancia (MELA); Preservativos.

XIII

RECONOCER LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El Art. 20 de la Ley 348 Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una vida libre de violencia establece que el Ministerio de Salud y Deportes tiene la responsabilidad de responder con atención médica y psicológica de emergencia y tratamiento inmediato para el restablecimiento de la salud física y emocional de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo o violencia. La violencia en razón de género es cualquier acto de violencia física, psicológica o sexual que está dirigido en contra de una persona debido a su género. Tiene como posible resultado daño físico, sexual, psicológico o emocional. Una mujer embarazada que sufre violencia se la puede identificar mediante las siguientes señales:

- o Detectar heridas, huellas de golpes, “accidentes” que no pueden ser explicados.
- o Lesiones en lugares no visibles.
- o Aislamiento social por prohibiciones.
- o Presenta ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio, nerviosismo.
- o Se producen quejas de mala salud, insomnio, dolores de cabeza.
- o Ausentismo escolar.

En caso de que el personal de salud, parteras/parteros o cualquier prestador de medicina tradicional identifique o sospeche de casos de violencia, estos tienen que ser informados a las autoridades competentes. En caso de que la embarazada sea una menor de 17 años, se presume que ese embarazo es producto de violencia sexual y esa menor, según el Código de Niño/Niña y Adolescente, tiene derecho a tomar una decisión libre e informada sobre la continuidad o interrupción legal de su embarazo.

XIV

ESTANDARES PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

En 2012, y en el marco de la iniciativa Mujer indígena: Salud y derechos (UNFPA/AECID) FCI coordinó el desarrollo de una propuesta de Estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural. Participaron en el proceso los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Enlace Continental de Mujeres Indígenas-Región Sudamérica, representantes de la Comisión Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), de organizaciones indígenas nacionales, parteras y personas con saberes ancestrales, expertos y expertas en salud materna e interculturalidad de la región.

Para avanzar en la articulación de la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna en el marco de procesos de mejora de la calidad técnica y humana de la atención, se han incluido en la guía, instrumentos (indicadores y estándares) que permitirán impulsar, medir y evaluar el avance en la implementación de servicios de salud materna con pertinencia intercultural, y facilitar la medición, comparación, el intercambio de experiencias y avances entre servicios de salud. El objetivo de los estándares es contribuir a articular la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna en el marco de procesos de mejora de la calidad técnica y humana de la atención.

Los estándares se conciben como enunciados explícitos que definen las expectativas de cómo debe desempeñarse una actividad de atención de la salud para producir los resultados deseados. Los estándares se relacionan estrechamente con las normativas emitidas, y definen lo que es necesario para producir servicios de calidad. Pueden incluir directrices para la práctica clínica, protocolos de tratamiento, algoritmos o procedimientos operativos. Para alcanzar los resultados deseados, los estándares deben definirse claramente, deben ser alcanzables, y estar a disposición de los trabajadores de la salud.

Desde una perspectiva sistémica de la atención de salud, los estándares pueden ser de tres tipos: de entrada (recursos necesarios para proveer atención, como personal capacitado o equipamiento), de proceso (actividades y tareas para alcanzar un resultado particular), o de salida (resultados que derivan de los estándares anteriores, como la situación clínica del paciente).

El cumplimiento de los estándares puede ser monitoreado a través de indicadores. Los indicadores son variables o características medibles que sirven para determinar el nivel de desempeño de un sistema/proceso, el grado de adherencia a un estándar, o el logro de una meta de calidad. Los indicadores son usados para identificar las debilidades de un proceso, poner a prueba cambios, y medir los éxitos.

La calidad y utilidad de un indicador se define por su validez (efectivamente mide lo que pretende medir), confiabilidad (mediciones repetidas producen los mismos resultados), especificidad (mide solamente el fenómeno que pretende medir), sensibilidad (tiene la capacidad de medir cambios en el fenómeno que analiza), posibilidad de ser medido (se basa en datos disponibles o fáciles de obtener), relevancia para políticas (proporciona respuestas a los asuntos clave de políticas), costo-efectividad (justifican la inversión en tiempo y recursos) (7).

Como se ha señalado, los estándares de atención son una declaración normativa de la forma o características que debiesen tener los procesos de atención materno-neonatales. En el caso de los estándares objeto del presente documento, se trata de características que le dan al proceso de atención un carácter intercultural; por ejemplo, en el proceso de atención del parto, ofrecer a la madre atenderla en la posición que ella lo prefiera. La introducción de estos estándares no es otra cosa que un esfuerzo para cambiar los procesos de atención, haciendo que respondan mejor a las necesidades de las usuarias. En este sentido, los 14 estándares e indicadores para servicios de salud materna con pertinencia intercultural que se presentan en la Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural son herramientas imprescindibles para operativizar las normas de salud materna de adecuación cultural a través de un esfuerzo de Mejora Continua de la Atención, que implica siempre cambios en los procesos de atención, ya sea en base a la evidencia científica moderna o, en este caso, en base a las necesidades de las usuarias.

Para cada Estándar se ha definido:

- o Objetivo.
- o Nivel de aplicación.
- o Indicador - Cálculo del indicador.
- o Fuentes de Obtención de datos -Método de Obtención del Dato.
- o Periodicidad del Informe.

Estándar 1: El Establecimiento de Salud cuenta con el 100% de insumos y elementos necesarios de mobiliario para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Objetivo: Que los Establecimientos de Salud adecúen el servicio con los insumos y elementos necesarios de mobiliario para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: Porcentaje de insumos y elementos necesarios de mobiliario existentes en el Establecimiento de Salud para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Cálculo del indicador: $\frac{\text{Número de insumos y elementos necesarios de mobiliario existentes en el Establecimiento de Salud para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local} \times 100}{\text{Número total de insumos y elementos necesarios de mobiliario para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local}}$, establecidos en un listado específico.

Para medir este indicador se aplicará una lista de chequeo. El listado específico de insumos y elementos necesarios de mobiliario con los que debe contar el Establecimiento de Salud para ofrecer atención culturalmente adecuada de acuerdo a la cultura local (Ej: Una colchoneta, una estufa para preparar infusiones vegetales, un calefactor, ropa adecuada para la parturienta según la región geográfica, un sistema de apoyo para pujar durante el parto, etc.), debe ser elaborado mediante un diagnóstico participativo con usuarias y representantes de organizaciones comunitarias.

Fuentes de obtención de datos: Lista de insumos y elementos necesarios de mobiliario existente en el Establecimiento de Salud para ofrecer atención culturalmente adecuada según la cultura local.

Método de obtención del dato: Conteo

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

Estándar 2: El Establecimiento de Salud cuenta con personal de salud capacitado y motivado en interculturalidad, género y derechos humanos.

Objetivo: Contribuir a una mejor gestión y atención técnica y humana en el nivel de resolución correspondiente, con una mejor relación intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Porcentaje de personal de salud del Establecimiento de Salud capacitado y motivado en interculturalidad, género y derechos humanos.

Cálculo del indicador: $\text{Número de personal de salud del Establecimiento de Salud capacitados y motivados en interculturalidad, género y derechos humanos} \times 100 / \text{Total del personal que trabaja en el Establecimiento de Salud}$.

La Meta 7 del Llamado a la Acción de Toronto Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006 – 2015, contempla que al menos el 70% de los trabajadores de salud tengan competencias de salud pública e interculturales comprobables. El numerador incluye egresados de cursos de post-grado referentes al tema (diplomados, maestrías, doctorados, cursos de capacitación con un número de horas superior a 24 horas dedicados a estos temas). También incluye la especialidad de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), los post grados de salud pública, los estudios para técnicos en salud con mención en interculturalidad, y los estudios de medicina tradicional o ancestral.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Registros de asistencia del personal de salud del Establecimiento de Salud, talleres o sesiones de capacitación en temas de interculturalidad, género y derechos humanos.

Denominador: Jefe del Establecimiento de Salud o responsable de RRHH del Establecimiento de Salud

Método de obtención del dato: Revisión de base de datos de RRHH correspondiente y visita al Establecimiento de Salud.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Semestral

<p>Estándar 3: Parteras tradicionales y otros prestadores de medicina tradicional reconocidas por su comunidad, capacitadas en la atención integral de las embarazadas (signos de peligro del embarazo, parto, puerperio y neonato)</p>
<p>Objetivo: Reconocer el valor de estas personas conocedoras de saberes ancestrales y la confianza que sus comunidades tienen en ellas. Reconocer que, sin renunciar a sus conocimientos y tradiciones, juegan un rol de suma importancia en la prestación de servicios de salud tanto en el ámbito rural como urbano, en la comunidad como en los Establecimiento de Salud, para abordar las prioridades de salud materna y neonatal.</p>
<p>Nivel de aplicación: Local y subnacional</p>
<p>Indicador: Porcentaje de Parteras tradicionales y otros prestadores de medicina tradicional en el ámbito del Establecimiento de Salud, reconocidas por su comunidad, capacitadas en signos de peligro y atención esencial del embarazo, parto, puerperio y neonato.</p> <p>Cálculo del indicador: $\frac{\text{Número de parteras tradicionales y otros prestadores de medicina tradicional en el ámbito del Establecimiento de Salud, reconocidas por sus comunidades, capacitadas en signos de peligro y atención esencial en embarazo parto, puerperio y neonato} \times 100}{\text{Total de Parteras tradicionales en el ámbito del Establecimiento de Salud reconocidas por su comunidad}}$</p>
<p>Fuentes de obtención de datos:</p> <p>Numerador: Informes de capacitación</p> <p>Denominador: Registros de parteras y otros prestadores de medicina tradicional del Establecimiento de Salud que se construyen con las actas enviadas por las comunidades</p>
<p>Método de obtención del dato: Revisión de actas para confirmar el número de personas reconocidas y su participación en los eventos. Deben ser parteras y otros prestadores de medicina tradicional reconocidas por su comunidad mediante documento correspondiente generado en la comunidad y dirigido al Establecimiento de Salud para su conocimiento y fines. En esta identificación y reconocimiento los prestadores de salud no deben participar, salvo para informar de la necesidad de contar con dicho documento. Es un proceso que se debe realizar mediante los mecanismos propios de cada cultura y en coordinación con sus organizaciones respectivas.</p>
<p>Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral</p>

Estándar 4: Casa materna cuenta con atenciones culturalmente adecuadas previo al parto, ofrecida por parteras reconocidas por la comunidad

Objetivo: Disminuir barreras de acceso a la atención calificada del parto debido a la 3ra demora en el camino de la sobrevivencia materna: Demora en llegar al Establecimiento de Salud.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Porcentaje de Casas Maternas que brindan atención culturalmente adecuada previo al parto por parteras reconocidas por la comunidad

Cálculo del indicador: Número de Casas Maternas que brindan atención culturalmente adecuada previo al parto por parteras reconocidas por la comunidad / Número total de Casas maternas en el territorio o País.

Supone un proceso de coordinación con las parteras reconocidas organizadas para seleccionar las que harían esta tarea, su turno, rotaciones, acordar sus funciones y alcances y demás. (Las prestaciones interculturales que podrían brindar las parteras son: masajes, manteos, tratamientos con infusiones para el frío, etc., de acuerdo a la realidad local). Esta coordinación es parte de la gestión local de la casa materna que involucra una mayor participación y control social.

Fuentes de obtención de datos:

La persona responsable de salud materna del Establecimiento de Salud genera el dato hacia la Dirección de Salud Materna del nivel superior para su monitoreo

Método de obtención del dato: Informe del Establecimiento de Salud a su nivel técnico administrativo superior. Visita de supervisión.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

Estándar 5: Partera tradicional es integrada como un miembro del equipo para la atención del parto en Establecimiento de Salud.

Objetivo: Operativizar en un contexto de diversidad cultural, en el marco de respeto a la cultura de la gestante, y de coordinación entre los proveedores de los sistemas de salud, la atención del parto con pertinencia intercultural.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: Porcentaje de partos atendidos en Establecimiento de Salud conjuntamente por personal de salud y partera tradicional.

Cálculo del indicador:

$$\frac{\text{Número de partos atendidos por la partera u otros prestadores de medicina tradicional reconocida por la comunidad juntamente con personal de salud} \times 100}{\text{Total de partos atendidos en Establecimiento de Salud}}$$

Este indicador supone una estrecha coordinación entre el personal de salud, las parteras y la gestante y familia, para el rol de cada uno durante la atención. El respeto a la decisión de la gestante y la familia debe agotar los mecanismos de comunicación adecuados sobre los riesgos. Idealmente los Establecimiento de Salud deben haber implementado un servicio de atención coordinada y conjunta.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Registro de Establecimiento de Salud

Denominador: Registro de Establecimiento de Salud

Método de obtención del dato: El dato debe recoger los eventos que suceden mensualmente en el ámbito y el registro de los mismos debe ser coordinado y complementado con los registros de los proveedores de ambos sistemas de salud.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Mensual

Estándar 6: Partera Tradicional reporta al Establecimiento de Salud partos domiciliarios, para ser analizados en conjunto por parteras y el personal de Salud.

Objetivo: Desarrollar y fortalecer el trabajo en red entre las parteras tradicionales y el personal de salud del Establecimiento de Salud de la comunidad mediante reuniones periódicas en las cuales se analicen conjuntamente las atenciones domiciliarias.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: Porcentaje de partos domiciliarios atendidos por las parteras tradicionales que son reportados y analizados en conjunto por parteras y el personal de Salud.

Cálculo del indicador: $\frac{\text{Número de partos domiciliarios atendidos por las parteras tradicionales que son reportados y analizados en conjunto por parteras y el personal del Establecimiento de Salud}}{\text{Número total de partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales en el área de influencia, territorio o País}}$

Las realidades de las poblaciones dispersas, inaccesibles y en contexto de diversidad cultural, implican que muchos partos domiciliarios seguirán siendo atendidos por parteras tradicionales como una práctica ancestral, en un contexto de lógicas culturales que deben ser motivo de diálogo, para buscar la articulación de esfuerzos y la complementariedad de los sistemas de salud ancestral y moderno.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Registro de Establecimiento de Salud

Denominador: Registros de partos domiciliarios atendidos por las parteras y reportados al Establecimiento de Salud

Método de obtención del dato: El dato debe recoger los eventos que suceden mensualmente en el ámbito y el registro de estos debe ser coordinado y complementado con los registros de los proveedores de ambos sistemas de salud.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Mensual

<p>Estándar 7: Establecimiento de Salud oferta y atiende el parto respetando la preferencia de la usuaria respecto a la posición en la que desea dar a luz.</p>
<p>Objetivo: Implementar la Guía de Atención Materna Neonatal Con Enfoque Intercultural y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.</p>
<p>Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional</p>
<p>Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas que manifestaron que se atendió su parto en la posición que ellas escogieron.</p> <p>Cálculo del indicador: $\frac{\text{Número de puérperas encuestadas que manifestaron que se atendió su parto en la posición que ellas escogieron}}{\text{Total de puérperas encuestadas}} \times 100$</p>
<p>Fuentes de obtención de datos:</p> <p>Numerador: Encuesta, informe de supervisor</p> <p>Denominador: Informe del supervisor</p>
<p>Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.</p>
<p>Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral</p>

Estándar 8: El Establecimiento de Salud permite la presencia de un familiar o persona de confianza de la embarazada durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato.

Objetivo: Implementar la Guía de Atención Materna Neonatal Con Enfoque Intercultural y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Porcentaje de púerperas encuestadas que manifestaron que se permitió la presencia de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Cálculo del indicador: $\text{Número de púerperas encuestadas que manifestaron que se permitió la presencia de un familiar o persona de confianza durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato} \times 100 / \text{Total de púerperas encuestadas}$.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor

Denominador: Informe del supervisor

Método de obtención del dato: Encuesta a púerperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

<p>Estándar 9: El Establecimiento de Salud permite que la parturienta reciba infusiones culturalmente adecuadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.</p>
<p>Objetivo: Implementar la Guía de Atención Materna Neonatal Con Enfoque Intercultural y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.</p>
<p>Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional</p>
<p>Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas que manifestaron que se les permitió la ingesta de infusiones culturalmente adecuadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.</p> <p>Cálculo del indicador: $\text{Número de puérperas encuestadas que manifestaron que se les permitió la ingesta de infusiones culturalmente adecuadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato} \times 100 / \text{Total de puérperas encuestadas}$.</p>
<p>Fuentes de obtención de datos:</p> <p>Numerador: Encuesta, informe de supervisor</p> <p>Denominador: Informe del supervisor</p>
<p>Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.</p>
<p>Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral</p>

Estándar 10: El Establecimiento de Salud permite que la familia brinde a la puérpera comidas de valor cultural y nutricional en el puerperio inmediato.

Objetivo: Permitir la ingesta de alimentos y bebidas de valor cultural y nutricional, según las necesidades de la usuaria, durante el puerperio inmediato con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere para su pronta recuperación, de acuerdo a la costumbre local.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas a cuyos familiares se les permitió llevarles comidas de valor cultural y nutricional en el puerperio inmediato.

Cálculo del indicador: $\text{Número de puérperas encuestadas a cuyos familiares se les permitió llevarles comidas de valor cultural y nutricional en el puerperio inmediato} \times 100 / \text{Total de puérperas encuestadas}$.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor

Denominador: Informe del supervisor

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

<p>Estándar 11: El Establecimiento de Salud entrega la placenta a la familia si ésta desea darle un manejo culturalmente adecuado (por ejemplo, enterrarla en un lugar de su elección).</p>
<p>Objetivo: Implementar la Guía de Atención Materna Neonatal Con Enfoque Intercultural y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.</p>
<p>Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional</p>
<p>Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas que recibieron la placenta al haberla solicitado ella o su familia.</p> <p>Cálculo del indicador: $\text{Número de puérperas encuestadas que recibieron la placenta al haberla solicitado ella o su familia} \times 100 / \text{Total de puérperas encuestadas}$.</p>
<p>Fuentes de obtención de datos:</p> <p>Numerador: Encuesta, informe de supervisor</p> <p>Denominador: Informe del supervisor</p>
<p>Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.</p>
<p>Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral</p>

Estándar 12: El Establecimiento de Salud mantiene un horario de visitas durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato que sea amplio, no restringido, de manera que favorezca la presencia de miembros de la familia junto a la parturienta o puérpera.

Objetivo: Implementar la Guía de Atención Materna Neonatal Con Enfoque Intercultural y realizar los correctivos con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.

Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional

Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas con el horario de visita en el Establecimiento de Salud.

Cálculo del indicador: $\frac{\text{Número de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas con el horario de visita en el Establecimiento de Salud}}{\text{Total de puérperas encuestadas}} \times 100$

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor

Denominador: Informe del supervisor

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

<p>Estándar 13: El Establecimiento de Salud cuenta con letreros de orientación (señalética) y material audiovisual (ya sea para las usuarias o para el personal), en el idioma de los pueblos originarios de su ámbito.</p>
<p>Objetivo: Contribuir a un mejor entendimiento y confianza en la interacción entre usuarias y proveedores.</p>
<p>Nivel de aplicación: Local, subnacional y nacional</p>
<p>Indicador:</p> <p>a) Porcentaje de ambientes del Establecimiento de Salud que cuentan con rotulación en idioma originario.</p> <p>b) Número de productos audiovisuales dirigido a usuarias en idioma originario.</p> <p>Cálculo del indicador:</p> <p>a) $\text{Número de ambientes del Establecimiento de Salud que cuentan con rotulación en idioma originario} \times 100 / \text{Número total de ambientes del Establecimiento de Salud en los que hay o debería haber señalética.}$</p> <p>b) Número de productos audiovisuales dirigido a usuarias en idioma originario.</p>
<p>Fuentes de obtención de datos: Lista de ambientes del Establecimiento de Salud</p>
<p>Método de obtención del dato: Verificación In situ.</p>
<p>Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral</p>

Estándar 14: Puérperas expresan satisfacción con atención brindada en el Establecimiento de Salud durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

Objetivo: Lograr el mayor nivel de satisfacción y aceptación del servicio brindado durante la atención del embarazo y el parto.

Nivel de aplicación: Local y subnacional

Indicador: Porcentaje de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas por la atención brindada en el Establecimiento de Salud durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

Cálculo del indicador: $\text{Número de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas por la atención brindada en el Establecimiento de Salud durante el trabajo de parto, parto y puerperio} \times 100 / \text{Total de puérperas encuestadas}$.

Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Encuesta, informe de supervisor

Denominador: Informe del supervisor

Método de obtención del dato: Encuesta a puérperas seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al Establecimiento de Salud y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

Periodicidad con que se evalúa e informa: Trimestral

XV

BIBLIOGRAFIA

1. B. Bradby y J. Murphy-Lawless, *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: Comisión Europea; 2005.
2. Campos, Roberto. Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas, en *Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?*. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.
3. CATALYST. Espaciamiento entre nacimientos. Colombia; 2002
4. CLAP/SMR, OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Washington: CLAP/SMR; 2007.
5. Eduardo Menendez. “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autogestión”, en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México: IM-UAM; 1992.
6. Fernandez, Gerardo (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya – Yala; 2004.
7. Fondo de Población de Naciones Unidas/ Family Care International. *Estándares básicos para Servicios de Salud Materna con Pertinencia Intercultural*. La Paz: FNUAP; 2012.
8. Galindo, Mario. *Municipio Indígena. Análisis del proceso y perspectivas viables*. La Paz: CEBEM; 2008.
9. González Guzmán, Daniel. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)*. Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito: QAP; 2007.
10. IAB/ PAHO. *Best Practices in Intercultural Health. Executive Summary*. Canadá: IAB; 2005.

11. INE. Bolivia, características sociodemográficas de la población indígena. La Paz: INE; 2003.
12. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cubana ObstetGinecol; 2012.
13. Mendizabal, Gregorio. Historia de la salud pública en Bolivia. La Paz: OPS/OMS; 2002.
14. Ministerio de Autonomías, Agenda Patriótica 2025. La Paz: Ministerio de Autonomías; 2013
15. Ministerio de Salud y Deportes, Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
16. Ministerio de Salud y Deportes, Redes de Servicios y Redes Sociales de Salud Materna y Neonatal. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2000.
17. Ministerio de Salud y Deportes, Articulación de parteras tradicionales al sistema de salud. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2007.
18. Ministerio de Salud y Deportes, Atención obstétrica y complicaciones del embarazo en beneficiarias del SUMI 2005. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
19. Ministerio de Salud y Deportes, Guía para la atención intercultural de la salud materna. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.
20. Ministerio de Salud y Deportes, Guía operativa para la aplicación en servicios de la Resolución Ministerial 0496 y su reglamentación sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.
21. Ministerio de Salud y Deportes, Guía alimentaria para la mujer durante el período de embarazo y lactancia. Documento Técnico Normativo. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
22. Ministerio de Salud y Deportes, Guía de atención de las parteras/os tradicionales del embarazo, parto y post – parto. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.

23. Ministerio de Salud y Deportes, Intercambio de saberes para la buena implementación de la medicina tradicional y la interculturalidad en los servicios de salud. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.
24. Ministerio de Salud y Deportes, La calidad de atención con enfoque intercultural en la aplicación del SUMI. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2006.
25. Ministerio de Salud y Deportes, Manual de la partera tradicional de tierras bajas. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.
26. Ministerio de Salud y Deportes. Manual para el Registro Sanitario de Producto Natural, Tradicional y Artesanal. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.
27. Ministerio de Salud y Deportes, Mapeo de Normas sobre Salud Materna y Factores Culturales en Bolivia 1994-2010. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2011.
28. Ministerio de Salud y Deportes, Medicinas junto a nuestra casa. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2007.
29. Ministerio de Salud y Deportes, Norma Nacional de Caracterización, Organización y Funcionamiento de las Casas Maternas. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
30. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Estratégico de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2009 – 2015. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.
31. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 – 2015. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.
32. Ministerio de Salud y Deportes, Políticas de Medicina Tradicional y Salud Intercultural. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2006.
33. Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2008. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2004.
34. Ministerio de Salud y Deportes, Protocolos de atención maternal y neonatal culturalmente adecuados. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2006.

35. Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2007.
36. Ministerio de Salud y Deportes, TananepoKupikixh Embarazo, parto y puerperio en la provincia Velasco Santa Cruz Bolivia. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2014.
37. Ministerio de Salud y Deportes, Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico Estratégico Versión Didáctica. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
38. Ministerio de Salud y Deportes, Hacia la articulación y complementariedad entre las medicinas tradicional y académica en el marco del principio de interculturalidad de la SAFCI (Guía de Implementación). La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada. Quito - Ecuador: 2011.
40. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Pichincha – Ecuador: 2011.
41. OMS. Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia. Ginebra: OMS, 1996.
42. OMS. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Ginebra: OMS; 2009.
43. OMS. Salud Materna en Contextos de Interculturalidad, Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. La Paz: OMS, 2013.
44. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria en las Américas. Washington: OPS; 2007.
45. OPS/OMS. Perfil de los sistemas de Salud. Bolivia. Washington: OPS/ OMS; 2007.
46. OPS/OMS. Boletín informativo atención al Recién Nacido. Washington: OPS/OMS; 2020

47. Oyarde, Ana María. Fecundidad y mortalidad. Taller sobre el uso de la información censal para pueblos indígenas. La Paz – Bolivia: CEPAL; 2004.
48. Plan de Desarrollo Económico Social 2021 – 2025. Reconstruyendo la Economía Para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: Ministerio de Planificación del Desarrollo; 2022
49. Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien sector Salud 2021-2025. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes;2022
50. Plan Estratégico Institucional 2021- 2025. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2022
51. Plan de Desarrollo Económico y Social. Estado Plurinacional de Bolivia en el marco del desarrollo integral para vivir bien 2016 – 2020.
52. PNUD. Informe de desarrollo humano 2007. El Estado del Estado. La Paz – Bolivia: PNUD; 2007.
53. Ramirez Hita, Susana. Calidad de atención en salud, prácticas y representaciones sociales en poblaciones quechuas y aymaras del altiplano boliviano. La Paz: OPS/OMS; 2009
54. Reis, V, Cuidados respetuosos en la maternidad: Experiencias de los países. Resultados de una Encuesta: Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP); 2012.
55. Servicio Departamental de Salud La Paz. Manual de Atención del Parto

ANEXO

ANEXO 1.

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0496 del 9 de octubre del 2001

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

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

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

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

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

- o 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.
- o 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”.

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 No 0790, reglamentaria de la RM 0496, confirmando su vigencia y su importancia.

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 2005, ya se incluyen los postulados anteriormente detallados, 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: desinformación, la discriminación, el maltrato, el ausentismo y el retraso.

o 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”.

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.

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 2005, ya se incluyen los postulados anteriormente detallados, 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:

A. Ingreso al servicio

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

- o Que el personal de salud busque el equilibrio entre las medidas higiénicas adecuadas y lo que la embarazada prefiera según su cultura.
- o 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.
- o 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.

- o Estimule la participación del esposo u otros familiares para que acompañen a la embarazada durante el trabajo de parto y parto. o Procure que la embarazada orine y obre espontáneamente.
- o Efectúe o asegure aseo abdómino 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.

B. Periodo de dilatación

Apoye a la embarazada en los siguientes aspectos:

- o Identificar sus necesidades, dudas, temores y orientar la información basándose en éstos.
- o Conocer cuál es la posición que ella prefiere para tener su parto y procurar satisfacerla.
- o 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.
- o 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).
- o 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.
- o 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.
- o 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.

C. Periodo expulsivo

- o Procure una temperatura adecuada (25°) en la sala de partos.
- o Motive la participación de su marido u otro familiar que la acompañe en la sala de partos.

Posición de la embarazada:

- o 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.
- o 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.
- o Prepare instrumental, guantes y campo estéril. o Efectúe lavado minucioso de sus manos.
- o Efectúe aseo del periné de la embarazada con agua tibia que escurra sobre los genitales y entreabriendo ligeramente los labios mayores. o Episiotomía. No debe ser un procedimiento de rutina

D. 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.

ANEXO 2.

POSICIONES ADOPTADAS DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO DEL PARTO VERTICAL (9)

Posición de cuclillas con apoyo

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo). Se debe verificar que la embarazada en trabajo de parto mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Posteriormente adecuarlo para realizar el alumbramiento.

Posición de cuclillas

El acompañante debe estar parado o sentado en una silla y abrazará a la embarazada por debajo de la región axilar durante el trabajo de parto, permitiendo que la embarazada en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

El personal de salud se colocará por detrás de la embarazada y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.

Posición de rodillas

El personal de salud se colocará detrás de la embarazada en trabajo de parto, cuidando el periné para que no tenga desgarros, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.

El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, la abrazará por la región del tórax permitiendo a la embarazada apoyarse en los muslos del acompañante.

En esta posición la mujer en trabajo de parto va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semi- sentada

El acompañante debe estar sentado con las piernas separadas en una silla, abrazará a la embarazada en periodo expulsivo por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición ella se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta esté ubicada debajo de ella.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. En la posición semi - sentada la embarazada en periodo expulsivo se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición cogida de la sogá

El personal de salud se colocará frente a la embarazada en trabajo de parto, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuarán para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocará detrás y la sostendrá para que no se mueva.

La mujer en trabajo de parto se sujetará de una sogá o sábana que está suspendida de un tronco o una viga del techo. El favorecido es el bebé, quien, ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente. Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón.

Posición pies y manos

El personal de salud se colocará detrás de la embarazada en periodo expulsivo cuidando el periné para evitar desgarros. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el manejo activo del tercer periodo del parto.

Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del recién nacido/a se realizará por detrás de la madre.

El personal de salud que atiende el parto vertical deberá recomendar a la mujer en trabajo de parto, para que respire superficialmente, relaje el cuerpo,

respire por la boca y en el momento de la contracción puje con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

- o Esta posición brinda una buena exposición y acceso.
- o Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo).
- o El pasar al recién nacido/a para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente.

Ventajas

- o Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.
- o Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas.
- o Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo.
- o La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización.
- o Esta posición ayuda en el manejo de la distocia de hombro (fácil acceso al brazo posterior)

ANEXO 3.

REFERENCIA DE PARTERAS CON REGISTRO Y MATRÍCULA PLURINACIONAL A NIVEL NACIONAL

DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Andres Mamani Castillo	73359918	Partero Tradicional
Esteban Choque Sifuentes	77301279	Partero Tradicional
Eugenia Tarifa Carvajal	63761281	Partera Tradicional
Faustina Sanchez Quispe	72627825	Partera Tradicional
Filomeno Flores Mamani	67628759	Partero Tradicional
Juan Santos Mamani	67607111	Partero Tradicional
Juana Torrez Rivera		Partera Tradicional
Julia Mancilla Cuellar		Partera Tradicional
Lazaro Colque Camacho	74400410	Partero Tradicional
Lidia Urzagaste Juarez	72972484	Partera Tradicional
Matias Avila Machuca		Partero Tradicional
Pedro Lara Torres	72671535	Partero Tradicional
Salustio Ortiz Leon	74419485	Partero Tradicional
Segundo Chacon Garcia	71652512	Partero Tradicional
Sergio Soliz Salazar	73359832	Partero Tradicional
DEPARTAMENTO DE LA PAZ		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Alejandro Chavez Choque	71921434	Partero Tradicional
Alicia Mamani Suca	76713996	Partera Tradicional
Ana Choque Castillo	73555651	Partera Tradicional
Benedicta Poma Apaza	76516716	Partera Tradicional
Bertha Santusa Crispin Mendoza	71513320	Partera Tradicional
Cecilia Condori Yanaguaya	71905861	Partera Tradicional
Celia Dionicia Sirpa Espinoza	63269845	Partera Tradicional
Cipriano Mamani Ventura	71966134	Partero Tradicional
Daniel Isidro Mamani Poma	71953536	Partero Tradicional

Daniela Villca Paco	73323077	Partera Tradicional
Daria Mamani Yujra	77285328	Partera Tradicional
Dionicio Cutipa Mamani	67102600	Partero Tradicional
Dionicio Siñani Yujra	70583038	Partero Tradicional
Donato Mamani Patty	73205133	Partero Tradicional
Elena Valero Condori	71217491	Partera Tradicional
Eloyza Terrazas Herrera	63374784	Partera Tradicional
Elvira Aguilar Mayta	72025055	Partera Tradicional
Emilio Colque Vargas	67048636	Partero Tradicional
Enrique Tinta Quispe	71249237	Partero Tradicional
Eugenia Corila Mamani	75833970	Partera Tradicional
Florentina Torrez Lobo	68079416	Partera Tradicional
Getrudes Jacinto Alave	71882011	Partera Tradicional
Herodito Sirpa Canaviri	71910595	Partero Tradicional
Julio Mamani Velasquez	75937406	Partero Tradicional
Justa Torrez Juli	76731917	Partera Tradicional
Leonarda Quispe Rojas	67040735	Partera Tradicional
Leonardo Paco Patzi	73096870	Partero Tradicional
Lidia Elena Ramos Mamani	67069258	Partera Tradicional
Lidia Quispe Tintaya	71252070	Partera Tradicional
Lucia Cadena Poma	71913379	Partera Tradicional
Luciano Flores Amaru	78837708	Partero Tradicional
Luisa Crispin Mendoza	72097711	Partera Tradicional
Macario Alejandro Llojlla Coarite	71514921	Partero Tradicional
Magdalena Huanca Pillco	72506728	Partera Tradicional
Maria Elena Mamani Laruta	73232117	Partera Tradicional
Maria Quispe Guaygua	74065783	Partera Tradicional
Martha Quispe Flores	71264936	Partera Tradicional
Martina Quispe Mamani	78885051	Partera Tradicional
Matilde Mamani Colque	68125308	Partera Tradicional
Neri Chura Quispe	63158359	Partera Tradicional
Paulina Ajata Llanqui	71271070	Partera Tradicional
Ramon Calle Valero	77531847	Partero Tradicional

Remigia Pañuni Quispe	68156018	Partera Tradicional
Ricardina Suntura Cosme	73074150	Partera Tradicional
Rosa Arminda Mamani Ticona	74087298	Partera Tradicional
Rosa Quispe Mamani	73706838	Partera Tradicional
Ruperta Tola Sarzo	71255685	Partera Tradicional
Santusa Muga Mamani	71576345	Partera Tradicional
Saturnina Mamani Apaza	73505241	Partera Tradicional
Seferina Mamani Fuentes	75820767	Partera Tradicional
Sixto Pusarico Mamani	67126352	Partero Tradicional
Sonia Callizaya Torrez	77741089	Partera Tradicional
Teodora Lucasi De Lupa	73500818	Partera Tradicional
Valentina Ticona Llupanqui	77758017	Partera Tradicional
Victoria Yujra Lopez	75209559	Partera Tradicional
Virginia Ticona Mamani	67045706	Partera Tradicional
DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Ana Pivondi Uramozana	68752981	Partera Tradicional
Ana Exaltacion Flores Vaca	71066373	Partera Tradicional
Delmira Rojas Vidal	76026955	Partera Tradicional
Rosa Evelin Roman Flores	79008086	Partera Tradicional
DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Adrian Rojas Arce	68636665	Partero Tradicional
Damian Colque	68570884	Partero Tradicional
Deciderio Cardozo Flores	72793798	Partero Tradicional
Delia Cardozo Ortuste	68655579	Partera Tradicional
Domitila Vela Correa		Partera Tradicional
Eliodor Mendoza Cabrera	67498973	Partero Tradicional
Eudoro Enriquez Choque	72783782	Partero Tradicional
Gregorio Puyal		Partero Tradicional
Guillerma Guzman		Partera Tradicional
Juana Sandoval Saavedra	71446877	Partera Tradicional
Juanito Vallejos Figueroa		Partero Tradicional

Justina Calle Flores	79791357	Partera Tradicional
Marcelina Negrete Cordova	74334527	Partera Tradicional
Maura Campos	68570884	Partera Tradicional
Neida Soledad Paniagua Nova	72718071	Partera Tradicional
Pedro Sandoval Saavedra	74802139	Partero Tradicional
Prudencio Molina Sanchez	74837185	Partero Tradicional
Segundino Morales Sanchez	73786916	Partero Tradicional
Simon Cabrera	74139398	Partero Tradicional
Victoriano Arce Soto		Partero Tradicional
Zenon Rojas Vallejos	73757213	Partero Tradicional
DEPARTAMENTO DE BENI		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Alejandrina Cartagena Chipunavi	73917513	Partera Tradicional
Cristina Moy Iva	67273770	Partera Tradicional
Elsa Diez Noe	71124722	Partera Tradicional
Elvita Franco Parada	69398574	Partera Tradicional
Emilse Cossio Roca	71146776	Partera Tradicional
Eulogia Guayacuma Cusere		Partera Tradicional
Fidelia Guaji Viri		Partera Tradicional
Florentina Canchi Chappi	68952510	Partera Tradicional
Hilaria Noe Noe		Partera Tradicional
Hilda Semo Noe	72815473	Partera Tradicional
Juana Miche Tumo		Partera Tradicional
Juana Yujra Mamani	77461202	Partera Tradicional
Leonarda Justiniano Fabricano		Partera Tradicional
Manuela Balcazar Macabapi	72839078	Partera Tradicional
Margarita Ychu Noe	68956760	Partera Tradicional
Martha Sita Noe	67273770	Partera Tradicional
Mary Nelly Noza Javivi	72819493	Partera Tradicional
Mercedez Camama Rodriguez	67854052	Partera Tradicional
Mireya Parada Torrico	73999735	Partera Tradicional
Paulina Semo Mayto		Partera Tradicional
Roxana Caya Camaconi	74710267	Partera Tradicional

Teresa Noza Ychu		Partera Tradicional
Zoraida Berthol Ordoñez	67285022	Partera Tradicional
Zulma Suarez Vargas	73969065	Partera Tradicional
DEPARTAMENTO DE POTOSÍ		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Cristina Mamani Bravo	71836863	Partera Tradicional
Flora Clemente Mamani	71836211	Partera Tradicional
Lorenza Janco Bautista	68492434	Partera Tradicional
Marcelina Condori Olmedo	73899637	Partera Tradicional
Margarita Condo Mamani	65495068	Partera Tradicional
Pascuala Pantoja Flores	72485852	Partera Tradicional
Victoria Condo Mamani	72439027	Partera Tradicional
DEPARTAMENTO DE TARIJA		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Jacinta Rojas Peña	75186167	Partera Tradicional
Miriam Miranda Bravo	72948473	Partero Tradicional
DEPARTAMENTO DE PANDO		
Nombre	Teléfono	Especialidad
Benigna Gutierrez Rimba	76109157	Partera Tradicional

ANEXO 4.**LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS**

Alicia Hilda Castro Cusi	Partera La Paz
Felipa Catari Aquino	Partera La Paz
Rómulo Mamani Posto	Partero La Paz
Sebastiana Escobar Patty	Partera La Paz
Felipa Aguilar Chipana	Partera La Paz
Lupe Castro	Kallawaya La Paz
Juan Yujra Quispe	Kallawaya La Paz
Zulma Suarez Vargas	Partera Beni
Rosa Carmen Mamata Méndez	Naturista Santa Cruz
Mirtha Camaconi	Partera Pando
Otilia Tabo Achipa	Partera Pando
Mercedes Cartagena	Partera Pando
Francisco Mamata Surubí	Médico tradicional Santa Cruz
Lucas Lino Méndez	Partero Santa Cruz
Tomaza Masai	Partera Santa Cruz

Julia Barrientos	Partera Santa Cruz
Basilia Campos	Sobadora Santa Cruz
Belarmina Dorado Casupa	Partera Santa Cruz
Aurora Florinda Choré	Médico tradicional
Andrés SiyeYovio	Partero
María Luz Aguilera Vargas	
María Surubí	Partera Santa Cruz
Ana Exaltación Flores	
Médico Pando	Partera Santa Cruz
Rolando Dominguez	Enfermera Pando
Cristina Ayala Siani	Médico Pando
Carla Miranda Espinoza	Médico Pando
Karen Coria Choque	Médico Santa Cruz
Carlos Castillo Palazzi	Médico Santa Cruz
Rafael Justiniano	Médico Santa Cruz
Luis Fajardo	Enfermera Santa Cruz
Susana Santos Altamirano	Médico Santa Cruz
Mélody Churque	Médico Santa Cruz
Lúis Alarcon Ballesteros	Médico Santa Cruz
Fátima Pilón Oliva	Médico Santa Cruz
Sebastián Alviz	Madre Pando
QueilaRutani Isita	Madre Pando
Cecilia Mayo Rutani	RVS Pando
Esteban Monje Tirina	Madre Pando
Suleidi Achipa Alvarez	Madre Pando
Aida Yubanera	Madre La Paz
Máxima Múni	
Amy Rivera López	
Abdolia Avendaño Martínez	Madre Santa Cruz
Graciela Alfaro Galarza	Médico Naturista Tarija
Simón Machuca	Médico Naturista Tarija
Sra. Elsa Diez Noe	Médico Naturista Santa Cruz
Nino Aguilera Roca	Bartolina Sisa Beni
Nelsy Fernandez de Lera	Medico Tradicional Pando
Jaime Meriles	Médico Tradicional Chuquisaca

ANEXO EDITORIAL

ELABORACIÓN:

Ministerio de Salud y Deportes - Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional - Dirección General de Medicina Tradicional

Dra. Vivian Tatiana Camacho Hinojosa Directora General de Medicina Tradicional

Lic. Amador Diego Noriega Flores Responsable - Programa Nacional Salud Intercultural

Lic. Elza Ines Nuñez Condori Profesional Técnico

APORTES:

Plan International Inc.

Parteras y Parteros a Nivel Nacional

Prestadores de Medicina Tradicional

OPS/OMS

SIESAR

SEDES Departamentales

UNIDADES DEPARTAMENTALES DE MEDICINA TRADICIONAL

DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICINA TRADICIONAL

Plaza del Estudiante esq. Cañada Strongest s/n, La Paz - Bolivia,
Teléfonos: 2443666 - 2124829

CHUQUISACA

Av. Japón No. 10 Edif. PAI Telf.: (464)54891 - 53146

LA PAZ

Valentín Abecia Psje 2 No.666 737-39406

COCHABAMBA

Av. Aniceto Arce No. 2876 Telf.: (44)221889 - 221891

ORURO

Calle 6 de Octubre No. 6625 Telf.: (252)77001

POTOSÍ

Av. Chayanta S/N, Frente Viviendas Militares Telf.: 681-21424

TARIJA

Av. Potosí No. 543, Telf.: (466)43266 - 43267

SANTA CRUZ

Edif. Ex. CORDECRUZ, 2do Bloque Piso 1 Telf.:(33)636600 - 636606

BENI

Calle La Paz, Esq. 18 de Noviembre Telf.: (346)21199 -21904

PANDO

Av. Fernández Molina S/N, Barrio Progreso Telf.: (33)636600 - 636



The logo for the 200th anniversary of Bolivia. It features the number '200' in a stylized, bold font. The first '0' is replaced by a white spiral pattern. The second '0' is replaced by a white geometric pattern consisting of concentric squares and diamonds. Below the '200' is the text 'BICENTENARIO DE BOLIVIA' in a clean, sans-serif font.

BICENTENARIO DE
BOLIVIA

ESTAMOS SALIENDO
Adelante 

The text 'ESTAMOS SALIENDO' is in a bold, sans-serif font. Below it, the word 'Adelante' is written in a cursive script. To the right of 'Adelante' is a colorful bar chart icon with seven vertical bars of increasing height, colored from left to right: yellow, orange, red, purple, blue, green, and dark green.