



PLAN ANDINO DE SALUD
MATERNA
CON ENFOQUE INTERCULTURAL

2017 - 2021



Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

PLAN ANDINO DE SALUD MATERNA CON ENFOQUE INTERCULTURAL 2017 -2021 / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2018.

30 p.; ilustr.

Agosto 2019

Lima - Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Comité Editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva ORAS – CONHU

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto ORAS – CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional ORAS – CONHU

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org/>

contacto@conhu.org.pe

Segunda edición, agosto 2019

Tiraje: XXXXX ejemplares

Imprenta:

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS).

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides

Ministro de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Dr. Emilio Santelices Cuevas

Ministro de Salud de Chile

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Verónica Espinosa Serrano

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dra. Silvia Pessah Eljay

Ministra de Salud del Perú

Dr. Carlos Alvarado González

Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Nila Heredia Miranda

Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño

Secretario Adjunto





TABLA DE CONTENIDO

Resolución REMSAA XXXVI/517

Presentación

1. Introducción	09
2. Justificación	10
3. Propósito	15
4. Alcance	15
5. Metas	16
6. Objetivos	16
7. Enfoques	17
8. Principios	19
9. Líneas Estratégicas y Actividades Claves.....	21
10. Monitoreo y Evaluación.....	29
11. Sostenibilidad	30

RESOLUCIÓN REMSAA XXXVI/517



Caracas, 05 de mayo de 2017

Resolución REMSAA XXXVI/517

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL: INCORPORANDO LOS PLANES DE SALUD PARA AFRODESCENDIENTES Y DE SALUD MATERNA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

El Ministro y las Ministras de Salud de los países miembros:

Considerando:

- Que, el ORAS CONHU desde el 2006 ha incorporado en su Plan Estratégico y Planes Operativos anuales la Salud Intercultural como un tema prioritario y transversal en las acciones que se realizan en el marco de los mismos.
- Que, los ministros de salud de la subregión andina a través de la Resolución REMSAA XXX/456 emitida en marzo de 2009 y de las recomendaciones emitidas durante la REMSAA Extraordinaria XXIV, en octubre de 2010 solicitaron a la Comisión Andina de Salud Intercultural, incorporar a la población afrodescendiente en sus planes de trabajo y realizar acciones correspondientes para establecer alianzas estratégicas que faciliten la implementación de las mismas.
- Que, en respuesta a estos mandatos se conformó el Subcomité Andino para Afrodescendientes en octubre de 2011 con el objetivo de elaborar un plan de actividades que visibilice la situación de salud de la población afrodescendiente.
- Que, a través de la Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/4 emitida en octubre de 2010, los ministros de salud resuelven "solicitar la continuidad del trabajo realizado por el Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes y socios estratégicos, y su extensión al tema de Salud Materna con enfoque intercultural que signifique énfasis en población vulnerable incluida las poblaciones originarias".
- Que, en diciembre de 2011 en Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, los ministros de salud resolvieron: "Instruir a la Comisión Andina de Salud Intercultural elaborar la Política Andina de Salud Intercultural que incluya el reconocimiento e inclusión de los saberes ancestrales y la complementariedad en los sistemas de salud, la adecuación de los servicios de salud, incorporación de la variable etnia en los sistemas de información, el desarrollo de los recursos humanos en el pre y post grado con competencias en interculturalidad y que contribuya a la reducción de la mortalidad materna en mujeres indígenas". Constituyéndose en una herramienta para los Ministerios de Salud que contribuya a abordar el tema como un importante determinante social de la salud y a garantizar el derecho al acceso a servicios de salud de la población indígena.



- Que, el ORAS-CONHU en sus Planes Estratégico 2013 - 2017 y Plan Operativo 2017 considera los temas de Salud Intercultural y Salud de afrodescendientes como prioritarios para la Subregión Andina.

Resuelven:

1. Instruir a quien corresponda incluir en los sistemas de información de los Ministerios de Salud la variable etnia que considere a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros.
2. Aprobar el Plan Andino de Salud para Afrodescendientes 2017 - 2021 elaborado por el Subcomité Andino de Salud para Afrodescendientes.
3. Aprobar el Plan Andino de Salud Materna con enfoque intercultural elaborado de manera conjunta entre los miembros de la Comisión Andina de Salud Intercultural y expertos de los ministerios de salud en salud materna, designados para este fin.
4. Instruir al ORAS - CONHU la conformación del grupo de trabajo de Salud Materna para acompañar el proceso de implementación del Plan de Salud Materna con enfoque intercultural 2017 - 2021.
5. Aprobar la matriz del Plan de Implementación de la Política Andina de Salud Intercultural 2017 - 2022 elaborada por la Comisión Andina de Salud Intercultural.
6. Instruir al ORAS - CONHU que establezca alianzas estratégicas con organismos de cooperación internacional y bloques de integración que permitan la implementación de los Planes Andinos aprobados en la presente Resolución.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Caracas, Venezuela, el 05 de mayo de 2017.

DRA. ANTONIETA CAPORALE ZAMORA
MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA
SALUD DE VENEZUELA
PRESIDENTE DE LA XXXVI REMSAA

DRA. NILA HEREDIA MIRANDA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

PRESENTACIÓN



01



INTRODUCCIÓN

En junio de 2011, los Ministerios de Salud y sector social de diversos países de América Latina, a través de la Declaración de Ministros y Ministras de América Latina Sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas, expresaron su compromiso de garantizar el acceso oportuno y de calidad para todas las mujeres, especialmente mujeres indígenas, a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la salud materna con abordaje intercultural, participación de los pueblos indígenas y coordinación inter institucional e intersectorial.

Igualmente durante el Encuentro Regional “Avances y Desafíos en Salud Materna Intercultural para Mujeres Indígenas de América Latina”, representantes de organizaciones indígenas y mujeres líderes, mediante la Declaración de las Mujeres Indígenas de América Latina, expresaron su compromiso por la salud reproductiva y salud materna intercultural en el marco de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos indígenas; así como recomendaron a los Estados la incorporación de la perspectiva de interculturalidad (atención diferenciada, complementariedad de medicinas, pertinencia cultural, recursos humanos con competencias interculturales) y derechos humanos en las políticas y programas de derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos, particularmente en salud materna, y la participación en la vigilancia comunitaria, regional y nacional de la calidad de los servicios de salud.

En tal sentido y cumpliendo los mandatos de las reuniones de ministras y ministros del área andina

“REMSAA”, expresados en las resoluciones XXIV/4, XXVI/4 y XXXV/499, se resolvió que el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ORAS CONHU, se encargue de la elaboración del Plan Andino de Salud Materna con enfoque Intercultural conjuntamente con la Comisión Andina de Salud Intercultural y los responsables de salud materna de los Ministerios de Salud para aprobación de la REMSAA XXXVI.

El Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural permitirá mejorar, incrementar y fortalecer las estrategias desarrolladas por los países de la subregión andina para la Promoción de la Salud Materna y para la Prevención de Enfermedades maternas.

Los contenidos de este documento se basan en los aportes e información de los Ministerios de Salud de los países miembros del ORAS - CONHU, relacionados con políticas, planes, programas y normativas técnicas de salud materna y salud intercultural.





02



JUSTIFICACIÓN

Según el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (GIEMM)¹, estima que en el año 2015 ocurrieron 303.000 muertes maternas en el mundo, una disminución con respecto a las 532.000 registradas en 1990. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 385 por 100.000 nacidos vivos en 1990 disminuyó a una RMM de 216 por 100.000 nacidos vivos en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.

Por las dificultades de precisión y cobertura de las estadísticas de hechos vitales de muchos países, así como por la diversidad de metodologías de estimación de las mismas, no se puede contar con información definitiva sobre la evolución de los indicadores de mortalidad materna. Sin embargo, según el GIEMM estimó que en el año 2015²:

En América Latina se produjeron 6.000 muertes maternas con una RMM de 60 por 100.000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80%: 57 a 66), lo que significa una variación porcentual de la RMM del 52% comparado con el año 1990 (RMM de 124 por 100.000 nacidos vivos).

A nivel de la subregión andina la RMM fue de: 206 por 100.000 nacidos vivos en Bolivia, 64 por 100.000 nacidos vivos en Colombia, 13,5 por 100.000 nacidos vivos en Chile, 64 por 100.000 nacidos vivos en Ecuador, 68 por 100.000 vivos en Perú y 95 por 100 000 nacidos vivos en Venezuela.

Los 3 países de la subregión andina que presentan avances sustanciales en su RMM desde 1990 a 2015 son Chile (RMM redujo 61,4%), Ecuador (RMM redujo 65,4%) y Perú (RMM redujo 72,9%); mientras que Bolivia (cambio porcentual de la RMM: 51%), Colombia (cambio porcentual de la RMM: 45,8%) y Venezuela (cambio porcentual de la RMM: -1,%) presentan un progreso insuficiente.

En América Latina el riesgo aproximado de muerte materna a lo largo de la vida es de 1 muerte por 760 mujeres y en la subregión andina es de: 1 por 160 en Bolivia, 1 por 2.600 en Chile, 1 por 800 en Colombia, 1 por 580 en Ecuador, 1 por 420 en Perú y de 1 por 420 en Venezuela.

¹ GIEMM: está conformado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo del Banco Mundial, La División de Población de las Naciones Unidas.

² Tendencias de la Mortalidad Materna 1990-2015. GIEMM



Estas cifras, sin embargo, ocultan grandes desigualdades internas, especialmente frente a poblaciones indígenas que subsisten en áreas rurales dispersas o que han trasladado precariamente su residencia hacia áreas urbanas, donde las condiciones de vida de las mujeres y los pueblos indígenas suelen ser apenas mejores. "La distinción urbano-rural sigue siendo un marcador de desigualdad en la región, en especial dadas las grandes diferencias que persisten en cuanto a la oferta de servicios básicos, de educación, salud y empleo que afectan negativamente a las poblaciones rurales en general, y a las mujeres indígenas en particular".

Tanto en América Latina como en el resto del mundo, las muertes maternas ocurren durante el embarazo, parto y postparto debido a complicaciones que en su mayoría son evitables si reciben la atención y el tratamiento oportuno. Estas complicaciones pueden deberse a problemas que ocurren durante embarazo, parto y postparto o a enfermedades previas o preexistentes a la gestación (causas obstétricas indirectas) que se agravan con el embarazo si no se tratan oportunamente. El 75% de las muertes maternas son ocasionadas por hemorragias graves en su mayoría en el parto y postparto inmediato, hipertensión gestacional (preeclampsia grave y eclampsia), infecciones (sepsis o infección sistémica grave), complicaciones del parto (parto prolongado u obstruido) y complicaciones relacionadas con el aborto inseguro o peligroso; las demás muertes maternas están relacionadas con enfermedades preexistentes como la anemia, desnutrición, obesidad, diabetes o enfermedades asociadas con paludismo e infección por VIH³.

Por información proporcionada por los países de la subregión andina, se establece que:

En Bolivia⁴, las muertes maternas se deben principalmente a hemorragia obstétrica grave (37%), hipertensión arterial gestacional (12%) y complicaciones del aborto (8%). En menor porcentaje se ubican las infecciones (5%).

En Colombia⁵, las muertes maternas son ocasionadas principalmente por hemorragia obstétrica grave (13%), hipertensión arterial gestacional (9,4%) e infecciones (5%). En menor porcentaje está las complicaciones por aborto (2,8%).

En Chile⁶, las muertes obstétricas de causa indirecta (41%) y trastornos hipertensivos del embarazo (14%) ocasionan el mayor número de muertes maternas; en menor número se ubican la hemorragia obstétrica grave (3%) y sepsis puerperal (3%).

En Ecuador⁷, las muertes maternas son ocasionadas principalmente por hipertensión arterial gestacional (36%), hemorragia obstétrica grave (12%) y por complicaciones del aborto (8,7%); en menor porcentaje están las infecciones (2%).

En Perú⁸, la hemorragia obstétrica (26%), la hipertensión arterial gestacional (21%) y las infecciones (12%) ocupan los primeros lugares de complicaciones obstétricas que ocasionan muertes maternas. En Venezuela⁹, las principales

³ Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet 2014

⁴ Estudio de la mortalidad materna 2011 Bolivia. Ministerio de Salud

⁵ Sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna basada en la web, Colombia, 2015. Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud.

⁶ Ministerio de Salud de Chile. MINSAL, 2014.

⁷ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP, 2015

⁸ Ministerio de Salud de Perú. MINSA, 2015

complicaciones obstétricas que producen muertes maternas son la hipertensión arterial gestacional (26%), el parto prolongado (11%) y las complicaciones del aborto (7%); en menor porcentaje están la hemorragia obstétrica (5%) y las infecciones (4%).

Llama la atención que por la información proporcionada de los países de la subregión andina, se observa que un porcentaje importante de muertes maternas son debidas a complicaciones obstétricas indirectas (Bolivia: 29%; Colombia: 32,6; Chile: 41,18%; Ecuador: 19,2%; Perú: 32% y Venezuela: 41%), por lo que es necesario profundizar las causas obstétricas indirectas, principalmente enfermedades preexistentes como lo son las enfermedades no transmisibles (diabetes, desnutrición, anemia, obesidad, cáncer).

Las mujeres pueden morir debido a estas complicaciones obstétricas potencialmente fatales por: a) demora en reconocer el problema (falta de información, prácticas culturales) y tomar decisiones oportunas (desconfianza en los servicios de salud, no calidad de la atención, inequidad de género) para buscar ayuda ; b) demora en llegar a un servicio de salud (distancia, falta de transporte, falta de dinero, vías poco accesibles, falta de comunicación) ; y c) demora en recibir atención oportuna, segura, de calidad (personal de salud insuficiente y no calificado; instalaciones, equipos, medicamentos e insumos/dispositivos médicos insuficientes e inadecuados)¹⁰ y con enfoque intercultural (no adecuación cultural de los servicios de salud materna e inadecuadas competencias interculturales del personal de salud). Los problemas sociales y económicos son causas subyacentes que influyen en la muerte materna y se relacionan principalmente con la pobreza, limitado acceso a educación, desnutrición y anemia de embarazadas, embarazo no deseado o no planificado, embarazo adolescente, violencia de género (incluye maltrato y violencia sexual).

En relación a las muertes maternas por grupos de edad, la información facilitada por los países de la subregión andina determina que:

En Bolivia, el 14% de muertes ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, el 57% en mujeres de 20 a 34 años de edad y el 30,2% en mujeres de 35 y más años de edad.

En Chile, el 3% de muertes ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, el 71% en mujeres de 20 a 34 años de edad y el 26% en mujeres de 35 y más años de edad.

En Ecuador, el 10% de muertes ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, el 62% en mujeres de 20 a 34 años de edad y el 28% en mujeres de 35 y más años de edad.

En Perú, el 11,7% de muertes ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, el 57,8% en mujeres de 20 a 34 años de edad y el 30,5% en mujeres de 35 y más años de edad.

En Venezuela, el 16% de muertes ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, el 65% en mujeres de 20 a 34 años de edad y el 19% en mujeres de 35 y más años de edad.

De manera complementaria, se establece que el mayor número de muertes maternas en mujeres indígenas ocurren en Bolivia, Perú y Venezuela.

⁹ Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, 2013

¹⁰ Modelo de las tres demoras. Maine et al., 1997



A pesar de los esfuerzos realizados y los resultados alcanzados, persisten importantes brechas para reducir y poner fin a la mortalidad y morbilidad materna grave asociada, problemas importantes de salud pública y de derechos humanos que revelan algunas de las más profundas inequidades en las condiciones y calidad de vida de la población, principalmente de mujeres de comunidades indígenas con dificultad para el acceso, disponibilidad y utilización de servicios de salud, constituyéndose en un claro indicador del grado de desarrollo de un país y del nivel de desempeño de los sistemas de salud.

Son varias las décadas en las que la mortalidad materna se ha puesto en la agenda pública de los países, en las demandas de las organizaciones sociales y en las entidades formadoras de recursos humanos, dando lugar a la implementación de políticas, planes y programas de reducción de la mortalidad materna de la más diversa consistencia y con resultados diferentes.

En todos los casos se han hecho esfuerzos importantes para garantizar la disponibilidad de establecimientos de salud con capacidad suficiente para desarrollar cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencia "CONE" en condiciones que permitan la accesibilidad económica, geográfica y socio-cultural.

Las políticas y sistemas universales implementadas en todos los países de la subregión andina contemplan estrategias para la reducción de mortalidad materna, tales como: ampliación de

coberturas de diversa naturaleza, mejoras para la captación de embarazadas, brigadas móviles, jornadas de búsqueda activa de gestantes y puérperas, alojamiento temporal o albergues para embarazadas, adecuación cultural de la atención del parto, fortalecimiento y articulación con parteras ancestrales-tradicionales, formación de obstetras o matronas/es profesionales, planes comunitarios de emergencia y transferencia condicionada de recursos.

En muchos casos, se ha realizado un impulso al desarrollo de sistemas locales de salud mejor distribuidos regionalmente, pero siempre con limitados recursos técnicos y tecnológicos. Estos cambios han sido promovidos por la generación de estructuras de gestión local con cierto grado de autonomías de decisión en materia de asignación de recursos, en procesos de descentralización y desconcentración, y reforma sanitaria, incluyendo esfuerzos de afirmación de autonomías de indígenas o, al menos, de fortalecimiento de la gestión pública en territorios indígenas.

Sin embargo, toda la madurez alcanzada en la formulación y ejecución de las políticas de corte universal para la reducción de la mortalidad materna tiene un límite variable de alcance social que deja una proporción importante de la población fuera de las posibilidades de obtener asistencia oportuna y de calidad, incluso considerando que es relativamente bajo el nivel de complejidad tecnológica y científica que se

requiere para la resolución efectiva de la mayor parte de las complicaciones obstétricas y neonatales.

Muchas poblaciones rurales de zonas dispersas, especialmente indígenas no disponen de medios de comunicación y transporte durante algunas épocas del año; se deben recorrer grandes distancias por tierra, río o aire para llegar a poblaciones medianamente abastecidas, utilizar avionetas, deslizadores o botes de motor, motocicletas y caballos que tienen costos elevados para el personal, si es que existe, y sobre todo para los pobladores. Estudios indican que en ciertas regiones son alarmantes las condiciones de salud de las comunidades indígenas por el deterioro del medio ambiente, pérdida o abandono de la tierra, pérdida de prácticas tradicionales protectoras, persistencia de barreras culturales y el acceso insuficiente y limitado a los centros de salud con capacidad resolutoria y pertinencia cultural.

Los principales problemas que todavía deben atenderse con prioridad en la subregión andina son los siguientes:

Persistencia de diferencias y debilidades considerables en la disponibilidad, acceso, cobertura, calidad y pertinencia cultural de servicios de salud materna para numerosos grupos sociales que viven en condición de desventaja, como son las poblaciones indígenas.

Sistemas de información de los países de la subregión andina con problemas para detectar las brechas e inequidades de salud materna que permitan focalizar acciones diferenciadas por grupos poblacionales diversos.

Acceso a educación y barreras culturales sobre salud sexual y salud reproductiva para niños-as, adolescentes y jóvenes, con serias dificultades en varios países de la región, en medio de una revolución de tecnologías de la información de imprevisibles consecuencias.

Acceso a información sobre regulación de la fecundidad, a servicios de anticoncepción y a una amplia gama de anticonceptivos disímil y aún con muchos desafíos para adolescentes, jóvenes, población rural y población indígena que vive en condiciones de mayor pobreza.

Estrategias de información, educación y comunicación sobre promoción de la salud sexual y salud reproductiva, y salud materna, así como sobre prevención de morbilidad y mortalidad materna, no han mostrado los impactos esperados o no han tenido continuidad ni el alcance esperado.

No están siendo considerados en muchos de los servicios de salud los cambios en el perfil de las causas de muertes maternas derivados del aumento por la carga de las enfermedades no transmisibles en las mujeres. La atención integral e integrada de las mujeres con enfermedades preexistentes por ejemplo diabetes, desnutrición, anemia y obesidad reducirá las muertes maternas y tendrá impacto en las enfermedades crónicas y, por ende, en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las mujeres.

Reducir las muertes maternas prevenibles demanda la implementación de acciones que permitan: a) prevenir los embarazos no deseados o no planificados; b) reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; c) atender de manera oportuna y eficaz las complicaciones obstétricas; y d) actuar de manera integral sobre las determinantes sociales y estructurales de la salud.



03

PROPÓSITO

El propósito de este plan es brindar lineamientos estratégicos que contribuyan al desarrollo e implementación de políticas, planes y programas nacionales para responder con enfoque diferencial ¹¹, de derechos e interculturalidad a las necesidades de salud materna de poblaciones indígenas de la subregión andina.



04

ALCANCE

El Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural contribuirá al fortalecimiento de las acciones de los países de la subregión andina que permitan garantizar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención materna y perinatal con enfoque intercultural, en el marco de los derechos y equidad en salud de los pueblos indígenas.



¹¹ El “enfoque diferencial”, es un esfuerzo por garantizar a grupos poblacionales o étnicos el derecho a la igualdad y equidad real y efectiva, tomando en cuenta las diferencias, particularidades y necesidades específicas de personas o grupos.



05

METAS¹²

- ➔ Para 2030, reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) global a 70 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos, o menos.
- ➔ Para 2030, cada país de la subregión andina deberá reducir su RMM en al menos dos tercios de la línea de base de 2010.
- ➔ Para 2021, reducir la mortalidad materna de población indígena en un 25%.



06

OBJETIVOS

6.1. Objetivo Estratégico

Mejorar la salud materna y perinatal, principalmente de mujeres indígenas de la subregión andina, en el marco de los derechos humanos e interculturalidad.

6.2. Objetivos Específicos

6.2.1. Incrementar el acceso oportuno y de calidad a servicios integrales de salud

materna con enfoque intercultural, mediante cuidados obstétricos y neonatales esenciales, planificación familiar y atención obstétrica de emergencia.

6.2.2. Mejorar la articulación de la medicina ancestral-tradicional con la medicina convencional en la prestación de atención materna y perinatal, mediante estrategias de diálogo intercultural, intercambio y complementariedad de saberes y prácticas.

6.2.3. Incrementar la participación individual, familiar y comunitaria en promoción de la salud materna en prevención de enfermedades maternas, mediante acciones de educomunicación y de empoderamiento individual y grupal.

6.2.4. Fortalecer la coordinación inter institucional e intersectorial en salud materna y perinatal, mediante acciones de abogacía y desarrollo de alianzas estratégicas.

6.2.5. Fortalecer los sistemas de información de salud mediante la definición y monitoreo de indicadores que permitan focalizar acciones en problemas o necesidades prioritarias de salud materna de los pueblos indígenas.

¹² Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



07



ENFOQUES¹³

7.1 Derechos Humanos en salud

Todos los países de la subregión andina reconocen el enfoque de derechos humanos como un eje orientador de las políticas públicas. Esto involucra no sólo el bienestar de las personas, sino también su calidad de vida; transformándolos de receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que deben ser garantizados por los Estados.

7.2 Determinantes sociales de la salud

Los países de la subregión reconocen que salud de la población está determinada por factores sociales, culturales, políticos, ambientales, económicos, biológicos y relacionados con los sistemas de salud, llamados determinantes sociales de la salud. Este enfoque de determinantes sociales es fundamental para la implementación de acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, ya que permite actuar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de los pueblos indígenas considerando las cosmovisiones diversas.

7.3 Interculturalidad en salud

Los países reconocen el enfoque de la interculturalidad como trazador de las políticas públicas, entendiéndose como un proceso dinámico y permanente de interrelación entre personas y grupos sociales, de intercambio de conocimientos y prácticas diferentes, y de interacción social y equitativa entre culturas en un contexto compartido.

La interculturalidad reconoce la diversidad, respeta y valora las diferencias culturales, y promueve: a) el fortalecimiento de la identidad cultural; b) el establecimiento de espacios de encuentro, diálogo y participación equitativa; y c) el enriquecimiento mutuo de saberes.

La interculturalidad en salud comprende las distintas percepciones, conocimientos, saberes y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se complementan, creando condiciones para una relación respetuosa y colaborativa entre los agentes de los diversos sistemas médicos que coexisten en un espacio geográfico determinado.

Por lo tanto el enfoque intercultural requiere un cambio en la cultura institucional, exige comprender y ampliar la mirada respecto a que la interculturalidad requiere el involucramiento de todos, más allá de las personas pertenecientes a pueblos indígenas. En este sentido la participación de quienes conforman el sector salud, gestores de políticas, administradores, profesionales de salud, entre otros funcionarios, es fundamental; este involucramiento debe ser comprendido como un aporte en la construcción de relaciones y diálogos respetuosos entre los saberes ancestrales y convencionales.

¹³ Tomado y adaptado de la Política Andina de Salud Intercultural. ORAS-CONHU. 2014

De manera complementaria al enfoque de interculturalidad en salud es importante describir los conceptos de pertinencia cultural y competencias interculturales ¹⁴:

- ▶ **La pertinencia cultural** de los servicios de salud se define como la adecuación de la gestión y atención de los servicios de salud a las características demográficas, cosmovisiones y entornos existentes (culturales, epidemiológicos, geográficos y sociales) que basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias contribuye a incrementar el acceso, disponibilidad, aceptabilidad, utilización y calidad de atención.
- ▶ **Las competencias interculturales** son los conocimientos, habilidades y destrezas que permiten al personal de salud: a) comprender los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención de las diversas culturas; b) ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción y diálogo intercultural con las poblaciones en función de las diferencias culturales; c) procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas; d) aplicar estrategias y acciones interculturales en la gestión y atención de los servicios de salud; y e) incorporar progresivamente conceptos, saberes y prácticas locales en salud y en los servicios de salud. Pero sobre todo, la competencia intercultural alude a la sensibilidad y cambio de actitud del personal de salud para establecer un diálogo intercultural que permita la sinergia entre las medicinas convencional y tradicional en el proceso salud-enfermedad-atención cuando se factible, garantizando la efectividad y oportunidad de las intervenciones.



¹⁴ Tomado de conceptos desarrollados por Jorge Bejarano Jaramillo



08



PRINCIPIOS¹⁵

8.1 Equidad en salud

La equidad también constituye un principio de justicia que se procura con servicios de salud que garanticen el acceso, la oportunidad, disponibilidad y la aceptabilidad de las acciones a fin de que estas sean adecuadas a los perfiles epidemiológicos, necesidades socioculturales y derechos de la población.

De acuerdo a documentos de la Organización Mundial de la salud, la equidad en salud implica que, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud.

Empleando este enfoque, la equidad en la atención de la salud se la define como: a) igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; b) igual utilización para igual necesidad; y c) igual calidad de la atención para todos.

8.2 Integralidad

La integralidad se refiere a una visión global (holística) de los múltiples aspectos relacionados con la salud: lo espiritual, lo orgánico y el medio ambiente; el individuo, la familia y la comunidad; la protección, prevención, educación, atención y rehabilitación. Se requiere de una intervención intersectorial en aspectos como nutrición, vivienda, saneamiento, educación, empleo, seguridad, protección territorial y acceso a servicios básicos: agua potable, energía, trabajo, transporte, vías, comunicaciones entre otras.



8.3 Participación

La participación se entiende como el derecho que tiene las personas, comunidades y pueblos de intervenir en las decisiones del Estado en materias que incidan en el ejercicio de sus derechos y en su calidad de vida, como la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, planes y proyectos, poniendo a su disposición los instrumentos necesarios para su ejercicio: información, recursos procedimientos, en una relación horizontal de trabajo conjunto con los servicios de salud.

¹⁵ Tomado de la Política Andina de Salud Intercultural, ORAS-CONHU, 2014



8.4 Complementariedad

Desde la cosmovisión andina, la complementariedad es un principio que establece que ningún ser o ninguna acción existe de manera individual; por el contrario, todo se da en coexistencia, donde los opuestos o entes duales pueden entenderse, interrelacionarse, e integrarse para un bien en común. Se sustenta en la competencia y no en el conflicto, en la interdependencia y no en la subordinación, en la concentración y no en la dispersión (Rosas; 1995:230).

Este principio aplicado en salud, permitiría: a) la articulación de las medicinas ancestral y convencional biomédica, que mediante el desarrollo de un proceso de conocimiento, reconocimiento y comprensión de los diferentes saberes (dualismo asimétrico) respecto al proceso salud-enfermedad-atención, permita su integración y aplicación en igualdad de condiciones en los Sistemas de Salud; b) la construcción y/o de adecuación de políticas públicas saludables que desde una visión holística y sistémica, tome en consideración las determinantes sociales de salud (factores socioculturales, económicos, ambientales, políticos, biológicos) de grupos poblacionales o étnicos, la diversidad de culturas médicas existentes y las perspectivas, y experiencias y aportes de diferentes actores; y c) la equidad de género para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, desde la mirada de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos indígenas.

8.5 Inclusión social y salud

La inclusión es un proceso dinámico que posibilita principalmente a las personas de sectores marginados y vulnerables, ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio.

En el caso de salud, la inclusión en salud es la situación por medio de la cual un individuo o grupos de individuos acceden a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran/perseveran el estado de salud, o que satisfacen sus necesidades de salud .





09



LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACTIVIDADES

A. Servicios de salud materna con pertinencia intercultural

Garantizar atención integral, accesible, disponible, de calidad, segura y adecuada culturalmente, es uno de los objetivos principales de los Ministerios de Salud, cuyo resultado se verá reflejado en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, principalmente de poblaciones indígenas.

En tal sentido los países de la subregión andina deberán implementar en el marco de los derechos humanos e interculturalidad en salud, acciones de promoción de la salud sexual y salud reproductiva y de prevención de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, que aseguren:

- ✓ acciones de promoción de la salud (estilos de vida saludable, participación activa de la comunidad, reorientación de los servicios de salud) que actúen sobre las determinantes de la salud materna y neonatal;
- ✓ servicios de salud materna y perinatal donde la gestión y atención sean conceptualizadas, organizadas e implementadas en consenso con los pueblos indígenas tomando en consideración el reconocimiento, respeto y comprensión de las diferencias socioculturales, la cosmovisión y el derecho al ejercicio de las buenas prácticas ancestrales tradicionales. En tal sentido, la pertinencia cultural deberá incluir:

- organización, planificación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud materna e infantil con adecuación cultural;
- infraestructura física (disposición de espacios, mobiliario, iluminación, señalética, entre otros) de los establecimientos de salud, acorde a las cosmovisiones y comprensión escrita de los pueblos indígenas;
- equipamiento, medicamentos y suministros de la medicina convencional y de la medicina ancestral-tradicional, basados en la mejor evidencia científica y experiencial disponible;
- normativas técnicas (normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos de atención, flujogramas, horarios, capacitación) para atención materna y neonatal integral (acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades) acordes con las necesidades en salud de los pueblos indígenas y basadas en la mejor evidencia científica y experiencial;
- personal de salud institucional (obstetras o matronas profesionales, médicos ginecoobstetras, médicos generales o familiares, enfermeras) y comunitario (parteras ancestrales, mediadores, facilitadores, promotores de salud indígena) calificado para servicios integrales (promoción de la salud y prevención de la morbi-mortalidad) de salud materna y neonatal;

- ✓ Accesibilidad y disponibilidad 24 horas de servicios de salud para atención integral de parto y nacimiento, basado en las siguientes características:

atención basada en derechos humanos y de los pueblos indígenas, que permite el ejercicio efectivo del derecho a la salud; y respeta las necesidades emocionales, físicas y socioculturales de la mujer, del niño/niña y de su familia;

- atención basada en la mejor evidencia científica (aplicación de guías de práctica clínica y protocolos de atención) y en buenas prácticas locales;
- atención del parto con enfoque intercultural por personal con competencias técnicas (conocimientos, habilidades y destrezas) e interculturales.
- atención con enfoque intercultural de los servicios de salud, que incluye la pertinencia cultural en la prestación de los servicios de salud, las competencias interculturales del personal de salud y la articulación de saberes entre la medicina "convencional" y la medicina ancestral-tradicional de los pueblos originarios.

- ✓ Accesibilidad y disponibilidad 24 horas de servicios de salud para atención de complicaciones obstétricas y neonatales con pertinencia intercultural, que incluye:

- detección temprana y referencia oportuna de embarazos de alto riesgo;
- dotación permanente de equipos, medicamentos, sangre y hemoderivados, y suministros médicos;
- disponibilidad de equipos de respuesta inmediata con personal institucional y comunitario (parteras ancestrales) calificado,

- trabajando en equipo para manejo oportuno de emergencias obstétricas y neonatales, de acuerdo al nivel de atención en salud y capacidad resolutoria.

- aplicación de guías, protocolos e instrumentos técnicos para atención segura y de calidad de complicaciones obstétricas y neonatales. En países como Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia se están aplicando "claves o códigos para manejo de emergencias obstétricas" con importantes resultados.

- ✓ Creación y funcionamiento de redes integradas de cuidados maternos y neonatales eficientes, oportunas y con capacidad resolutoria de calidad principalmente para la atención de parto (incluye cesáreas) y manejo de emergencias obstétricas y neonatales.

- ✓ Esto incluye además la estructuración, financiamiento y funcionamiento eficiente, efectivo y eficaz de un sistema de transporte terrestre, fluvial y/o aéreo de pacientes y sus familiares entre la comunidad y los establecimientos de salud, y entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, principalmente para aquellas comunidades marginadas, vulnerables y con difícil acceso geográfico.

- ✓ Implementación de programas de mejora continua de la calidad, que permitan la identificación y análisis de necesidades y problemas de gestión y atención, la aplicación de ciclos rápidos de mejora para responder a las necesidades y problemas identificados, y el monitoreo y evaluación periódica de la prestación de los servicios de salud materna y perinatal con enfoque intercultural.

- ✓ De manera complementaria a estos programas se recomienda el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de morbilidad materna grave y la implementación de protocolos para investigación y análisis de errores o eventos adversos que

pueden ocurrir durante el proceso clínico-asistencial ¹⁶.

- ✓ Provisión de atención especial a las mujeres adolescentes y jóvenes indígenas, en relación a sus necesidades de información, educación y servicios en salud sexual y salud reproductiva ¹⁷.
- ✓ Identificación y replica de experiencias nacionales e internacionales de buenas prácticas de gestión y atención en salud materna con enfoque intercultural.

B. Fortalecimiento de competencias del talento humano

Tomando en consideración que uno de los factores claves para la salud materna y perinatal, es la atención por personal calificado, los países de la subregión andina deberán asegurar la disponibilidad permanente de talento humano acorde a las necesidades de la población e implementar procesos de formación y evaluación continua de competencias (gerenciales, técnicas y socio culturales) que permitan desarrollar, mejorar, actualizar y fortalecer los conocimientos y habilidades del personal gerencial y técnico.

Disponibilidad de talento humano

Con la finalidad de asegurar la disponibilidad permanente de talento humano, los Ministerios de Salud de la subregión andina deberán realizar:

- ✓ análisis de brechas y necesidades de talento humano (médicos generales, médicos familiares, obstetras o matronas/es o parteras-as profesionales, gineco obstetras, neonatólogos, anesestesiólogos, enfermeros/as profesionales, psicólogos/as, comunicadores sociales, mediadores interculturales) para salud materna y perinatal;
- ✓ gestión para la disponibilidad de agentes comunitarios (parteras ancestrales, terapeutas, promotores de salud, mediadores interculturales) perteneciente a pueblos indígenas y de personal

de salud (obstetras o matronas/es profesionales, médicos ginecoobstetras) para Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales en el primer y segundo nivel de atención;

- ✓ distribución y gestión de recursos humanos en salud, basados en caracterizaciones de establecimientos de salud y equipos de salud requeridos para pequeñas y medianas agrupaciones territoriales con igual o mejor tecnología y capacidad resolutive, con relativa independencia de los costos de inversión y operación; y
- ✓ coordinación con las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos para la formación de talento humano en salud sexual y salud reproductiva y en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales con enfoque intercultural.

Competencias del talento humano en salud

Los países de la Región deberán asegurar que el talento humano institucional y comunitario tenga competencias técnicas, no técnicas y competencias sociales e interculturales en salud materna y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.

Las **competencias técnicas** están relacionadas con los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes individuales para la aplicación de normativas técnicas, guías de práctica clínica y protocolos de atención materna y perinatal con enfoque intercultural.

Las **competencias no técnicas** se refieren a los conocimientos, habilidades y destrezas del talento humano institucional y comunitario en la gestión (organización, planificación, dirección, coordinación-articulación, monitoreo y evaluación) de servicios de salud con enfoque intercultural.

¹⁶ The London Procol

¹⁷ Declaración de Ministros y Ministras de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas. Junio 2011

Las **competencias sociales e interculturales** tienen que ver con el conocimiento, comprensión, fortalecimiento de habilidades sobre: a) trabajo en equipo, comunicación asertiva y resolución de conflictos; y b) aplicación de los enfoques de derechos humanos en salud, equidad en salud (incluye la equidad de género) e interculturalidad en salud. La competencia cultural o intercultural es imprescindible y tan importante (como las competencias técnicas) en estos contextos de exclusión social, indigenismos, ruralidad y dificultad de acceso a los servicios de salud pública.

En tal sentido, los países de la subregión andina incluirán en sus planes nacionales de salud materna y perinatal la organización, implementación, monitoreo y evaluación de programas de educación continua sobre:

- ✓ promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (incluye derechos sexuales y reproductivos) y de la Salud Materna y Perinatal;
- ✓ gestión de Redes Integradas para Cuidados Obstétricos y Neonatales, que incluye la organización, planificación, dirección, coordinación-articulación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud con activa participación de los pueblos indígenas;
- ✓ atención materna y neonatal, con énfasis en atención integral del parto y en el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales, mediante la aplicación de normativas técnicas nacionales o adaptadas internacionalmente y con enfoque intercultural;
- ✓ interculturalidad en salud que incluye: a) derechos humanos y derechos en salud de los pueblos indígenas; b) equidad en salud; c) cosmovisión andina y salud; d) medicina andina ancestral y salud materna y perinatal; e) pertinencia cultural de los servicios de salud; f) competencia intercultural; g) diálogo de saberes y relacionamiento intercultural; y

- ✓ Trabajo en equipo, comunicación asertiva y resolución de problemas en momentos de crisis.

Las metodologías de capacitación del talento humano institucional y comunitario, deberán incluir:

- ✓ desarrollo de perfil de talento humano institucional y comunitario para salud sexual y salud reproductiva con énfasis en salud materna y atención materna y neonatal con enfoque intercultural;
- ✓ normativas técnicas con enfoque intercultural desarrolladas por los países de la subregión andina, así como de aquellas existentes a nivel internacional;
- ✓ recopilación de materiales y métodos de capacitación desarrollados por los países de la región andina, que permitan: a) contar con un banco regional de documentación sobre procesos de formación en salud intercultural; b) implementar procesos de transferencia de conocimientos o de adaptación de metodologías; y c) brindar asistencia técnica entre países;
- ✓ coordinación con Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en salud o Institutos Especializados nacionales e internacionales, para la implementación de cursos de formación mediante metodología e-learning (aprendizaje online) o b-learning (aprendizaje combinado online y presencial) y/o de diplomados o especialidades que permitan el desarrollo de competencias en salud intercultural;
- ✓ inclusión de la salud intercultural en las mallas de formación de pre y postgrado de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud;
- ✓ implementación de pasantías o visitas a experiencias exitosas nacionales o internacionales en salud materna y perinatal con enfoque intercultural;

- ✓ mecanismos que disminuyan o eliminen barreras de lenguaje entre los profesionales de salud de la medicina convencional y los terapeutas de la medicina ancestral o tradicional, y entre el personal de salud y la población indígena; y
- ✓ sistematización de experiencias de formación de talento humano institucional y comunitario en salud materna con enfoque intercultural.

C. Participación comunitaria y social

La participación comunitaria es una de las funciones de la Promoción de la Salud, mediante la cual, las comunidades participan activamente en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, y elaboración y ejecución de acciones con el fin de ejercer el control de las determinantes de la salud para alcanzar un mejor nivel de salud.

Por lo tanto para lograr la promoción de la salud materna y neonatal, y la prevención y atención de enfermedades maternas y neonatales, los países de la subregión andina, garantizarán la participación comunitaria de los pueblos indígenas mediante la:

- ✓ creación e implementación de instancias y procesos de participación y empoderamiento activo y permanente de los pueblos indígenas en:
 - el diseño e implementación de políticas públicas relacionadas con salud sexual y salud reproductiva, que contemplen la equidad de género, para que las mujeres puedan hacer ejercicio pleno de sus Derechos Humanos Fundamentales;
 - la elaboración e implementación de alternativas de solución para: a) los problemas de salud materna, en base al análisis del proceso salud-enfermedad-sanación de los pueblos indígenas; y b) el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva desde las cosmovisiones, necesidades y contextos particulares de los pueblos indígenas;

- la definición, ejecución, monitoreo y evaluación participativa de planes, programas y proyectos locales y nacionales de salud materna y perinatal con enfoque de derechos humanos, equidad en salud e interculturalidad;
- organización y funcionamiento de servicios de salud con pertinencia cultural para atención materna y neonatal; y
- elaboración e implementación de estrategias participativas y de eventos de información y capacitación para el empoderamiento activo y organizado de líderes y comunidades en salud materna y perinatal;

- ✓ generación de escenarios de diálogos interculturales entre servicios de salud y comunidades, con amplia participación de portadores de saberes ancestrales, mujeres, familias y representantes de gobiernos locales;
- ✓ creación de Redes Indígenas de Salud y formulación de Planes Indígenas de Salud, reconociendo la especificidad del trabajo en salud con pueblos indígenas y empezando con el diseño y ejecución de acciones que garanticen la atención calificada e intercultural del embarazo, parto y postparto de todas las mujeres, así como del manejo de emergencias obstétricas;
- ✓ organización e implementación de planes de emergencia comunitarios, que incluye la identificación de complicaciones obstétricas y neonatales, y la disponibilidad del transporte oportuno desde la comunidad hacia un establecimiento de salud con la participación activa de agentes comunitarios de la salud y de parteras tradicionales;
- ✓ coordinación y articulación con parteras ancestrales y otros agentes de la medicina ancestral-tradicional con los profesionales de los establecimientos de salud en la atención materna y neonatal esencial;

- ✓ construcción y funcionamiento de casas u hogares maternos con adecuación cultural para embarazadas, puérperas y recién nacidos de comunidades distantes o de difícil acceso geográfico, que requieran un albergue temporal cercano a un establecimiento de salud (maternidades u hospitales con pertinencia cultural), para recibir atención oportuna;
- ✓ vigilancia social y rendición de cuentas en salud con la finalidad de mejorar la calidad de la atención y la equidad en salud.

De manera complementaria, la participación social mediante la coordinación y articulación de organizaciones comunitarias formales e informales, instituciones del sector salud, gobiernos locales y otras agrupaciones de la sociedad civil, deberán implementar, con el liderazgo de la autoridad sanitaria, estrategias nacionales de Promoción de la Salud Materna y Perinatal (creación de entornos y estilos de vida saludables) y de Prevención de la Mortalidad Materna para poblaciones indígenas.

D. Articulación y complementariedad de sistemas médicos

El conocimiento, respeto, comprensión y valoración de los saberes y conocimientos de los pueblos indígenas es de vital importancia para la articulación y complementariedad de la medicina ancestral-tradicional con la medicina convencional académica, durante todas las fases de implementación del Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural.

En tal sentido los países de la subregión andina deberán implementar intervenciones que garanticen:

- ✓ el reconocimiento, recuperación, protección, fortalecimiento y preservación de los conocimientos, recursos, farmacopea y sabiduría de la medicina ancestral-tradicional andina; así como el respeto al ejercicio de las buenas prácticas de parteras tradicionales y de otros agentes de la medicina ancestral-tradicional en la atención prenatal, atención integral del parto,
- ✓ atención del postparto, atención y cuidados del recién nacido y en la identificación y derivación oportuna de complicaciones obstétricas y neonatales, incluyendo la oferta de la "cesárea humanizada";
- ✓ la inclusión de buenas prácticas de los saberes ancestrales de los pueblos indígenas en los sistemas de salud, cuyo eje conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad al interior del ser humano, entre los seres humanos, y el ser humano con la naturaleza y con los seres espirituales;
- ✓ la implementación de iniciativas sobre investigación, políticas y programas relacionados con la medicina ancestral-tradicional y sus recursos terapéuticos; así como la reorientación de los servicios de salud materna en el marco de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) con la participación de poblaciones indígenas;
- ✓ la generación de espacios de diálogo intercultural para el conocimiento, intercambio de saberes, articulación y complementariedad de las medicinas ancestral-tradicional y convencional biomédica. Se deberá partir desde una visión holística e intercultural de la salud, tomando en cuenta los factores condicionantes y la diversidad de las culturas médicas existentes;
- ✓ la definición del rol de los terapeutas de la medicina ancestral -tradicional y parteras ancestrales , incluyendo la potencialidad de la atención conjunta del parto, el uso concertado de plantas medicinales y todas las prácticas culturales de la atención de la maternidad, que deben merecer un tratamiento prioritario no solo de los tomadores de decisiones, sino también de institutos educativos, gobiernos locales y otras instancias de desarrollo;
- ✓ el desarrollo de mecanismos (incluye normativas de atención y flujogramas de derivación, contrareferencia y seguimiento) de articulación

y complementariedad de los sistemas médicos ancestral-tradicional y convencional biomédico para: a) la gestión y atención de las prestaciones de salud materna y perinatal; b) el funcionamiento efectivo de redes integradas de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y de Emergencia; y c) dar respuesta a las necesidades en salud de los pueblos indígenas de acuerdo a su contexto cultural, social y geográfico.

E. Abogacía en salud materna y perinatal

Para el Plan Andino de Salud Materna y Perinatal, la Abogacía es una estrategia que permitirá principalmente: a) influir y posicionar en quienes toman decisiones y formulan políticas sobre la importancia y relevancia de la salud materna y perinatal con enfoque de derechos humanos e interculturalidad en las políticas, planes, programas y proyectos de salud de los países de la subregión andina; b) generar asociaciones o alianzas estrategias comunitarias, interinstitucionales y multisectoriales para uso eficiente de recursos en la planificación e implementación de intervenciones nacionales enfocadas en la Promoción de la Salud Materna y Perinatal y prevención de enfermedades maternas y neonatales; c) fomentar la articulación y complementariedad de los saberes de los sistemas médicos ancestral-tradicional y convencional para mejorar y fortalecer la calidad, acceso y cobertura de la atención materna y perinatal con enfoque intercultural; y d) el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

En tal sentido, los países de la subregión andina, deberán:

- ✓ diseñar e implementar una campaña regional y campañas nacionales de abogacía para posicionar la salud materna y perinatal con enfoque intercultural, y énfasis en mujeres indígenas;
- ✓ establecer alianzas estratégicas comunitarias, interinstitucionales e intersectoriales con actores claves para coordinar intervenciones y acciones en salud materna y perinatal en la región andina, con énfasis en mujeres de poblaciones indígenas;

- ✓ impulsar el desarrollo de planes multisectoriales para prevención y reducción del embarazo adolescente respetando la cosmovisión de los pueblos indígenas; y
- ✓ generar espacios de intercambio de experiencias nacionales e internacionales sobre Abogacía en Salud Materna y Perinatal de Pueblos Indígenas.

F. Comunicación en salud

Atendiendo las características lingüísticas, gráficas, simbólicas, espirituales y subjetivas de los pueblos indígenas es posible ocupar medios de comunicación, escenarios culturales, instancias educativas para la difusión y comunicación de prácticas clave para la Promoción de la Salud Materna y Perinatal de poblaciones indígenas.

Por lo tanto, los países de la subregión andina deberán desarrollar e implementen coordinación y consenso con los pueblos indígenas, campañas de educación en salud, cuyo principal objetivo será el de fortalecer y/o incrementar conocimientos, habilidades y destrezas individuales, familiares y comunitarias en el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en salud materna y perinatal, y la prevención de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el marco de los derechos humanos, derechos de los pueblos indígenas e interculturalidad y que puede incluir:

- ✓ Diseño, producción y difusión de material informativo-educativo para actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva y prevención de mortalidad materna y perinatal.
- ✓ Desarrollo e implementación de estrategias de comunicación social en medios masivos y alternativos como la radio, televisión, internet, así como medios interpersonales y comunitarios.
- ✓ Diseño e implementación de campañas de difusión sobre el ejercicio de los derechos y responsabilidades en salud de las poblaciones indígenas, y de difusión del derecho a la autoidentificación.

Además se puede generar alianzas estratégicas con el sector privado, para que en el marco de la responsabilidad social empresarial, se impulsen campañas de comunicación social en salud materna y perinatal.

G. Gestión de la información¹⁸ y conocimiento

Los países de la subregión andina deberán realizar las gestiones necesarias para incluir en los sistemas de información:

- ✓ la "pertenencia" o "autoreconocimiento" como variable y como derecho de los pueblos indígenas;
- ✓ estándares e indicadores de estructura, procesos y resultados/impacto que permitan medir: a) los determinantes sociales de salud y desigualdades en salud de los pueblos indígenas; b) la gestión y atención de los servicios de salud con pertinencia cultural y competencias interculturales, incluyendo la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención; c) el perfil epidemiológico y caracterización socio demográfica de la salud materna y perinatal de los pueblos indígenas; d) el ejercicio y cumplimiento de los enfoques de derechos humanos e interculturalidad en salud sexual y salud reproductiva de los pueblos indígenas con énfasis en salud materna y neonatal; e) valoración y recuperación de los saberes ancestrales en salud; f) las acciones de articulación de las medicinas convencional y ancestral-tradicional, entre otras variables.

En tal sentido, los países deberán garantizar:

- ✓ La implementación del proceso de inclusión, registro y monitoreo de la aplicación de la variable de pertenencia o auto reconocimiento de los pueblos indígenas, en los sistemas de información y estadísticos;
- ✓ la definición y monitoreo de estándares e indicadores para la subregión andina, para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación

de políticas, planes y proyectos de salud materna con enfoque intercultural; y

- ✓ el desarrollo de criterios, procedimientos, metodologías e instrumentos para la recolección, registro, calidad, análisis, publicación, divulgación y uso eficiente y eficaz de la información.

De manera complementaria es necesario la realización de estudios (cuantitativos y cualitativos) específicos participativos y operativos sobre: a) el estado de la salud materna y perinatal de las mujeres indígenas de la región; b) conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud materna y perinatal desde la cosmovisión andina y de la salud pública; c) las capacidades resolutorias de los servicios de salud de acuerdo a los niveles de atención; d) los avances y resultados de los procesos de pertinencia cultural de los servicios y de la articulación y complementariedad de los sistemas médicos ancestral-tradicional andino y convencional; y e) la situación regional de los sistemas de información; entre otras investigaciones relevantes para la subregión andina.

Además es importante el desarrollo y/o fortalecimiento de un observatorio regional sobre salud materna y neonatal con enfoque intercultural, que mediante la recolección y análisis de la información de la situación de salud de los pueblos indígenas, permita mejorar y fortalecer la toma de decisiones de los países y de la subregión andina.

Para la gestión del conocimiento, se implementarán a nivel de la región andina o a nivel nacional, eventos de aprendizaje institucional y social, que permita el intercambio de conocimientos y experiencias para el fortalecimiento de capacidades comunitarias, institucionales e intersectoriales.

¹⁸ Adaptado de la Política Andina de Salud Intercultural. ORAS-CONHU, 2014.



10



MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los países de la subregión andina se comprometen en base al Plan Andino de Salud Materna con Enfoque Intercultural, desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar un plan operativo regional que oriente en plazos, prioridades y gradualidad de acciones a cada uno de los países.

La Comisión Andina de Salud Intercultural y los responsables de salud materna de los Ministerios de Salud, bajo la coordinación del ORAS-CONHU, desarrollarán e implementarán un subsistema de monitoreo y evaluación que permita contar con información para realizar el seguimiento y evaluación del Plan Andino de Salud Materna.

Por lo que los responsables de salud materna en coordinación con las Comisiones de Salud Intercultural y de Prevención del Embarazo en Adolescentes, estarán encargados de definir los indicadores de estructura, proceso y resultados con enfoque intercultural, que permitan medir: a) el avance y cumplimiento de los objetivos específicos establecidos para lograr el objetivo general y la meta del Plan Andino; y b) la situación de salud materna con enfoque intercultural.

Al inicio de la ejecución del Plan Andino de Salud Materna y Perinatal con Enfoque Intercultural, se realizará una evaluación inicial del Plan (diagnóstico situacional o línea de base), posteriormente, a los dos años de ejecución del Plan se ejecutará una

evaluación a mitad de periodo que permita medir los avances y/o logros de los objetivos específicos con el propósito de determinar la necesidad de fortalecer, modificar o incrementar actividades; y finalmente al finalizar el período de ejecución del Plan mediante una evaluación final o de resultados, se medirá el cumplimiento de los objetivos establecidos.

De manera complementaria los países de la subregión andina implementarán o fortalecerán subsistemas de monitoreo y evaluación para recolectar y medir el logro de los objetivos planteados.





11



SOSTENIBILIDAD

Para asegurar el cumplimiento y mantenimiento de las acciones establecidas en el Plan Andino de Salud Materna y Perinatal, los países de la subregión andina deberán implementar acciones de sostenibilidad técnica, financiera y social.

► Sostenibilidad Técnica

La sostenibilidad técnica dependerá de la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y calidad permanente de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

Por lo que los países deberán garantizar de manera permanente infraestructura física, equipos, medicamentos, hemoderivados, dispositivos y suministros médicos en todos los niveles de atención y con pertinencia cultural; así como el funcionamiento eficiente y eficaz de macro redes y micro redes CONE.

Igualmente, los países deberán gestionar la disponibilidad suficiente de talento humano institucional (médicos generales o familiares, enfermeras profesionales, obstetras o matronas/es, médicos gineco-obstetras, psicólogos, comunicadores sociales, mediadores/facilitadores interculturales) y comunitario (parteras indígenas, terapeutas de la medicina ancestral-tradicional, agentes comunitarios o promotores de salud) acorde a las necesidades geográficas y culturales de las poblaciones indígenas y en coherentes con los niveles de atención del sistema de salud.

La calidad de atención además de la infraestructura, equipamiento, medicamentos y suministros médicos requiere de talento humano institucional y comunitario calificado con competencias gerenciales, técnicas y socio-culturales en CONE, lo cual demanda de educación y entrenamiento permanente para garantizar calidad y seguridad en la atención.

► Sostenibilidad Financiera

La salud materna y neonatal con enfoque intercultural es una prioridad de salud pública y un derecho humano que garantizan los países para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

En tal sentido, los países de la subregión andina, deberán gestionar los recursos financieros necesarios tanto de los presupuestos nacionales como de financiamiento de aliados estratégicos para el cumplimiento de los objetivos establecidos en este plan regional, así como de los planes nacionales de salud materna con enfoque intercultural.

► Sostenibilidad Social

La sostenibilidad social se verá reflejada por el nivel de participación y de empoderamiento de líderes y comunidades en la implementación, monitoreo y evaluación del Plan Andino de Salud Materna y Perinatal con Enfoque Intercultural; así como en los procesos de vigilancia social.