



COORDINACIÓN GENERAL:

Lina Rosa Berrío Palomo.
E-mail: vínculos@kinal.org.mx

EQUIPO INVESTIGADOR:

**Lina Rosa Berrío Palomo, María Sarai Fabián Villa,
Rocio Gabriela Santillán, Anna Toplysky,
Reynier Abreu Morales.**
Área de Investigación e incidencia
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C

COLABORACIÓN ESPECIAL:

**Integrantes Casa de la Mujer Indígena
Nellys Palomo, San Luis Acatlán, Guerrero.
Red de Parteras y Promotoras de
Kinal Antzetik Guerrero A.C**

Diseño gráfico: Alejandro Jacques Rojas

Área de Producción de Materiales Gráficos, Difusión & Logística
Kinal Antzetik Distrito Federal A.C

Las fotografías presentadas en este proyecto son propiedad de la organización, previa autorización de las personas que se presentan, agradeciendo su participación para la realización de este proyecto. Así como se utilizaron algunas imágenes de Google mencionando la fuente solo para ejemplificar.
Foto portada: Simon Chambers / PWRDF 2012



DR. Kinal Antzetik Distrito Federal, A.C.
San Simón 82 Dpto. 306. Colonia San Simón Ticumac, Del. Benito Juárez, México, D.F., C.P. 03660.
Tel:(01 55)44440986, www.kinaldf.org.mx
2013. Impreso y hecho en México.

ÍNDICE



	PRESENTACION _____	3
1	LA COSTA CHICA DE GUERRERO. _____	7
2	NORMATIVIDAD, INTERCULTURALIDAD Y EXPERIENCIAS DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL DE SERVICIOS DE SALUD _____	13
3	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO. LA MIRADA DE MÚLTIPLES ACTORES _____	29
	3.1- La mirada de las usuarias de los servicios de salud materna	
	3.2- Parteras y promotoras comunitarias de salud sexual y reproductiva.	
	3.3- La mirada del personal de salud	
4	RESUMEN DE PROPUESTAS PARA LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA REALIZADAS POR LOS DIFERENTES ACTORES _____	76
	Usuarias	
	Promotoras	
	Parteras	
	Personal de salud.	
	Propuestas de Adecuacion de los Servicios de Salud Materna Acordadas por la Jurisdiccion Sanitaria 06, El Hospital Basico Comunitario de San Luis Acatlán, La Casa de la Mujer Indigena Nellys Palomo y Kinal Antzetik Df A.C. y Kinal Antzetik Guerrero A.C.	
	BIBLIOGRAFÍA _____	82



PRESENTACIÓN

El documento que tienen en sus manos presenta los resultados preliminares del **“Diagnóstico de necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero”**, particularmente en el municipio de San Luis Acatlán. El objetivo final del proyecto es promover una mayor cercanía cultural y aceptabilidad de los servicios ofertados por las instituciones de salud pública a las mujeres de la región y sus familiares.

Dicho diagnóstico, realizado durante el segundo semestre de 2014 contó con la participación de usuarias de los servicios de salud materna, parteras, promotoras y personal de salud del municipio de San Luis Acatlán, Guerrero. Este hace parte de los esfuerzos realizados desde hace varios años por Kinal Antzetik Distrito Federal A.C y las organizaciones aliadas para promover servicios de salud materna indígena, que respondan a las necesidades de la población, garanticen una perspectiva de derechos y pertinencia cultural en los mismos, reconociendo además los saberes históricos de los pueblos y sus curadores tradicionales tal como ha sido consignado en la Declaración de Derechos de los pueblos Indígenas.

Esta iniciativa contó con el apoyo financiero de Indesol a través del proyecto: “Diagnóstico sobre necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna para mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero” y es continuidad de un proyecto previo donde se realizó un Seminario de Salud Intercultural el cual permitió conocer diferentes visiones y propuestas de adecuación de servicios en México y América Latina. Todos estos esfuerzos se enmarcan en una estrategia más amplia de Kinal Antzetik D.F A.C por mejorar la salud materna de las mujeres indígenas, a través del fortalecimiento a los recursos locales para la promoción de la salud y el mejoramiento en la calidad de los servicios institucionales prestados a la población. Estos procesos cuentan con el apoyo de la Fundación Jhon D and Catherine T.Mac Arthur y el Fondo Primado para el Socorro y la Ayuda Mundial (PWRDF)

Nuestro trabajo en promoción de la salud materna y fortalecimiento de capacidades de los recursos locales como promotoras comunitarias y parteras, nos ha permitido identificar dificultades en la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva. Igualmente los fenómenos de racismo y discriminación que enfrentan de manera cotidiana los pueblos indígenas cuando acuden a las instancias de salud, así como las profundas relaciones de descalificación, subordinación o exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales respecto al modelo institucional en salud.



De esta forma, y pese a la existencia de un importante marco normativo nacional e internacional en materia de derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, nos encontramos con un país pluricultural que sin embargo mantiene un sistema de salud monocultural, el cual dista mucho de dar respuesta a las necesidades planteadas por las usuarias. En tal sentido se hace necesario avanzar en la formulación e implementación de un modelo de atención al parto que responda a las necesidades de las mujeres indígenas y favorezca el ejercicio de todos sus derechos.

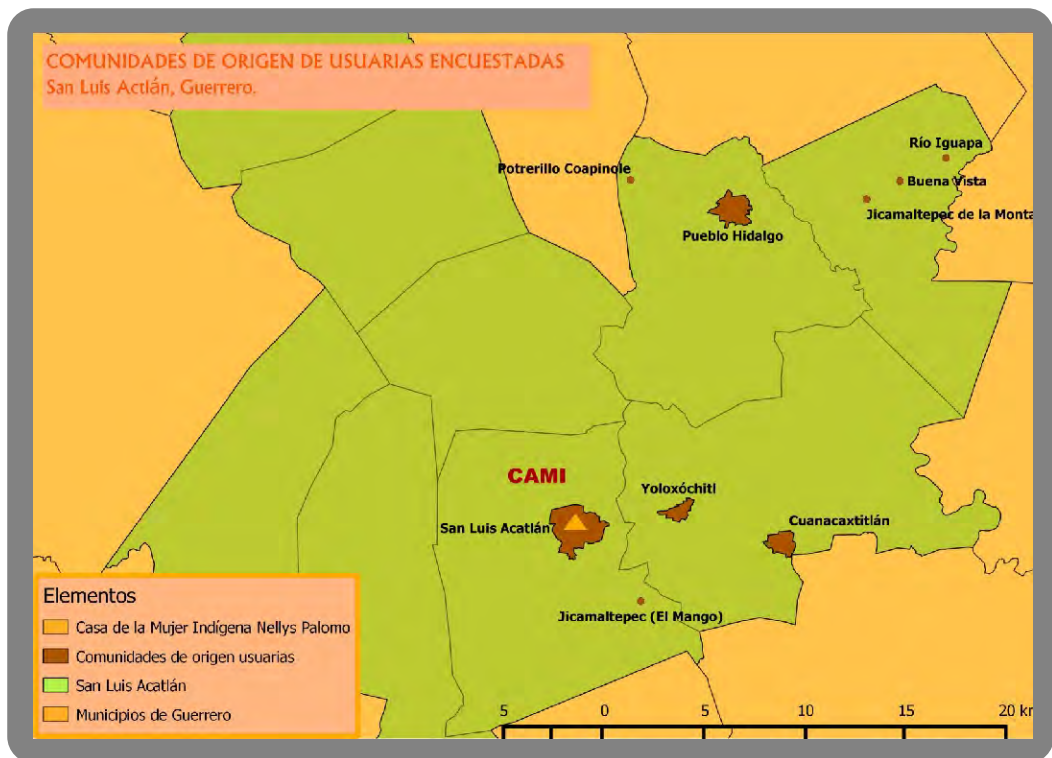
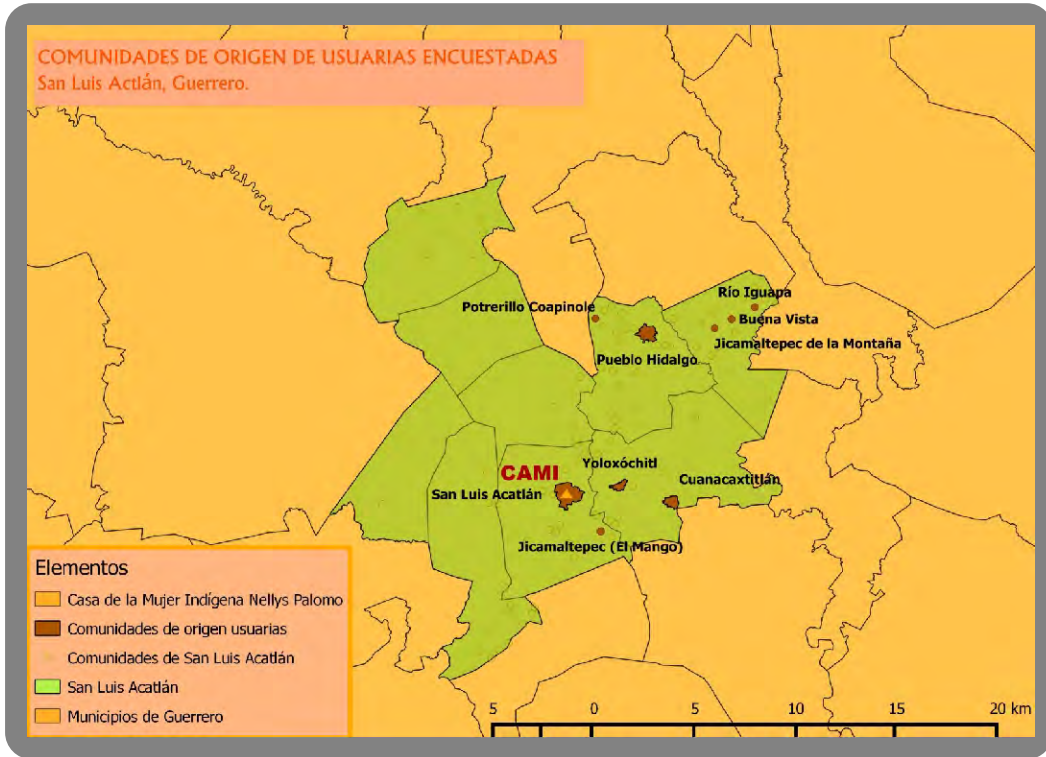
En el marco del Seminario realizado en 2012, fue posible invitar a la Costa Chica de Guerrero, dos exdirectores del Hospital de Otavalo en Ecuador responsables de impulsar la adecuación de los servicios de salud materna en el mismo, para compartir la experiencia con el personal de salud y las organizaciones locales. De este evento se derivaron una serie de acuerdos interinstitucionales¹ para caminar hacia la adecuación de los servicios y se planteó la necesidad de realizar un diagnóstico que permitiera conocer la mirada de los actores locales.

4

Es así como surge la idea de realizar este diagnóstico de necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna con la participación de mujeres usuarias de los servicios, parteras, promotoras y personal de salud del municipio de San Luis Acatlán, Guerrero. El objetivo del mismo fue identificar las percepciones de dichos actores respecto a los servicios de salud institucionales ofertados a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio así como las propuestas de cada sector para el mejoramiento de los mismos. Se identificaron las preferencias y prácticas de atención realizadas por las mujeres gestantes cuando acuden al sistema de salud oficial y cuando se atienden según sus prácticas tradicionales.

Se llevaron a cabo dos talleres que tuvieron lugar en: Ometepec y San Luis Acatlán Guerrero (cada uno), con el título de: Diagnóstico de necesidades de adecuación de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero, también se realizaron quince entrevistas tanto a parteras como promotoras mixtecas, amuzgas y tlapanecas cuya finalidad fue identificar las necesidades y propuestas de promotoras y parteras comunitarias en salud. También en el caso de las usuarias se realizó adicionalmente una encuesta con sesenta mujeres la cual será ampliada durante el 2014, así como entrevistas con varias de ellas. Respecto al personal de salud se entrevistaron a siete de ellos ubicados en el primer nivel de atención en el municipio de San Luis Acatlán, algunos en centros de salud de comunidades y otros cuyo trabajo se ubica en el Hospital Básico Comunitario de San Luis Acatlán.

1- Dichos acuerdos se incluyen como anexo en las propuestas.





En el análisis se consideró un acercamiento desde la perspectiva de derechos humanos en el ámbito de la salud incorporando entonces los 4 elementos de la misma: **disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad**. La **disponibilidad** está asociada a la existencia de espacios de atención, es decir que existan efectivamente espacios físicos, y personal de salud disponibles para brindar la atención. La **accesibilidad** incluye que además de estar disponibles sea posible acceder a ellos, se incluye por tanto costos, caminos, tiempos, etc. La **calidad** se refiere tanto a aspectos técnicos como interpersonales asociados a la atención, no solo que esta se preste sino que sea adecuada, técnicamente bien hecha, con calidez, respeto, etc. Se incluye aquí el tema del trato.

La **aceptabilidad** se refiere a la pertinencia cultural de los servicios, propiamente la adecuación o pertinencia de los mismos, de tal manera respondan a las características y necesidades de las y los usuarios. Nos centramos principalmente en un análisis desde la perspectiva de la calidad y la aceptabilidad de los mismos presentando para ello las principales prácticas, barreras identificadas y propuestas de mejoramiento.

6

Los resultados obtenidos se presentan desglosados por cada uno de los actores teniendo como eje cuatro elementos centrales:

- 1 - Valoración de los servicios de salud y la calidad de la atención recibida.
- 2 - Prácticas de atención utilizadas por las mujeres y sus curadores.
- 3 - Interculturalidad en la cual se incluyen las percepciones sobre ello y las prácticas que podríamos considerar de pluralismo médico.
- 4 - Vinculación entre actores involucrados en el ámbito de la salud.
- 5 - Propuestas concretas de adecuación cultural de los servicios de salud materna en el municipio de San Luis Acatlán.

Este documento constituye entonces un primer acercamiento a las miradas, perspectivas y opiniones de los actores locales con el fin de recuperar esas voces diversas encontrando elementos en común que permitan construir una mayor calidad de los servicios de salud materna ofertados a las mujeres y sus familiares durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

El documento está organizado de la siguiente manera: la primera parte muestra algunas características generales de la Costa Chica de Guerrero para identificar el contexto de la cual se trabaja. La segunda parte constituye una revisión general de algunas experiencias de adecuación de los servicios de salud materna en América Latina y México, recuperando los principales aprendizajes de las mismas. La tercera parte del documento muestra los resultados obtenidos en el diagnóstico por cada uno de los actores y de allí se deriva la cuarta parte donde se presentan las propuestas generales emanado del mismo, esperando que pueda ser de utilidad para ustedes.



LA COSTA CHICA DE GUERRERO

Guerrero es una entidad federativa de la República Mexicana compuesta por 81 municipios con una superficie territorial de 63,620.67 kilómetros cuadrados y una población de 3,388,768 de habitantes. La densidad poblacional del estado según datos del INEGI era para 2010, de 53.29 habitantes por kilómetro cuadrado. Del total de la población 1,645 561 son hombres y 1,743 207 son mujeres (INEGI, 2010).

En relación a la salud, Guerrero contaba para 2010 con 1,807,297 derechohabientes afiliados al IMMS, ISSSTE, PEMEX y Marina. Esto representa un 53.33% de la población total del estado. Por su parte el número total de personal médico y unidades de salud para igual fecha era de 4,825 y 1,169 respectivamente, lo cual se traduce en 1.4 médicos por cada 100,000 habitantes. Unidades de salud 1,034 eran, en 2008, de consulta externa mientras que solo 48 eran de hospitalización para igual fecha (INEGI, 2010).

Las tasas de natalidad y mortalidad para ese mismo año fueron de 19.8 y 5.6 respectivamente. Del total de los partos ocurridos en 2008, los atendidos por médicos representaban el 60.70% cifra que coincide con aquellos que tuvieron lugar en hospitales y clínicas; un 29.10% de los partos aconteció en el domicilio (INEGI, 2010).

Las cifras anteriores corresponden al total de los servicios de salud en el estado, tomando en cuenta IMSS e ISSSTE. Sin embargo, el peso de ambas instituciones de salud en Guerrero es mínimo pues la mayoría de la población en dicha entidad federativa es atendida por la Secretaría de Salud de Guerrero (SESAEG). Por tal razón, el mayor peso de los servicios e incidencia en el comportamiento de los indicadores de salud corresponde a esta dependencia. La estructura de funcionamiento de la misma, en cuanto a la prestación de servicios, está dividida entre el primer y segundo nivel de atención. El primer nivel de atención incluye centros de salud, hospitales básicos comunitarios y unidades móviles denominadas Caravanas de la Salud. Este se encuentra organizado en siete jurisdicciones sanitarias correspondientes a las mismas regiones del Estado, las cuales tienen a su cargo la coordinación de todas las acciones de atención básica, promoción y prevención. Entre estas jurisdicciones sanitarias se encuentra la número 06, ubicada en la región conocida como Costa Chica. El segundo nivel por su parte, incluye los hospitales regionales y generales existentes en el Estado.

La estructura ideal de organización de los servicios implicaría un nivel de coordinación fuerte entre el primer y el segundo nivel pues este último recibe los casos que no pueden ser atendidos en el primer nivel. Sin embargo en la estructura de funcionamiento de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero corresponden a direcciones distintas y en ese sentido un reto en el nivel local es fortalecer los mecanismos de referencia y contrareferencia entre ambos niveles de atención, particularmente en el caso de servicios de salud sexual y reproductiva.

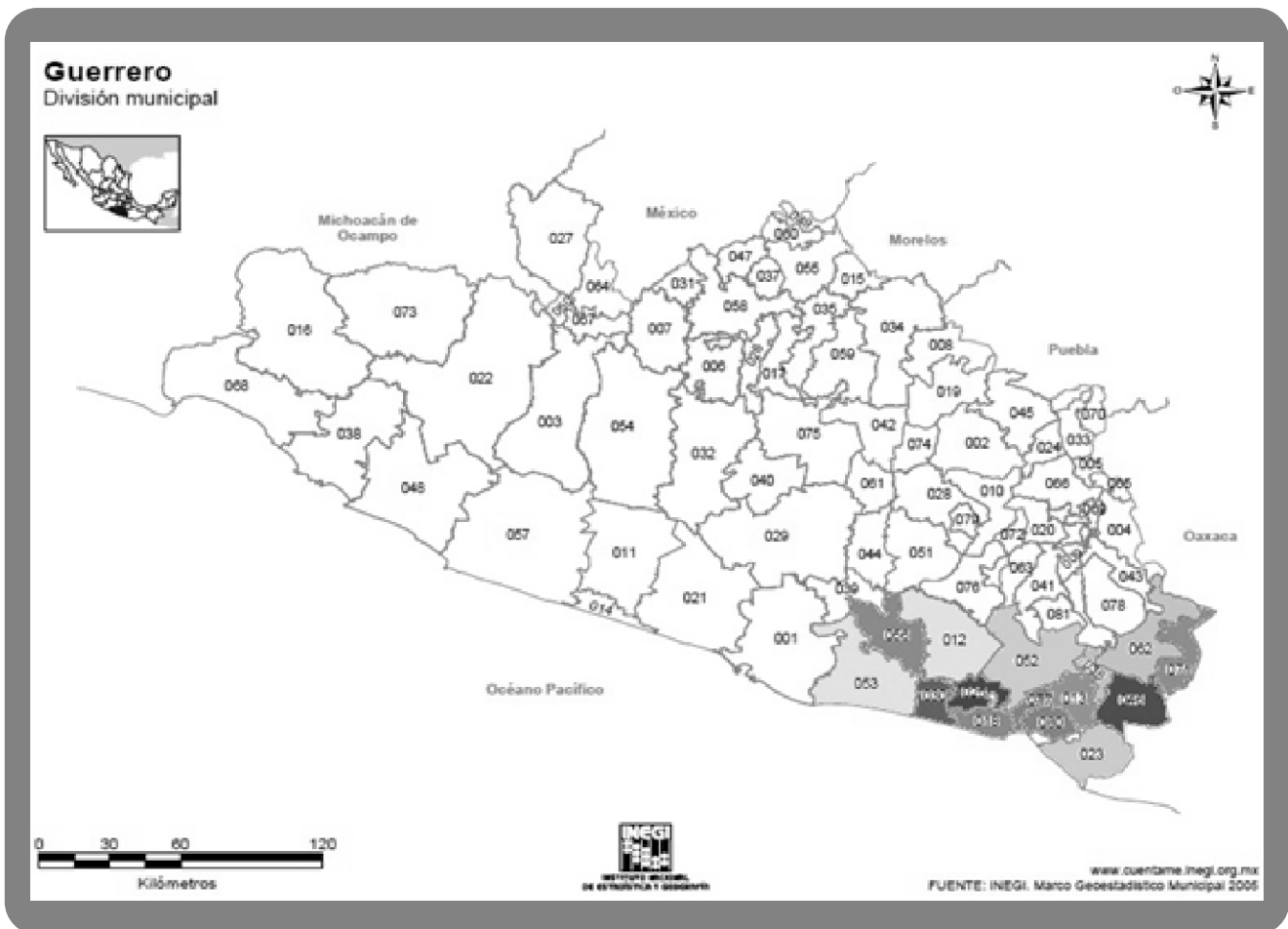


LA COSTA CHICA DE GUERRERO:

La Costa Chica es una de las siete regiones. Posee 180 km de costa sobre el Pacífico, 415,816 personas la habitan: Mixtecos, tlapanecos, amuzgos, afrodescendientes y mestizos, coexisten permanentemente en este vasto territorio de 15 municipios en total.

Ilustración 1. Municipios del Estado de Guerrero.

Sombreados los municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria 06, Costa Chica



En la Costa Chica la población indígena representa un 27.3% del total de habitantes, correspondientes a 113,820 personas, según los datos más recientes de la Jurisdicción sanitaria 06 (Escamilla, 2011:6). La mayoría de ellos son mixtecos y amuzgos distribuidos en los municipios de Ayutla, San Luis Acatlán, Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec. Los mixtecos son el segundo pueblo originario más numeroso del estado, con un 30.7% del total de población indígena, seguido por los tlapanecos quienes representan el 24.5% y los amuzgos con un 9.2% (Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. Tomo II. 2009: 542) Fuente: Escamilla, 2011. Diagnóstico de Salud Jurisdicción Sanitaria Costa Chica, Coordinación de Servicios de Salud.

En la franja cercana a la costa, la población afro se hace cada vez más numerosa, especialmente en los municipios de Marquelia, Cuajinicuilapa, Juchitán y Florencio Villarreal (Cruz Grande).

Cuadro 1. Población indígena de la Costa Chica de Guerrero por pueblo indígena y municipio

Pueblos Indígenas	Numero de Personas	% Respecto al Total de Poblacion Indígena	Municipios con mayor Poblacion Indígena
ÑU SAAVI (MIXTECOS)	41,099	43.3 %	Ayutla 38%, San Luis Acatlán 36.2%, Tlacoachistlahuaca 20% Iguapala 5.7%
NANCUE ÑOMNDAA (AMUZGOS)	36,648	38.4%	Xochistlahuaca 53.4%, Ometepec 42.6%, Tlacoachistlahuaca 2.1% Cuajinicuilapa 1.9%
ME´PHAA (TLAPANECOS)	15,593	13.7%	Ayutla 52%, San Luis Acatlán 48% Azoyú 2.1%
NAHUAS	5,236	4.6%	Azoyú 77.2%, Tecoanapa 14.8% Cuauatepec 8%



Colindando con la región de la Montaña, está San Luis Acatlán. La población total de este municipio en 2010 era de 42,360 habitantes (INEGI, 2010. XII Censo de Población y Vivienda), distribuidos en 8,422 hogares y registrando un número de nacimientos en 2011 de 1,541 (INEGI, 2010). Su ubicación geográfica la coloca como lugar de tránsito entre La Montaña y la Costa, por lo cual llegan a los servicios de salud, personas provenientes de otros municipios como Malinaltepec, Metlatónoc e incluso Tlapa, a los cuales les queda más cerca trasladarse a San Luis que a Tlapa en busca de atención.

En 2011 se inaugura la “Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo”, espacio de trabajo en salud sexual y reproductiva coordinado por una organización de mujeres y hombres mixtecos y tlapanecos. San Luis es un espacio rico en movilización social y procesos organizativos locales.

Red de servicios de salud en la Costa Chica de Guerrero:

10

Antes de compartir el funcionamiento de la red de servicios de salud en la Costa Chica, es importante conocer cuál es la capacidad total de la Red de Servicios existente en la Jurisdicción Sanitaria 06, con cuánto personal cuenta y cómo está distribuido el mismo.

La Jurisdicción atiende un total de 415,816 habitantes distribuidos en 15 municipios y 765 localidades de las cuales el 95% son rurales y el 70% de ellos tienen menos de 500 habitantes (Escamilla, 2011:5). La Costa Chica, está constituida fundamentalmente por población abierta pues el 91.8% de los habitantes no cuenta con Seguridad Social (SESAEG, 2011:12).

En ese sentido, la responsabilidad central de la atención recae sobre la Secretaría de Salud (SESAEG) quien cuenta para ello con dos Hospitales Generales de Segundo Nivel (Ometepec y Ayutla de los Libres), cuatro Hospitales Básicos Comunitarios en Primer Nivel (San Luis Acatlán, Xochistlahuaca, Copala y Cuajinicuilapa), 146 Centros de Salud, incluyendo a nueve Unidades Móviles, y cuatro Caravanas de la Salud. El Hospital de San Luis Acatlán cuenta con los consultorios de Cirugía, y Pediatría, el Hospital Básico de Xochistlahuaca tiene un consultorio de Ginecología, los Hospitales de Copala y Cuajinicuilapa poseen las especialidades de Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia.

De acuerdo con el INEGI 2010, el personal médico de esta región asciende a 354 lo cuales se distribuyen de la siguiente manera: Ayutla, 60; Azoyú, 5; Copala, 12; Cuajinicuilapa 19; Cuatepec, 8; Florencio Villareal, 9; Igualapa, 9; Juchitán, 2; Marquelia, 7; Ometepec, 93; San Luis Acatlán, 33; San Marcos, 37; Tecoaapa, 22; Tlacoachistlahuaca, 15; Xochistlahuaca, 23.



Según la información proporcionada por la Jurisdicción 06 se cuenta, por parte de la SESAEG, con un total de 194 médicos o médicas generales y especialistas para atender a toda la población de dicha Jurisdicción, la mayoría de los cuales (179) está asignado al primer nivel. Si les sumamos el personal con el cual cuenta el IMSS y el ISSSTE el número de recursos humanos en salud pertenecientes a instituciones públicas en la Costa Chica de Guerrero, se incrementa a 213. (Escamilla, 2011:26)

En cualquiera de los casos, es evidente que la plantilla de personal y la infraestructura existente en la Jurisdicción Sanitaria, particularmente en el Segundo Nivel de atención, es insuficiente para garantizar una adecuada atención al volumen de población que habita en la región pues existiría un médico por cada 1952 habitantes y sólo un hospital regional de carácter resolutivo, para una población de 415 mil habitantes. En ese sentido, al pensar en criterios de derechos humanos en salud observaremos que existen serias deficiencias en relación con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos municipios que no tienen acceso a hospitales básicos comunitarios que permitan servir de puente entre los centros de salud y los dos hospitales de Segundo Nivel existentes, ocasionando así la saturación de estos últimos.

Municipios como Tlacoachistlahuaca, limítrofes con Oaxaca por el lado de la montaña, y el cual concentra una buena parte de la población mixteca, posee comunidades ubicadas a más de cinco a seis horas del Hospital de Ometepec a donde deben acudir todas las gestantes para la atención de sus partos o realización de ultrasonidos y exámenes de laboratorio. Del mismo modo, una persona de una comunidad ubicada en el extremo de San Luis Acatlán por el lado de Buenavista tardará alrededor de cinco a seis horas en llegar a Ometepec o de San Marcos tardará alrededor de cuatro a cinco horas en llegar a Ayutla, el otro hospital resolutivo.

Lo anterior deja al Hospital de Ometepec como responsable de atender una gran cantidad de pacientes, la mayoría de ellas por razones obstétricas. Si sumamos entonces las excesivas cargas de trabajo del Hospital, la saturación del mismo y la manera como está concebido, podremos comprender entonces la dinámica que ocurre al interior del mismo.

En relación con el funcionamiento de la Red de Servicios es necesario señalar que los casos de emergencia Obstétrica que no pueden ser resueltos en el Hospital Regional de Ometepec, son enviados a Acapulco al Hospital General o al Hospital de Renacimiento, ubicado a las afueras de esta misma ciudad. El tiempo de Traslado de Ometepec a Acapulco es de tres horas y media. En el caso de Ayutla, el siguiente nivel de atención al cual son remitidas las mujeres con complicaciones, es a Chilpancingo al Hospital Amigo de la Madre y el Niño.



Una de las dificultades adicionales a las señaladas en materia de infraestructura, redes de servicios y personal, se refiere al tema de la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud ofertados, en un contexto de gran diversidad cultural, elevada población indígena y altos niveles de monolingüismo entre una buena parte de la población. A pesar de ello, no existe una estrategia específica de atención intercultural que reconozca estas características y genere las condiciones para acercar los servicios a las personas, desde una perspectiva de reconocimiento a sus sistemas de salud, los cuales incluyen prácticas de atención propias, terapeutas tradicionales como parteras, curanderos, sobadores, hueseros, etc; un amplio manejo de herbolaria tradicional, entre otros.

Las inequidades en salud en la región se manifiestan fundamentalmente en poblaciones indígenas y de escasos recursos las cuales presentan los indicadores de salud más precarios y los mayores niveles de mortalidad, entre ellos de mortalidad materna; intersectándose así elementos de exclusión asociados a la condición de pertenencia étnica, género y clase.

12

En este contexto surgen inevitablemente preguntas respecto a cómo pensar en la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva; particularmente en salud materna, considerando esta enorme diversidad cultural, el pluralismo médico existente pues las personas utilizan diversos sistemas de salud (biomédico, tradicionales y de autoatención) de manera paralela y complementaria.

Es por ello que este diagnóstico recupera las voces de los diversos actores vinculados al campo de la salud materna, indagando lo que consideran como las principales barreras de acceso para tener una atención de calidad y culturalmente cercana, pero también identificando propuestas que permitan avanzar hacia mayores niveles de inclusión e interculturalidad en el ámbito de la salud.



*Jornada de salud en la comunidad de San Luis Acatlán
Foto: Simon Chambers*



INTERCULTURALIDAD Y EXPERIENCIAS DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL DE SERVICIOS DE SALUD.

Por muchas décadas los pueblos indígenas fueron un grupo olvidado por el Estado mexicano; a partir del levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), en 1994 varios de ellos emprenden una lucha por el reconocimiento y ejercicio libre de sus derechos. En este escenario las mujeres empiezan a figurar como un actor importante en la disputa; no solo se suman a la exigencia de tierra y libertad, sino que se cuestiona el papel socialmente establecido para ellas (roles y prácticas culturales); sumando así sus demandas de género a las del colectivo. (Hernández, Castillo, R. Aida)

En América Latina, aunque diversos tratados internacionales y nacionales entienden la diversidad de raíces que componen este continente, existe todavía un rezago en servicios básicos como la salud y principalmente la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas.

Por ejemplo: tanto el Convenio 169 de la OIT como la Declaración de Derechos de los Pueblos indígenas establecen que los Estados deben impulsar el desarrollo a través del consenso, negociación y diálogo multisectorial sobre las definiciones y mecanismos para ubicar, diseñar, implementar y monitorear los proyectos que afecten a los pueblos indígenas. Además, se reconoce la necesidad de la participación activa de las comunidades indígenas en la construcción de los proyectos que buscan incidir sobre las mismas y el derecho a que estos programas sean impulsados y administrados desde sus propias instituciones. Algo a destacar es que como parte de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas, la medicina tradicional es concebida como un derecho, por lo que deviene un deber para los servicios de salud la incorporación de los elementos y prácticas de las comunidades indígenas. Especial reconocimiento adquieren en este marco los derechos de la mujer asociados a la salud sexual y reproductiva y a la planificación familiar. (DDPI, Art 24)

En México, la constitución política garantiza el derecho de los pueblos indígenas a preservar los elementos de su identidad cultural, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud y aprovechar debidamente la medicina tradicional. En el caso de la salud sexual y reproductiva este aspecto se puede referir por ejemplo al derecho a elegir la posición de parto, el uso de tés, plantas medicinales y elementos rituales de protección entre otros. Todo ello implica procesos de adecuación intercultural de los servicios de salud.



Existen experiencias en varios países de América Latina que han sido institucionalizadas y cuentan con amplio respaldo y reconocimiento de los organismos internacionales, para proveer servicios culturalmente adecuados. Es el caso del Hospital de San Luis Otavalo y el Centro de Salud Intercultural de Guamani, en Ecuador, el Hospital Nueva Imperial en Chile, entre otros, así como algunas menos exitosas en términos de política pública en México. Estas iniciativas internacionales han sido impulsadas desde las organizaciones sociales indígenas. El conocer in situ varias de estas experiencias en otros países, que lograron su institucionalización, ratificaron la necesidad de realizar este proyecto.

En efecto, se han desarrollado múltiples estudios, proyectos, seminarios y programas gubernamentales en comunidades indígenas de diversos países del mundo y América Latina que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad desde el punto de vista de la salud.

En este sentido, la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública dedicó en 2003 un número a la Salud Intercultural. Este número, constituye una recopilación de experiencias y talleres sobre el modelo intercultural en salud, medicina tradicional y enfermedades en diferentes distritos de la amazonia peruana. En dichos talleres, se trataron temas relativos al embarazo, el parto y el puerperio, así como a la disminución de muerte materna en la región.

Del mismo modo, en el año 2005 el gobierno boliviano lanzó un Programa de Adaptación de los Servicios de Salud de Reproducción Multiculturales. Este proyecto, tenía como objetivo general potenciar el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Para lo mismo se planteó una estrategia de tipo intercultural que partía del entendimiento y la aceptación cultural a través del mejoramiento de las capacidades de diálogo promoviendo el uso del quechua en los centros de salud.

Por su parte en el 2010 el gobierno ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública llevó a cabo el Seminario “*Salud-Interculturalidad y Derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*”. El objetivo de dicho seminario era llamar a la reducción de la muerte materna en comunidades indígenas y afrodescendientes, haciendo énfasis en aspectos culturales de las mismas. En este sentido uno de los ejes del seminario giró en torno a la comprensión de la dimensión intercultural y a la construcción social de identidad para la transformación en los servicios comunitarios de salud. Asimismo, se planteaba el fortalecimiento de capacidades y de competencias interculturales de recursos humanos para la gestión y atención de servicios de salud.



En México, desde el año 2007 en particular, se han venido publicando trabajos respecto a la necesidad de tomar en cuenta la dimensión cultural en la implementación de los servicios de salud. Al igual que en el resto de América Latina, la heterogeneidad de la población mexicana, tanto desde punto de vista cultural como socioeconómico, obliga a tomar en cuenta la diversidad que lo compone si se quiere lograr un funcionamiento eficiente de los servicios de salud en el país. En este sentido resalta el trabajo de José Almaguer sobre la implementación de modelos interculturales en los servicios de salud. (Almaguer, 2007)

Este trabajo hace hincapié en la necesidad de generar políticas públicas que, por un lado, contribuyan a la transformación social y la disminución de la desigualdad y la inequidad de género y, por el otro, a la formulación de prácticas educativas que permitan al personal de salud apropiarse de la realidad y la cultura de las comunidades en las cuales desarrollan su trabajo y sobre las cuales deben incidir. A partir de esta apropiación, la dimensión intercultural abrirá el paso a la comprensión del mundo del otro, y se establecerán las bases para el diálogo, el reconocimiento y el respeto mutuo y en beneficio de las partes.

La mayoría de los estudios y programas en el continente, han buscado implementar la perspectiva teórico-práctica que ofrece la interculturalidad. De acuerdo con el Folleto sobre Lineamientos Interculturales para el personal de salud, la interculturalidad es “*el modo de convivencia en que personas y/o grupos se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente y respetuosa*”. (SSA).

Al aplicar dicha dimensión intercultural a los servicios de salud, la comunicación entre el personal de salud y los usuarios se beneficia superando las barreras culturales que puedan existir entre ambas partes. Esto facilita la comprensión necesaria entre personal de salud y pacientes para los diagnósticos pertinentes y el tratamiento indicado, lo cual se traduce en la satisfacción tanto del usuario como del prestador de servicios

Comunidad de
San Luis Acatlán,
Guerrero
Foto:
Simon Chambers
/ PWRDF





PARTERIA

La partería es, tal vez, uno de los ejemplos que más evidencia la necesidad de establecer puentes interculturales entre las comunidades indígenas y los servicios de salud. En tanto práctica ancestral, surge como una necesidad de atención de la mujer en su embarazo, parto y puerperio. Entre los diferentes pueblos indígenas de Latinoamérica existen diversas prácticas de cuidado y atención; que caracterizan a los grupos, y reflejan su identidad cultural. Por ejemplo: el embarazo, el parto y el puerperio en las comunidades aguarunas y huambisas se desarrollan dentro de un contexto cultural que muestra un respeto por la naturaleza; durante este proceso la mujer se somete a una serie de condicionamientos a fin de llegar con éxito al parto. Dentro de esta cosmovisión, infringir las normas culturalmente establecidas, conlleva a la enfermedad y posteriormente a la muerte.

16

Las parteras representan en sus comunidades el conocimiento de la naturaleza que les rodea y las inmensas posibilidades terapéuticas que ésta ofrece. Para la cosmovisión Aguaruna y Huambisa, la concepción del mundo tiene características vivas y vivificantes, todo lo que existe tiene vida propia, y emiten señales, que sólo ellos pueden comprender, porque manejan un código de símbolos cargados de mensajes, que orientan su diario vivir. El embarazo, parto y puerperio se desarrolla dentro de un contexto cultural diferente al occidental.

Dentro de los pueblos indígenas los elementos simbólicos compartidos moldean su conducta, permitiendo establecer un orden social entre los individuos y el medio que les rodea. Algunas leyendas y mitos contados por las mujeres y los hombres de más edad establecen normas de conducta las cuales llegan a regular el proceso reproductivo de los sujetos.

La figura de la partera, y la práctica de la partería tradicional, es una realidad en la mayoría de los países latinoamericanos con un número considerable de población indígena. Por esta razón, países como Ecuador, Bolivia y México, por ejemplo, no solo han establecido un marco normativo propicio para el reconocimiento de las prácticas de medicina tradicional en sus comunidades y desarrollado diversos estudios y publicaciones destinados a avanzar en su reconocimiento; también han implementado, desde diferentes perspectivas, la adecuación intercultural de sus servicios de salud.

En México existen al rededor de 15,000 parteras tradicionales, ubicadas primordialmente en las entidades federativas con mayor población indígena. En Guerrero se reportaron 741 parteras tradicionales y el municipio con mayor número de ellas es justamente San Luis Acatlán con 86

Sin embargo, pese al valioso y ancestral papel que desarrollan estas terapeutas tradicionales en los procesos de reproducción biológica y social de los pueblos, las relaciones que se han establecido con ellas desde el Sector Salud, son de subordinación y descalificación en la gran mayoría de los casos.

La muerte materna es un fuerte indicador de las desigualdades que viven las mujeres en América Latina. Muchas de estas muertes, se podrían evitar si mejoraran los cuidados y las mujeres tuvieran acceso a cuidados calificados durante el embarazo. Las barreras económicas, geográficas y culturales limitan este acceso. (González, 2007). Sin embargo, hacer un acercamiento a los métodos tradicionales puede reforzarlos y contribuir a mejorar la calidad del cuidado de las mujeres embarazadas. Reconocer, respetar y promover los saberes tradicionales ayuda a que las barreras económicas, geográficas y culturales disminuyan y empodera a las mujeres para tomar mayores cuidados durante el embarazo.

La experiencia del Hospital de Otavalo en Ecuador, busca profundizar la coordinación entre los terapeutas biomédicos y tradicionales para manejar las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Dicha experiencia ha implicado también un trabajo de sensibilización del personal de salud para acercarse a las mujeres indígenas del municipio. A continuación una ficha resumen de esa experiencia:

Hospital San Luis de Otavalo, área de salud no. 4 Ministerio de Salud Pública

INSTITUCIONES INVOLUCRADAS	UNFPA H.S.L.O. AREA SALUD #4 OTAVALO-MSP D.P.S.I. SUBPROCESO SALUD INTERCULTURAL GOBIERNO MUNICIPAL DE OTAVALO JAMBI HUASI-FICI CARE/ECUADOR MSP
DATOS	En Ecuador, solo el 30.1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o en centros de salud. 65% de las mujeres que se autodefinen como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.
OBJETIVO	Responder a las necesidades de las usuarias. Proponer un diálogo e intercambio cultural entre la medicina occidental y tradicional. Conocer mejor su cosmovisión, su cultura, sus prácticas sanitarias. Acoger a la mujer del área rural. Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil. Dar respuesta a la Diversidad Cultural.
JUSTIFICACIÓN	En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres

PARTO	
PARTICIPANTES	<p>La familia está presente y colabora en las tareas de preparación del parto. El equipo de salud colabora en la sala de partos culturalmente adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médico residente de Ginecología u Obstetrix ● Médico de pediatría ● Enfermera en turno ● Auxiliar de enfermería ● Partera
PAPEL DE LAS PARTERAS	<ul style="list-style-type: none"> ● Ayuda a la recuperación de la paciente, se preocupa por la alimentación, según la cosmovisión. ● Garantizan el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto. ● Promueve la lactancia precoz. ● Control posparto.
POSICIÓN DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> ● Posición horizontal ● Posición hincada ● Posición sentada ● Posición sentada sostenida de un manto o cuerda sujeta a una viga ● Posición sentada con apoyo de una partera ● Posición sentada ● Posición con apoyo en las cuatro extremidades ● Posición parada cogida de un manto ● Posición parada ● Posición arrodillada
VESTIMENTA	<p>Bata de algodón que cubre todo el cuerpo. En la parte del abdomen tienen una cobertura con adhesivos.</p>
MEDICINA	<p>Plantas medicinales propias de la zona de uso tradicional, disponibles en huerto de la Casa Materna. Uso de agua medicinal para las pacientes en trabajo de parto.</p>
SALA DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO	<p>Cuenta con una cama, paredes y piso de madera para conservar ambiente cálido. Barras laterales para apoyarse en las posiciones paradas y de cuclillas. Manta colgada de una viga para apoyarse en posición vertical. Tiene una chimenea y estantes para colocar las hierbas medicinales y preparar tés.</p>

Cuenta también con una Casa Materna que es una vivienda edificada para albergar mujeres embarazadas y sus familiares que proceden en su mayoría de las áreas rurales. El objetivo de esta casa es facilitar el acceso de las mujeres embarazadas al hospital, evitar el rompimiento del vínculo familiar previniendo de esta manera una muerte materna y perinatal.

Puede albergar a seis madres gestantes con sus esposos o algún familiar y dos niños. También tiene el objetivo de brindar atención y capacitación a las madres; realizar ejercicios psicoprofilácticos, impartir conocimientos benéficos de la lactancia materna así como brindar información de los tipos de parto y consejería en planificación familiar.



Cuenta con un huerto donde se siembran las plantas medicinales que se utilizarán durante el trabajo de parto y el parto.



Fuente: "Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural" Hospital San Luis de Otavalo, Área de Salud No. 4. Ministerio de Salud Pública.



Fuente: <http://somosdelmismobarro.blogspot.mx>



Fuente:
<http://www.unl.edu.ec/>

Otro ejemplo de la Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Cuadro II: Parto Intercultural y Humanizado,
 Universidad Nacional de Loja área de la Salud Humana Medicina Humana.
 En: Bravo, Mauricio.

NORMA	Constitución del Ecuador: Mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social.
DATOS	En provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas 40% de las mujeres atienden en su casa, o con parteras tradicionales (tentativo) 30% de mujeres en toda la región amazónica dieron a luz en su casa (ENDEMAIN 2004, Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005.
OBJETIVO	Mejorar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva adecuando los servicios a la diversidad cultural e incidir en la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
JUSTIFICACIÓN	En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres

PARTO	
PARTICIPANTES	Toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto
POSICIÓN DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuclillas: variedad anterior ● Cuclillas: variedad posterior ● Posición de rodillas ● Posición sentada ● Posición semi sentada ● Posición cogida de la soga ● Posición pies y manos ● Posición de pie ● Posición libre que adopte la parturienta
VESTIMENTA	“muchas mujeres indígenas entrevistadas manifiestan no les gusta usar las batas que se les proporciona en las unidades de salud, porque se enfrían y pierden fuerza”
MEDICINA	Principio humoral y propiedades curativas de las plantas (QUÉ MEDICINAS SE UTILIZAN)
PAPEL DEL PERSONAL DE SALUD	Encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, riesgos y consecuencias
MANEJO DE LA PLACENTA	Tradición andina, personificar la placenta, dar importancia a la cosmovisión

BOLIVIA

En el hospital de Patacamaya, Bolivia se buscó la implementación de una atención de calidad, culturalmente diferenciada para las mujeres embarazadas. (Vaca, Cuellar, s/f). La atención de los médicos tradicionales y las parteras, en el hospital, se realiza a través de un sistema de rotación entre los que son reconocidos por la comunidad. El hospital cuenta con un consultorio de medicina tradicional donde asisten herbolarios. Médicos del Mundo trabaja en la sensibilización y capacitación del personal de salud para lograr la articulación del trabajo con parteras y la adecuación de la sala de partos.

El proceso de calidad en la atención está basado en manuales del Ministerio de Salud e integra conceptos de interculturalidad, género y derecho a la salud. Implica la adecuación de servicios, procedimientos, protocolos, procesos de comunicación y procesos clínicos.



Fuente:
www.medicosdelmundo.org



Fuente:
<http://www.eldiario.es/>

HOSPITAL DE PATACAMAYA

NORMA	La integración de médicos y parteras tradicionales con el personal de salud se encuentra señalada en la Constitución Política del Estado.
OBJETIVO	Contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud con un enfoque intercultural, mediante la participación social y la equidad de género.
JUSTIFICACIÓN	Es importante la integración de la medicina tradicional y la académica porque existen enfermedades que los médicos académicos desconocen. Hay enfermedades como el cáncer, tuberculosis, accidentes de tránsito que los médicos tradicionales no pueden atender.
PARTICIPANTES	Parteras, médicos, familiares.
PAPEL DE LAS PARTERAS.	La partera capta a las parturientas dentro de las diferentes comunidades, las concientiza, informa al personal de salud y esto es como un acuerdo que se tiene en el hospital. Es decir, las parteras también son promotoras en sus comunidades.
MEDICINA	Lectura de hoja de coca "Amauta", jarabes, pomadas de plantas medicinales para atender sobre parto.* Misa misterio: llamado al ánimo de los pacientes para la enfermedad del susto que le da especialmente a los niños. Baños de vapor con preparados naturales. La alimentación es importante con alimentos que se producen en el campo: papa, trigo, grano, carne y huevo,.
POSICIÓN DEL PARTO	"las mujeres acostumbran a dar a luz en forma vertical o semisentadas, no solamente porque conocen la fisiología de su cuerpo, sino porque tienen una connotación simbólica; permite la cercanía con la madre tierra, como ha observado la antropóloga Denise Arnold: 'la wawa tiene que salir hacia la tierra, y luego la placenta igualmente tiene que caer sobre la tierra'. Por eso, las mujeres rurales no quieren dar a Luz en la cama ni sobre una mesa ginecológica". Por esta misma razón, en algunos lugares no se considera bueno que se reciba la wawa con las manos" (Bolivia, 2005).
SALA DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO	Cuenta con dos camas de madera, una colchoneta y una escalera de madera para agarrarse al momento de pujar. Una repisa donde colocar los mates y la mujer los pueda consumir y estar calientes al momento del parto. Baño privado, cocina, espacio disponible para plantas medicinales, piso de madera para conservar el calor de la sala. Registro gráfico del número de partos atendidos y el número de niños que nacieron en la sala. Dos salas de parto tradicional y una sala de espera disponible para los familiares.



INTERCULTURALIDAD SEGÚN LOS PARTEROS Y MÉDICOS TRADICIONALES DE BOLIVIA

Para Don Lucio, médico tradicional y partero, la interculturalidad se entiende como “*la integración de los médicos académicos y los médicos tradicionales*” (Vaca, Cuellar, s/f), sin embargo a veces cuando hay alguna complicación con los pacientes, la biomedicina no reconoce al médico tradicional, a pesar de que los usuarios los prefiere.

Para Don Prudencio la interculturalidad es “*la integración, unificación de todos los médicos tradicionales, los médicos académicos y las parteras*” (Vaca, Cuellar, s/f),.

Otro problema que identifica Vaca es que el hospital solo acepta médicos tradicionales que no reciben salario. A pesar de que reciben una porción pequeña del alcalde, muchos médicos tradicionales sólo reciben ingresos de las pomadas que venden. Tener un consultorio de medicina tradicional dentro del hospital ha sido relevante por el reconocimiento de saberes ancestrales por la medicina científica.

Ha sido importante el lenguaje, pues aunque los médicos hablen aymara, no se expresan como los médicos y parteras tradicionales a quienes los usuarios tienen mayor confianza. En el hospital también hay hueseros que sería algo similar a la traumatología. Hay casos en los que no se ha podido dar solución a la fractura, fisura y luxación en traumatología y lo resuelven los hueseros, por lo que se ha dado un intercambio de saberes.





El papel de las parteras es acomodar al bebé, llevar un control prenatal para las usuarias que acuden a ellas. Al final, las usuarias eligen si quieren ser atendidas por un médico o por las parteras. Las diferencias, son que en la atención los ginecólogos/as hacen el tacto para saber en qué posición esta la criatura, e identificar en qué momento se debe empezar el procedimiento del parto y cuentan los segundos para que pueda pujar la madre. En cambio, la partera palpa la vena y sabe en qué momento del trabajo de parto se encuentra, si la vena se pone dura es el momento de empezar el proceso del parto y doña Leonarda espera dos horas y alista a la madre. En el momento de pujar se fricciona el abdomen y se lleva una mantilla para ponerla debajo de la espalda y realizar algunos movimientos; esto ayuda al parto.

La sala de parto intercultural está más caliente porque el piso es de madera y tiene las características de una casa, lo que permite mayor confianza. Según la responsable del hospital, Dra. Dunia Arakari:

24

“La articulación de las parteras con el personal de salud es el trabajo de Médicos del Mundo y las parteras aprenden y rescatan la experiencia de los médicos y las capacitaciones, pero nosotros no rescatamos nada de ellas, porque los partos son institucionales y por eso se adopta la sala de parto intercultural, para no tener complicaciones y alcanzar las metas del milenio.” (Vaca, Cuellar).

Los materiales son esterilizados en ambas salas de parto, los formularios utilizados son como los de cualquier paciente interno. La partera siempre está acompañada del personal de salud cuando realiza un parto, cuando ella atiende también firma formularios, porque los diseños de éstos las contemplan.

Para el médico general, la interculturalidad es *“la integración de todos para mejorar el nivel de salud, o sea que no existan barreras culturales, como dice la Constitución Plurinacional: la interculturalidad es el servicio a la salud íntegra para todos. La aceptación de lo que somos para que nos podamos integrar a las diferentes clases sociales.”*

Entre las complicaciones dentro de la sala de parto intercultural están los casos de las madres primerizas en las que *“la cavidad de la vagina no es adecuada para que salga la criatura. Este tipo de complicaciones son derivados al personal de salud porque las parteras no realizan la episiotomía, pero las parteras están presentes en el parto porque una de las costumbres de la mujer aymara es cortar el cordón umbilical después de que salga la placenta.*

Estas son algunas de las experiencias más relevantes a nivel internacional. En México también se han implementado desde hace más de una década, algunas experiencias de adecuación de los servicios. Revisemos algunas de ellas:



Fuente:
<http://periodicodigital.com.mx>



EXPERIENCIAS INTERCULTURALES EN MÉXICO

HOSPITAL MIXTO DE CUETZALAN

Se crea en 1958 el Sanatorio Rural a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que se transforma en el Hospital Integral con Medicina Tradicional de la Secretaría Estatal de Salud (SESA) en 2003 (Duarte, 2004: 340). Cuetzalan, ubicada en la Sierra Norte de Puebla, tiene una importante proporción de población nahua y en menor número totonaca.

El Hospital de Cuetzalan se construye en cinco etapas; durante la segunda etapa, entre 1978 y 1989, a cargo del director de ese momento, se modificó el manual de normas técnicas, donde se aceptaba la entrada del curandero o la partera si la familia lo solicitaba; se permitía también la entrada de familiares. Existía también una cooperativa indígena y se formaban promotores para dar consulta en las casas de cultura que se convirtieron en “casas de curación”.

Durante la tercera etapa como Hospital Mixto entre 1990 y 2000 se hicieron algunas adecuaciones culturales. Se instaló dentro del hospital un temazcal y una sala de vapor y se comenzó a diseñar una sala de expulsión con la participación de las parteras. Además se instaló también un jardín botánico y se hicieron formas de registro para que los terapeutas tradicionales pudieran reportar e informar sus actividades dentro del hospital. Como anexo se construyó un consultorio para la medicina tradicional; uno para parteras y otro para curanderos y hueseros, que incluía una sala con camas, oficina, baño, temazcal, laboratorio para preparar medicamentos, sala de reuniones y bodegas. El INI contribuyó para romper las barreras y prejuicios que se tenían frente a la medicina tradicional a través de la formación con médicos y personal de salud para romper el escepticismo. (Duarte, 2004: 393).

También creó una organización de médicos tradicionales, curandera(os), parteras y huesera(os) que a través de la formación dio como resultado cerca de 120 terapeutas tradicionales del municipio y la creación de un centro de medicina tradicional, Masehualpajti creado en 1991, el cual tiene como sede el hospital. Fue así como éste se convirtió en hospital mixto y los terapeutas tradicionales comenzaron a dar consultas regularmente. Sin embargo, a partir de 1994 el presupuesto asignado al hospital comenzó a ser insuficiente y se recortó el apoyo a los terapeutas tradicionales.

Durante esta década, se produjeron diferentes declaraciones y acuerdos sobre los pueblos indígenas como los acuerdos de la Cumbre de la Tierra en 1992, resultado del Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos indígenas realizado en Winnipeg (Canadá) en 1993; la Resolución de la Cumbre de las Américas en 1994; la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS/OMS



en 1992, y la declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, a partir de 1994. En estos y otros acuerdos los países se comprometen a superar las barreras de acceso a los servicios, operativizar el concepto de salud integral e integrada, reconocer el saber de las culturas y generar mecanismos de interrelación respetuosa y complementaria, lo cual ha sido “insuficientemente” desarrollado en México. (Duarte, 2004: 394).

Del 2000 al 2002 hubo un retroceso. La Secretaría de Salud que tomó cargo sobre el Hospital de Cuetzalan “no sabía lo que recibía” El presupuesto se asignó como si fuera un hospital alópata y así continuaron funcionando. Con el Plan Puebla-Panamá, el gobierno de Puebla toma la decisión de construir un nuevo Centro de Medicina Tradicional en Cuetzalan, en un terreno propiedad de la organización de terapeutas tradicionales (Masehualpajti) cerca del hospital. Hasta hoy en día el centro no se ha terminado de construir por falta de presupuesto.

En la última etapa, cuando se convierte en Hospital Integral con Medicina Tradicional, en 2003, el Hospital de Cuetzalan se incorpora a un plan de salud derivado del PPP donde se pretendía mejorar la baja calidad de los servicios en zonas indígenas. Este hecho, según Duarte, corresponde a la influencia que tuvo el movimiento indígena a partir de 1994 en el país. El proyecto contemplaba un aumento del personal biomédico, así como la sensibilización y la capacitación para el trabajo intercultural; mejoramiento del equipo y de la infraestructura biomédica y la introducción de terapeutas tradicionales.

Aunque este ejemplo es muy buen intento de lograr una sala intercultural, y muestra claramente como la comunidad es capaz de organizarse para construir nuevos métodos de medicina y de atención, es clara la falta de soporte de las autoridades y los gobiernos para llevarlo a cabo. Nos parece importante señalar que la Interculturalidad es beneficiosa para mucha gente, pero para lograrse también implica la participación de todos los actores: redes comunitarias, asociaciones civiles, gobiernos locales, estatales y federales. Requiere así la evaluación de las actividades y una buena remuneración a los médicos y médicas tradicionales.

HOSPITAL BÁSICO DE SAN ANDRÉS LARRÁINZAR, CHIAPAS

El Hospital Básico comienza a funcionar en diciembre de 2006. Nace como medida destinada a reducir la muerte materna, promover servicios de urgencia y enfatizar el enfoque intercultural en la prestación de servicios. Basa la atención en médicos que realizan servicio social, la rotación constante impide dar seguimiento a las posibles implementaciones de capacitaciones con enfoque intercultural. Fue creado para que atender emergencias de mujeres de las comunidades aledañas que pudieran presentar complicaciones en el embarazo, reduciendo el riesgo de muerte materna. (Paredes, 2012)



Tiene contratadas 13 personas; directora, subdirector, 5 enfermeras, dos médicas, un Coordinador de Salud Comunitaria (COCS), una nutricionista, una persona encargada de administración y la psicóloga. La mayoría habla tzotzil, sin embargo no pueden servir de traductores debido a sus actividades laborales.

Las parteras que están registradas y oficialmente certificadas son seis cuyas edades oscilan entre los 34 y 61 años (Paredes, 2012). Las embarazadas, por su parte, asisten al centro de salud por dos razones, por interés propio o por obligación impuesta por el programa Oportunidades. Una barrera que identifica (Paredes, 2012) se relaciona con la capacitación al personal de salud, o la falta de ella, en el tema de interculturalidad. Refieren los entrevistados de su trabajo, que más que una capacitación se les dio una larga plática sobre el tema, que poco hubo del trabajo concreto que realizarían ya en el hospital y que del material que les fue otorgado, recuerdan muy poco terminando el curso.

Un aprendizaje de esta experiencia se refiere entonces al mejoramiento de las capacitaciones al personal de salud, incluir ejercicios o dinámicas que puedan representar sucesos reales y entender las diferentes formas de atenderlos y solucionar conflictos.

27

Otra barrera que identifica Paredes es la percepción del personal de salud respecto a la cultura y los usos y costumbres de la población ya que suele ser negativa. Refieren a que se trata de algo perjudicial que es necesario cambiar y sin embargo deben tolerar para “no herir susceptibilidades”(Paredes, 2012).

La Casa Materna construida en el Hospital Básico de San Andrés Larráinzar tenía como objetivo inicial ser un espacio donde se implementaran las políticas institucionales de atención a la salud con un enfoque intercultural. Donde los médicos tradicionales pudieran atender y hubiera una afluencia importante de personas que atendieran sus diferentes malestares.

La casa Materna cuenta con una sala de recepción donde se encuentra un escritorio y sillas para los que esperan. También está una camilla donde puede reposar la embarazada o donde se le realizan chequeos.

Igualmente una bodega donde se almacenan medicamentos, medicinas tradicionales y materiales para curaciones. Tiene dos habitaciones con dos camas cada una para las embarazadas en trabajo de parto y las puerpéras en reposo. Un cuarto para rezos donde seguramente se encuentra un altar. Cuarto de Lavandería. Una habitación para las parteras o médicos tradicionales que se quedan de guardia. Cocina donde se encuentran muchos trastes de barro nuevos y sin curar (Paredes, 2012). Un temascal que tiene vestidos de mujeres y hombres, baños y una cocina pequeña.

“El temascal, un baño de vapor de origen pre-colombino; es muy utilizado en las zonas mayenses, siendo uno de sus múltiples usos, las terapias post-parto. Cuando el temascal es desarmable se construye con plásticos, cobijas, hojas u otros objetos. Cuando el temascal tiene una construcción formal, normalmente se utiliza adobe, cal y para tapar las aberturas, se utiliza tejidos o ponchos. Ambas construcciones tienen como característica una entrada pequeña (se entra a gatas), una abertura en la parte superior, además se der recintos relativamente pequeños” (Paredes, 2012).

Funciona poniendo un fuego interno que calienta las piedras que se pondrán al interior. Al apagar el fuego la entrada se cerrará con cobijas, se echará agua a las piedras que estará preparada con hierbas aromáticas y curativas y producirá vapor. En caso de parto entrará la mujer que acaba de parir y la partera, en otros casos entrará solo la mujer. Los temascales son de dimensiones reducidas, por lo que no entran muchas personas. Sin embargo, el temascal construido en San Andrés tiene grandes dimensiones, es muy alto y la abertura superior no puede ser tapada a menos que alguien trepe sobre la construcción.

Algunos problemas que encontraron para hacerla funcionar fueron:

- Falta de médicos tradicionales ya que no existe ningún tipo de incentivo para trabajar ahí.
- La gente suele acudir con terapeutas de su propia comunidad y no de otras.

Por ello la Casa Materna comenzó a funcionar para la atención del parto. Según Paredes, esta construcción carece de una investigación profunda de las tradiciones y solo es un “desperdicio de recursos”. Así pues es importante realizar diagnósticos para encontrar las necesidades de la población, pero también es importante tener un seguimiento y que los proyectos, además de llevarse a cabo, tengan permanencia en el tiempo.





PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO. LA MIRADA DE MÚLTIPLES ACTORES

El recorrido previamente realizado por algunas experiencias de adecuación intercultural de los servicios de salud, o de hospitales interculturales en América Latina y México, permitió ubicar las principales modificaciones realizadas en dichas experiencias, entre ellos, la creación de salas de parto tradicional al interior de las instancias hospitalarias; la incorporación de médicos tradicionales y curanderos en los servicios de salud o los mecanismos de coordinación entre personal de salud y terapeutas tradicionales.

Dicho recorrido permitió además identificar algunas de las principales dificultades encontradas en dichas experiencias, entre ellas la implementación de acciones sin consulta previa a la población, sin considerar las necesidades locales o el tipo de construcción requerida. Igualmente las dificultades enfrentadas cuando no existe la participación y el compromiso de todos los actores involucrados como son las comunidades, el Estado, el personal de salud. Todo ello ratifica la necesidad de contar con diagnósticos locales participativos previos a la implementación de cualquier propuesta de adecuación intercultural e invita a conocer los principales resultados emanados del mismo en el municipio de San Luis Acatlán, Guerrero, los cuales se presentan a continuación.

29

3.1 La mirada de las usuarias de los servicios de salud materna

El acercamiento con las usuarias de los servicios de salud se realizó durante los meses de octubre a noviembre mediante dos estrategias principales: la realización de una encuesta diagnóstica sobre prácticas reproductivas y de atención durante el embarazo y parto; así como entrevistas con algunas de ellas y observación de la dinámica hospitalaria durante el trabajo de parto. Se consideraron como usuarias mujeres en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años que hubieran tenido algún parto en los últimos dos años. Se incluyeron también ocho mujeres entre 50 y 60 años por su condición de familiar directo y acompañante de alguna gestante con experiencia de parto reciente. El mayor porcentaje de encuestadas estuvo en el rango de 20 a 40 años de edad.

Los casos se tratan de mujeres que se atendieron en Centros de Salud de sus comunidades, Hospital Básico Comunitario de San Luis Acatlán, la Casa de la Mujer Indígena (CAMI), y en algunos casos hubo traslados al Hospital de Ometepec debido a complicaciones con el parto. También se encontraron casos de mujeres que reportaron haberse atendido solas. Se realizaron en total 60 encuestas, seis entrevistas individuales y una entrevista grupal durante los recorridos en San Luis Acatlán.



Noventa por ciento de las encuestadas se identificaron como indígenas, distribuidas entre los pueblos mixteco y tlapaneco. Las comunidades donde se realizó esta primera parte de la encuesta fueron la cabecera municipal de San Luis Acatlán, Yoloxochitl, Buenavista, Jicamaltepéc, Pueblo Hidalgo, Potrerillo Cuapinole y Río Iguapa. El número de embarazos reportados por las encuestadas osciló entre uno y diez, ubicándose el promedio en 4.9 gestas y 4.3 hijos vivos por mujer. La mayoría no se encontraba embarazada al momento de la encuesta.

Un elemento importante a señalar como conclusión es constatar el fuerte pluralismo médico existente en la región (Berrío, 2013) así como los crecientes niveles de medicalización del proceso reproductivo pues más del 45% había tenido su último parto con un médico.



Respecto al lugar de atención utilizado en el último parto, estuvo distribuido entre centros de salud, hospital y comunidad.

Esta preferencia de las mujeres por atenderse con ambos sistemas de salud se evidencia desde el embarazo cuando las mujeres reportaron haber realizado una serie de prácticas de cuidado propias de ambos sistemas. Evidentemente quienes tuvieron su control prenatal con personal de salud son quienes más realizan acciones como ultrasonido, examen de sangre, monitoreo fetal, vacunas, entre otros. Las mujeres que optaron por atenderse con parteras reportan mayoritariamente acciones como masajes, acomodos del bebé o amarrar la cintura.



Acciones realizadas durante el embarazo	Personal de salud	Partera-promotora -médico	Partera	No precisó quien la atendió
Ácido fólico/vitaminas	26	11	1	1
Ultrasonido	25	8	1	0
Vacuna	19	8	1	0
Prueba de orina	16	5	0	1
Prueba de sangre	15	6	0	1
Monitoreo del corazón del bebe	14	8	0	1
Caminar regularmente	14	7	0	3
Medición del útero	14	7	0	1
Revisión de signos de alarma	13	7	0	1
Comer antojos	10	4	0	2
No cargar pesado	8	6	0	1
Tés de hierba	5	3	3	3
Amarrar la cintura	4	1	8	2
Revisión con la partera	4	9	5	1
Mantada o acomodo de bebe	1	8	2	0
Ninguno	0	0	4	0

Al agrupar las acciones realizadas independientemente de la persona que atendió el embarazo se observa que hay una gran predominancia de acciones de cuidado orientadas por el sector salud pues las tres mas reportadas por las mujeres fueron en su orden el consumo de ácido fólico, ultrasonido y vacunas.





Estos resultados dan cuenta de las prácticas de atención y cuidado a la salud realizadas por las mujeres durante el embarazo y parto evidenciando como ya se mencionó, una fuerte institucionalización de la atención pues un porcentaje importante de mujeres acude a sus controles prenatales y realiza las prácticas indicadas por el sector salud. La pregunta siguiente es cómo valoran las mujeres la calidad de ese servicio recibido y cuales procedimientos o prácticas identifican como elementos que dificultan su acceso, generan malestar o son susceptibles de ser mejorados. A continuación se presentan los principales resultados arrojados por las entrevistas y encuesta, respecto a las barreras identificadas por las usuarias.

1 VALORACION DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y PRINCIPALES BARRERAS IDENTIFICADAS

a) Espacios de atención y personal disponible:

32 Para las usuarias entrevistadas los espacios de atención del hospital son frecuentemente insuficientes, ya que no se cuenta con la capacidad o el espacio necesario para llevar a cabo el trabajo de parto. Las usuarias están acostumbradas a caminar mientras realizan el trabajo de parto y poder sentarse. La percepción sobre un espacio adecuado está relacionada con otros atributos como la intimidad. Una de las respuestas que más llama la atención es que al preguntar a las usuarias si había tenido intimidad durante el parto, el 88% de ellas manifestó que no. En el caso de quienes se atendieron con partera puede deberse a la presencia de más familiares como esposo o suegra; entre quienes optaron por parto en instituciones de salud las razones se deben a lo reducido del espacio físico, a la presencia de otras mujeres en labor similar sin ningún tipo de división del espacio o privacidad entre ellas.

Xóchitl, una mujer que en octubre de 2013 acababa de tener a su bebé en el hospital de San Luis comentó lo siguiente cuando se le preguntó si tenía un espacio adecuado en el hospital *“No; todas estábamos juntas. Sí había cortinas, pero estaban recorridas, nadie estaba tapada.”* (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años). En este comentario habla tanto del espacio disponible para cada usuaria, como de la atención, pues manifestó también no haber tenido una presencia constante de la enfermera quien las atendía y de inmediato retornaba a su escritorio.

El tema del espacio limitado en los hospitales también influye en el lugar donde las mujeres desarrollan su trabajo de parto pues mientras quienes se atendieron con partera manifestaron haberlo realizado en casa, aquellas cuyo parto fue hospitalario en muchas ocasiones debieron permanecer en el área de urgencias antes de ser ingresadas, algunas fueron enviadas a sus casas de regreso, otras acudieron a la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo y quienes tuvieron menor suerte debieron permanecer afuera del hospital hasta que su trabajo estuviera suficientemente avanzado.

b) Acompañamiento

Un elemento importante en la experiencia del trabajo de parto es el acompañamiento. 68% de las encuestadas, entre ellas el total de quienes tuvieron parto hospitalario, manifestaron no haber podido tener acompañamiento de algún familiar cercano o partera durante su trabajo de parto pues ello no está permitido en el hospital, sin embargo tradicionalmente se puede considerar el acompañamiento como parte del parto mismo.



Al preguntar a una usuaria cuyo parto fue atendido en el hospital durante el mes de noviembre si consideraba que se podía reorganizar el espacio para que las mujeres tuvieran mayor privacidad y/o acompañamiento durante el trabajo de parto, su respuesta fue la siguiente:

“Así como está, está bien pues. Nada más que creo que a propósito no recorrían las cortinas para que nadie se quejara de que por qué no dejaban entrar algún familiar. Yo digo que cerrando las cortinas de cada espacio que tienen en la cama, puede estar un familiar con ella acompañando. Nada más que ellos no lo hacían. Yo creo por lo mismo para no dejar pasar a nadie.” (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años)

En ese sentido una importante barrera de aceptabilidad de los servicios identificada por las usuarias es la imposibilidad de contar con acompañamiento durante el trabajo de parto, el cual es de vital importancia para una mujer en ese momento. Una de las usuarias entrevistadas, lo expresa de esta manera: *“se siente feo, pues. Estás sola, falta alguien que te da ánimo”*. (EU1. Usuaria del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán)



Citlalli, otra usuaria, comenta sobre el acompañamiento que

“No les dan el apoyo (el personal de salud) para realizar aquel trabajo para que la mujer pueda dar la luz. A veces, la dejan así, aunque ya vienen las contracciones, las dicen que se esperen. Eso fue el caso de mi prima. Se le murió el bebé, por lo mismo de que la enfermera le decía que le faltaba pero ella le decía, que ya venía. Le faltaba, le faltaba. Y ya después sintió que ya no se le movía el bebé adentro. Ella dijo que le pusieron tantas cosas que hasta morado se le puso el brazo. No sé qué tantas cosas me pusieron, pero yo ya no sentía si era yo, dice. Y si fue culpa tanto del doctor como de la enfermera”. (EU1. Usuaria del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán)

El acompañamiento es importante no sólo porque aumenta la confianza en las mujeres y les da más fuerza para realizar el trabajo de parto, sino porque permite un seguimiento integral del proceso. De esta forma, no sólo el médico o la enfermera tienen una noción del tiempo y el camino que ha recorrido el feto, sino que pueden estar al tanto de cada momento y ser parte del mismo proceso y del nacimiento. Acompañar pues, adquiere el significado de acompañar la vida, el alumbramiento. Se acompaña al niño en su nacimiento y a la madre a lograrlo.

34

c) Insuficiencia de personal:

La ausencia de personal suficiente también es señalada por las usuarias como una barrera de acceso: *“Aquí lo que faltan son doctores, a mí me faltó un médico cirujano que iba a hacer la cesárea que no estaba ese día, él si trabaja aquí, pero ese día cuando vine él no estaba, los doctores hacen falta doctores”.* (EU5. Usuaris del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán)

La usuaria entrevistada en la CAMI responde lo siguiente cuando se le pregunta sobre el parto con la partera: *“por lo menos ahí estaba mi mamá, estaba mi papá y toda la bola y me ayudaban pero allá solita en el hospital ¿cómo?, adentro, de él sí porque de él me alivié rapidito andaba haciendo quehacer y de repente me agarró”.* (EU3. Usuaria de la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo)

Es por ello, que la falta de atención durante el trabajo de parto por parte del personal de salud se considera como una barrera de acceso. Además la falta de atención está directamente asociada a la calidad. En varias ocasiones, las usuarias se refieren al personal de salud mencionando que *“ellos están para dar un servicio”* y deben cuidar tener vocación ya que se trata

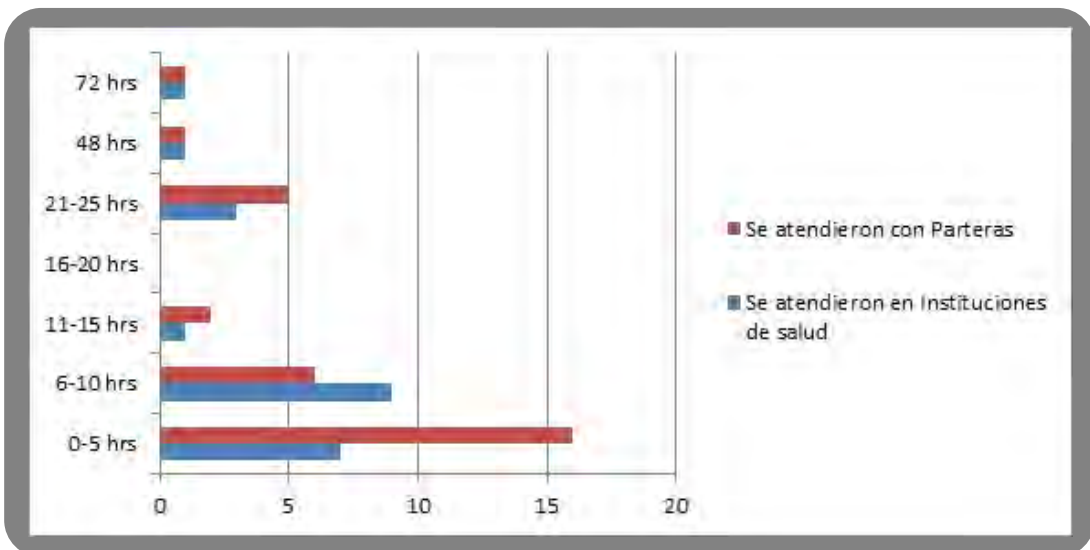


de vidas humanas. La calidad que se refiere tanto a aspectos técnicos como interpersonales asociados a la atención, incluye que ésta sea adecuada, técnicamente bien hecha, con calidez y respeto. Se incluye entonces el tipo de trato recibido. La usuaria mixteca de los servicios hospitalarios, que hablaba antes de las camas en el hospital separadas por una cortina, refiere lo siguiente respecto a la enfermera: “Y ya se iba hacia donde estaba su escritorio y ya no pasaba para acá.”(EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años).

Otra usuaria entrevistada comenta lo siguiente “la doctora, una chaparrita, ella estaba viendo películas en la computadora y no me hacía caso cuando yo tenía dolores”.(EU5. Usuaris del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán).

El **tiempo** resulta un factor importante en la atención, pues influye en la calidad de trato que recibe la mujer embarazada: “en la casa pues me acuesto, me siento y así, pero en el hospital no. tiene que una estar sentada o parada esperando a ver a qué horas la atienden.” (EU3. Usuaris de la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo).

Por ejemplo, al analizar las horas de trabajo de parto que reportan las usuarias, vemos que hay una mayor cantidad de mujeres que se alivian durante las primeras cinco horas del trabajo de parto con las parteras y una mayor incidencia en las segundas cinco horas en la atención de instituciones de salud. Esta diferencia la podemos relacionar con la atención que se brinda durante este periodo pues el tiempo de espera para ser atendidas suele ser mayor en las instituciones de salud que con las parteras, donde la atención es más personalizada y el nivel de estrés, que inhibe o retrasa la labor de parto se reduce.





Sobre el mismo caso, la usuaria de 22 años sigue platicando y podemos enunciar otros problemas que resultan derivados de una atención deficiente. Uno de ellos y haciendo referencia a lo antes mencionado, es sobre el tiempo: *“Por la mañana se la llevaron a San Luis. Y ahí la tuvieron esperando en la camilla tantas horas, fue como a las 5 de la tarde que ya le avisaron a los familiares. Porque estaba su papá, la hermana, las avisaron que había muerto el bebé”.* (EU2. Usuaria, 22 años)

Se visualiza entonces, una falta de calidad en la atención o a la capacidad y disposición del

“Ahí estuve desde las dos de la mañana hasta las 8.30, fue a las 8.45 cuando el bebé nació. Y me revisaban, me decían que tenía ocho de dilatación y que todavía faltaba hasta las 10. Pero yo ya sentía que el bebé ya venía. Y el doctor me decía: “No se queje porque así el bebé no va bajar.” Y este no pude no dar fuerza. Y ya se iba y al ratito, ya venía otra vez. Y como me veía haciendo fuerza me decía: “No, no haga fuerza. No haga fuerza, porque se va lastimar el bebé o con ese no va bajar el bebé.” Pero él se contradecía, porque primero me decía: “haga fuerza” y después me decía: “No, no haga fuerza”. Y me revisaba y después me decía que todavía me faltaba. Y como yo le decía que ya no aguantaba porque el bebé ya venía. Mejor me ignoraba, se iba. Y como habíamos varias embarazadas ahí en esa sala.” (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años)

36

Atender varios partos al mismo tiempo u otras situaciones de urgencia que llegan al hospital, impiden llevar a cabo una atención integral del parto. Por otro lado, está identificada también grandes barreras en cuanto la atención y la actitud del personal de salud, que pueden estar asociada a la falta de respeto hacia la cultura y las costumbres de las usuarias.

“...la doctora que me atendió primero fue amable en todo momento, cuando me pasaron para la sala para que ya espere que nazca el bebé, el doctor que me atendió ahí, yo sentí que era prepotente pues porque querían que se hicieran las cosas a su manera. Cuando él no sabía el dolor que una mujer, que yo estaba sintiendo. Le decía que ya no aguantaba y él se molestaba. Del doctor yo sentí, que era un poco... mmm... comandante.” (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años)



La falta de confianza en el hospital, también tiene que ver con experiencias pasadas. Refiere una usuaria que fue entrevistada en la Casa de la Mujer Indígena el 6 de noviembre de 2013.

“yo tuve que ir a ver a mi hermana para ver qué atención le dieron en el hospital le digo, por lo menos para ver si ya cambió pues, porque ya tiene muchos años que no tengo, ahora dice mi hermana si me alivié sola, dice no, no vayas ahí, mejor yo siempre he ido con partera nomás que se murió la que me atendía y me dijo la doctora vete ahí en el hospital te van a atender bien nomás... y le dije no, ya no me voy a arriesgar, ya no”. (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años).

Otras barreras que se identifican tienen que ver con, con la **aplicación sin consulta del dispositivo intrauterino (DIU) y con algunas prácticas como realizaciones excesivas de tactos o limpieza de cavidad uterina postparto** que resultan extremadamente dolorosas e incómodas para las usuarias.

Sobre la aplicación del dispositivo (DIU) la cuarta parte (24%) de quienes habían tenido un parto hospitalario manifestaron haberse sentido presionadas durante el trabajo de parto para utilizar un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico. Las usuarias reportan en general que este proceso se realiza sin su consentimiento real o con poca información y tiempo de poder tomar la decisión. En algunos casos, a pesar de haber dicho que no al dispositivo, las enfermeras de todas formas se los colocaron. En otras ocasiones, ellas prefieren consultar con su esposo antes de tomar la decisión, pero también sobre ellos hay una fuerte presión para aceptar. Esta usuaria se refiere a que algunos años atrás después de atender su parto en el hospital, le pusieron el dispositivo sin su consentimiento y se dio cuenta tiempo después porque le lastimaba.

37

“Sí me lo pusieron ellas a fuerzas, o sea, mi esposo nunca le dije ya le dije después porque me lastimaba y me dijo pues para qué te pusiste eso, si no querías tener me hubieras dicho para que te operen de una vez, pero eso dice, yo sé que no. Bueno ni modo le digo, ya lo tengo y después fui para que me lo quitaran y no querían y cinco años me hicieron que cargara.” (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años).

Después de haberse operado para sacar el dispositivo, la usuaria pudo embarazarse de nuevo.

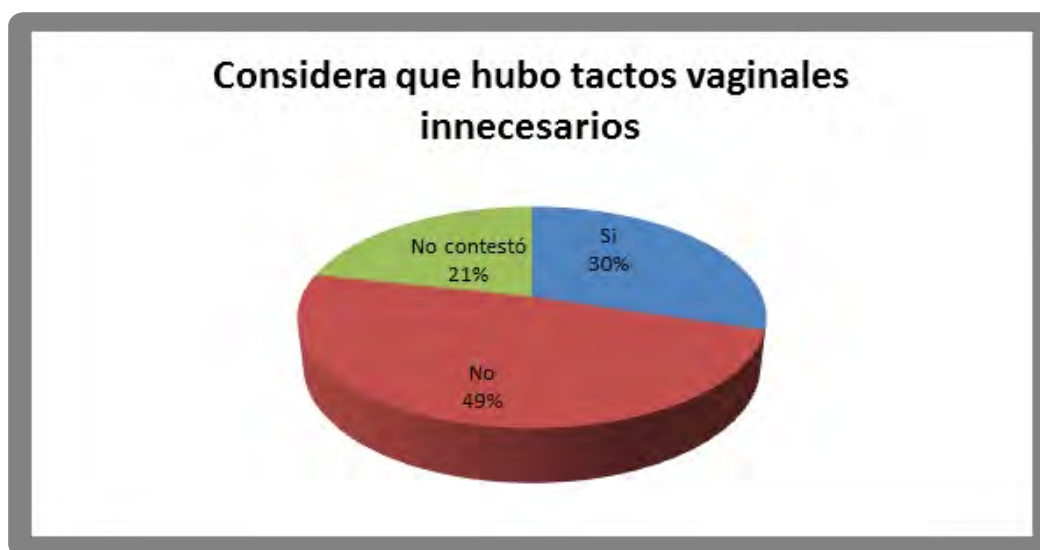
Por otro lado, las usuarias reportan que las enfermeras ejercen presión para poner el dispositivo, por lo que no se puede considerar como una respuesta positiva o como un permiso real por parte de las usuarias para colocarlo, y las enfermeras utilizan recursos muchas veces hasta antiéticos.

“Y me decía la enfermera que me decidiera si quería si pues, para que me lo pusieron. Porque si quería sentir... dice que te está doliendo, verdad, le digo, pues si me está doliendo, dice entonces si no quieres volver a sentir ese dolor, ponte el dispositivo... y escuché que igual le decían a otra que se iba a aliviar. Casi la estaban obligando que dijera que si ya tienes más tres hijos y no te quieres poner el dispositivo. Dice, después vas a volver a sentir ese dolor. Tienes que ponértelo. Yo le dije, que no lo quería”. (EU4. Usuaría mixteca de servicios hospitalarios, 21 años)

La otra estrategia que se utiliza y que puede considerarse como una violación a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer es simplemente colocarlo sin información ni consentimiento, *“Porque en el momento en que me alivié me lo pusieron. En el momento del parto”*. (EU3. Usuaría de la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo). Las entrevistas señalan que a las mujeres les disgusta que no se tome en cuenta su opinión y no se les deje consultar con su marido. Varias de sus propuestas van en el sentido de reducir la presión durante el trabajo de parto, para la utilización de métodos anticonceptivos post evento obstétrico. De hecho el consentimiento informado es uno de los requisitos centrales asociados a la oferta y uso de anticonceptivos

38

Existen también una serie de prácticas que las usuarias han reportado como dolorosas, muchas veces incluso más que el parto. Los tactos vaginales frecuentes para medir el avance del trabajo de parto son una de ellas. El 30% de quienes tuvieron atención hospitalaria considera que hubo muchos tactos vaginales o que algunos fueron innecesarios.





Una usuaria lo relata así:

“Pues, introdujeron su dedo pues y me daban vueltas así. Me lastimaban más que nada, para que la dilatación aumentara, para que luego me pasaran a la sala de expulsión”. (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años) .

Este procedimiento de tactos sólo fue reportado por una de las mujeres atendidas con partera y es una de las razones esgrimidas por quienes manifestaron preferir la atención con dichas curadoras pues no realizaban tactos vaginales ni cortes (episiotomía). Otro maniobra que ya no es aconsejada por la literatura especializada sobre el tema es la maniobra de Kristeller, reportada por las usuarias como empujar su barriga durante el parto:

“Pero ya en unos de los dolores que me vino, no me di cuenta como se acercó y me machucó la barriga. Me machucó la barriga. Ya salió el bebé. Y de hecho yo grité porque me dolía mucho cuando me machucó la barriga. Como nació el bebé, ya estaba moradito y con una bolita aquí en la cabeza”.(EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años) .

La revisión de cavidad uterina para verificar que no queden restos placentarios es el procedimiento que mayor dolor causa a las mujeres, y sabemos de antemano que las parteras conocen técnicas naturales para promover su salida después de la expulsión y verificar que esté completa. Prácticamente a la mitad de las mujeres cuyo parto ocurrió en una instancia de salud se le practicó dicho procedimiento.





Una mujer cuyo parto fue atendido en 2013 relata así su experiencia:

“A mí me dijeron que me iban a hacer la limpieza pues. La placenta no quería caer. No sé por qué me ponían el suero, yo me imagino que era para que cayera la placenta. Pero no quería caer así que el doctor me dijo que respirar como si estuviera cansada, porque me iba limpiar la placenta. Es cuando me metió la mano adentro para sacarme la placenta. Me la sacó y ya de ahí la volvió a meter otra vez para que sacara la sangre que había, para que no se queden restos. Me dolió más de que cuando salió el bebé. Y ya después me empezó a coser. Me cosió y en esto me lavaron con agua”. (EU4. Usuaria mixteca de servicios hospitalarios, 21 años).

Difícilmente a las usuarias les es permitido elegir la posición del parto. En el Hospital, se les atiende acostadas sobre la camilla y en posición ginecológica. Las parteras regularmente piden a la mujer que hincque para dar a luz, esto por un lado facilita el trayecto del bebé y resulta también mucho más cómodo para las madres.

40

“¿Lo tuviste acostada verdad?”

N.: Sí acostada.

A.: No pudiste elegir otra posición.

N.: No”. (EU5. Usuarias del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán).

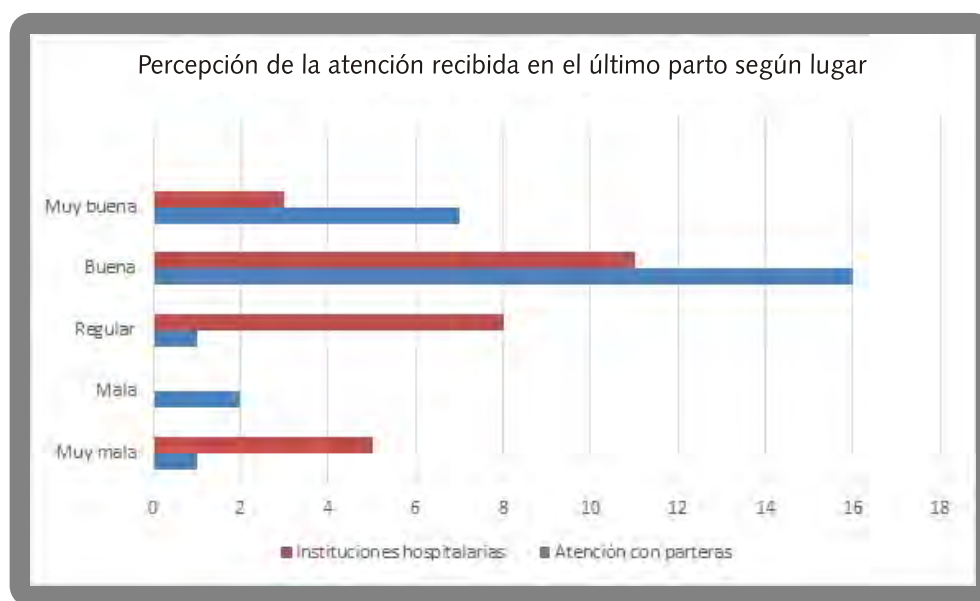
En cuanto a la **accesibilidad** se incluye que además de estar disponibles los servicios sea posible acceder a ellos, se consideran por tanto costos, caminos, tiempos, etc. En general las mujeres no se refirieron a este apartado y pareciera que el tema de la accesibilidad está teniendo mejorías, al menos para quienes son parte del municipio de San Luis Acatlán, especialmente de las comunidades cercanas como Yoloxochitl, Cuanacuaxtitlán, Pueblo Hidalgo entre otras. Sin embargo, quienes proceden de comunidades más alejadas en la montaña enfrentan mayores dificultades para llegar y encuentran en la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo un espacio para realizar su trabajo de parto, esperar el momento del mismo sin regresar a sus comunidades o reposar después del parto.

Cuando un parto es complicado, se hace una transferencia a un Hospital con mayor capacidad de atención como el Hospital de Ometepec. Que las usuarias tengan acceso a la atención en el Hospital depende de si han tenido seguimiento en éste, como controles prenatales y revisiones.

“Ya en la hora del parto, pues si la partera ve que viene como sentado, en otras posiciones, que se movió en ese instante que no la estuvo revisando, van al hospital o a un centro de salud, y en el centro de salud a veces se extiende un pase para poder entrar al hospital. O van ya de urgencias, pero es cuando ya no las atienden en el hospital. El pase es como que, le abre la puerta ya, rápido se atiende. Pero ya sin pase, no es atendida. Sino espérate hasta que pasan los demás, porque están ocupados los otros”. (EU2 Usuaría, 22 años) .

Sin embargo no todas tienen acceso a esta información. Cuando se le pregunta a una usuaria si todas las mujeres saben sobre el pase, esto es lo que contesta “No, no saben: las que han estado viendo a sus citas sí, las que no van a citas y solamente están con la partera, no lo saben. Ya en urgencias, es como ya rápido vámonos. Pasan al centro de salud. Pero como en el centro de salud no llevaron un seguimiento de su chequeo, como que eso no les permite tener papel como pase”.(EU2 Usuaría, 22 años) .

Para concluir el apartado de valoración de los servicios recibidos es necesario mencionar que al preguntar a las mujeres cómo consideraban la atención recibida durante el último parto, la mayoría de ellas la catalogó como buena. Se observan diferencias importantes en la valoración que hacen diferenciada según el lugar de atención pues el mayor porcentaje de quienes consideran que la atención fue regular o muy mala se refieren a las instituciones de salud.





En general, las usuarias refieren una buena atención del hospital y reconocen en dicho espacio la posibilidad de resolver complicaciones, de hecho la seguridad en ese sentido es una de las razones señaladas por quienes decidieron atender su último parto en el hospital. Sin embargo también contemplan algunos elementos a mejorar por parte del sector salud, especialmente en relación con lo que consideran una falta de respeto a las costumbres indígenas o situaciones de discriminación manifestadas en una mala actitud de los prestadores de servicios.

Esto genera que quienes tienen mayores posibilidades económicas busquen atención en otros espacios:

“No, mala pues, muy mala (la atención). Pues si porque estuvo en riesgo mi vida y la de mi niño por eso ahorita no ya no me voy a atender ahí, yo no sé qué voy a hacer para buscar dinero, voy a ir con un particular ya me dijeron. Digo, con un particular o con una partera pero que yo voy saber que hay gente pues”. (EU3. Usuaría de la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo).

42

En cuanto a las parteras, las mujeres tienen una buena referencia debido a que se tiene mayor comunicación y confianza, sin embargo algunas usuarias reportan tener más confiabilidad en el servicio del hospital respecto a las parteras debido a su mayor capacidad técnica de resolver posibles complicaciones.

Es importante señalar que la valoración realizada por las mujeres respecto a la atención recibida, está mediada en parte, por el resultado final del evento obstétrico. Si este es satisfactorio las mujeres en general tienden a considerar que la atención fue adecuada. Igualmente, hay una naturalización de procedimientos que generan molestia o incomodidad pero se asume que es “lo normal” cuando se opta por un determinado sistema de atención.



El parto en posición acostada.



2. PRACTICAS DE ATENCION UTILIZADAS POR LAS MUJERES Y LOS CURADORES


En este apartado se enuncian algunas prácticas como la posición del parto y los cuidados alimentarios que tradicionalmente se realizan. Para esta usuaria la mejor posición es la hincada pues así lo hacía su madre y ha heredado esa información.

“Mi mamá siempre lo ha hecho hincada, teniendo la fuerza y el apoyo de mi papá, igual que el apoyo de las parteras. También en esa parte, las cosas deben de ser calientes, en su conservación para que el cuerpo de la mujer se recupere de esos energías o fuerzas que hizo durante el trabajo del parto, Como los tés calientes, o taparse bien todo el cuerpo para que se conserve el calor”. (EU2. Usuaria, 22 años)

La posición del parto como se ha mencionado antes, es importante para la expulsión, permite al bebé salir y a la madre mayor comodidad para dar a luz. Para algunas, es importante la posición vertical como símbolo de entregar el bebé a la tierra. Elegir libremente la posición da a la mujer la posibilidad de tomar fuerza para culminar el parto, favorecer la expulsión y reduce tanto el tiempo como el dolor que puede ser mayor si se está en una posición incómoda. Sin embargo, en el hospital muy pocas veces permiten a las mujeres elegir su posición de parto. Las posiciones más recurrentes son en cuclillas o hincadas, de esta forma la mujer toma fuerza sostenida de la Tierra y el bebé tiene mayor facilidad para ser expulsado. También es importante el sostén que brindan las personas que están alrededor de la embarazada, por lo general la partera, la madre, la suegra y el esposo.

Otras acciones que realizan las usuarias se refieren a la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto y el posparto. En el primer caso, se ingieren bebidas calientes como té de manzanilla y hierbabuena para acelerar el parto y tomar fuerza. Una vez nacido el bebé, también se debe ingerir alimentos y bebidas calientes. A esta usuaria su madre y las parteras le han enseñado que *“después del parto, las cosas deben de ser calientes para que se recuperan las energías que hizo durante el trabajo de parto”*. (EU2 Usuaria, 22 años). La usuaria entrevistada en la CAMI dice lo siguiente *“yo nomás estoy cuidando mi alimentación y... lo que más como es pura fruta y verduras...”*. (EU3. Usuaria de la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo).

La alimentación es importante, el bebé está adquiriendo nutrientes durante nueve meses y estos deben ser en lo posible orgánicos. Pensando en la dualidad de frío y caliente con que los curanderos tradicionales asocian el cuerpo, es importante que la mujer tome alimentos calientes durante el embarazo; si el bebé tiene mucha actividad y está muy caliente, entonces es posible que se antojen alimentos y bebidas frías, en este caso, la madre deberá consumirlas.



Durante el Taller de Ometepec, las usuarias hablaron de que la embarazada debe comer todos los antojos que tenga, esto es bueno para ella y para el bebé ya que “es el bebé el que lo está pidiendo”.

DESPUÉS DEL PARTO LAS PARTERAS Y PROMOTORAS RECOMIENDAN A LA MUJER:

Prácticas de atención recomendadas por las parteras durante el puerperio

- *Guardar reposo y bañarla a las cuatro horas después del parto.*
- *Darle de comer caldo de gallina de rancho.*
- *Después del parto bañarse en temazcal con baño de hierba durante 15 días.*
- *Amarrarse la cintura para que no se suba el latido*
- *Vigilar su cuarentena*
- *Oler, si huele mal darles hierba para la infección (yerba santa, hoja de aguacate, manzanilla, yerbabuena, canela, raíz de rayan, raíz de cayanqui).*
- *No tener relaciones sexuales.*
- *Que tome atole.*
- *Que tome chocolate con pan.*
- *Comer caldos.*
- *Chipiles, quelite (las amuzgas no la recomiendan por ser fría).*
- *No se recomienda comer leche, ni huevo, ni frijol hasta que acabe su cuarentena.*
- *Amuzgas: no debe comer quelite, sandía, coco, aguacate, cacahuete, semillas de calabaza, carne de marrano, leche, huevo, frijol.*
- *Si se puede: huevo hervido, caldo de pollo, caldo de pescado, cangrejo,*
- *Mixtecas: no puedes comer queso fresco, debe ser asado. Tampoco caldo de pescado, debe ser solo fresco, carne de marrano, leche, todo eso choquía, cebolla. Tortilla debe ser tostada, naranja, limón, tamarindo, papaya, bebida fría, mango verde, piña.*
- *Que repose al menos 24 horas en el hospital antes de salir si es parto normal. Para cesárea mínimo 72 horas.*
- *La amarrada de la cabeza es opcional.*



Además de este tipo de alimentación, las usuarias tienen otras prácticas como el amarrar la cintura:

“explican las parteras que amarrando la cintura, el bebé sale más chiquito y entonces por eso no tienen tantos problemas para nacer y además no se tiene que hacer el corte, ya no está sufriendo tanto la mujer, pero eso se está perdiendo un poco, sí, esas costumbres”. (EU5. Usuarias del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán)

Las acciones tradicionales que más se realizan entre las usuarias se muestran en la gráfica siguiente. Observamos que el movimiento es importante, pues se recomienda caminar durante el embarazo igual que se recomienda durante el trabajo de parto. Revisarse regularmente con la partera, comer antojos y no cargar objetos pesados ni realizar trabajos de excesivo esfuerzo físico es también importante para cuidar del embarazo y evitar complicaciones durante el parto.

Principales practicas y recomendaciones realizadas por las parteras tradicionales.



Mantear y acomodar al bebé es de las prácticas más comunes entre las usuarias y las parteras, esta se realiza durante las revisiones que las mujeres se hacen en el embarazo. La partera, va masajeando y moviendo el vientre para que el bebé vaya tomando una postura correcta para el nacimiento. La mujer regresa cada 15 o 20 días para el acomodo, que también se realiza con una manta que se pone sobre el vientre y se mueve de un lado a otro para tener el efecto del acomodo. Muchas cesáreas y complicaciones del embarazo por la postura del bebé pueden reducirse mediante esta técnica.



Después del parto, las parteras acostumbran a bañar a la mujer con agua tibia y plantas medicinales. Esto limpia los restos que pudiera dejar el parto y ayuda a calmar los músculos y a que vayan regresando a su estado original, en algunas comunidades mixtecas se acostumbraba el uso del temazcal durante varios días en el puerperio. Igualmente se acostumbra en la región amarrar la cabeza con un trapo (preferiblemente rojo) para evitar enfriamientos y dolores de cabeza post parto

3. INTERCULTURALIDAD

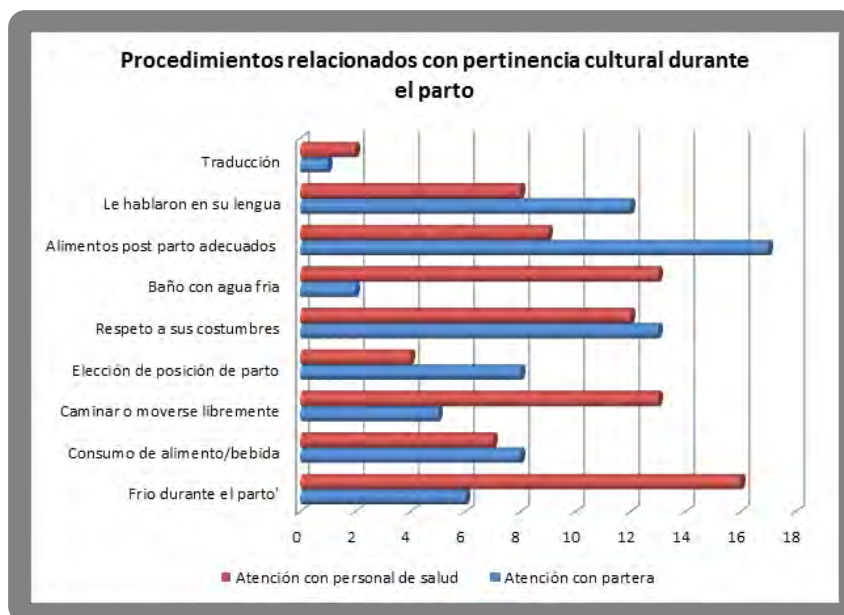
46

Cuando hablamos de pertinencia cultural de los servicios nos referimos a que estos cumplen con los criterios de aceptabilidad y responden a las características, necesidades y aspiraciones de las y los usuarios. Por lo tanto la pertinencia cultural de los servicios siempre está culturalmente situada y exige procesos permanentes de consulta y participación de la ciudadanía en el diseño de la política pública y los servicios de salud. La aceptabilidad, es sólo una parte de la interculturalidad y busca realizar ciertas modificaciones en las instancias de salud para brindar un servicio culturalmente pertinente, más cercano a las y los usuarios, reconociendo sus saberes y prácticas propias; al mismo tiempo generando las condiciones para que puedan desarrollarlos.

Para las usuarias es importante que se respeten sus tradiciones, que se puedan comunicar en su lengua para una mayor comprensión de los procedimientos. Sin embargo la encuesta mostró que hay una serie de elementos prácticos y rituales durante el parto y el puerperio que son vitales para las mujeres indígenas de la región pero a pesar de ello no son permitidos, promovidos o realizados al interior de las instituciones de salud. Algunos de los más importantes se refieren a la posibilidad de elegir la posición durante el parto, de consumir agua, alimentos o tés medicinales que ayuden en el trabajo de parto, a que se hable en la lengua de las personas y se respete su cultura; a tener alimentos considerados culturalmente adecuados durante el puerperio, así como baños de agua tibia de acuerdo a su cosmovisión. En relación a estas prácticas tradicionales y las posibilidades de desarrollarlas durante el parto encontramos significativas diferencias entre quienes optaron por atención hospitalaria y quienes se inclinaron por atención tradicional con parteras.

Taller sobre enfermedades de transmisión sexual





En el cuadro siguiente se pueden observar con detalle las respuestas a cada ítem.

Procedimientos relacionados con elementos del orden cultural	Atención tradicional con partera en casa o CAMI			Atención institucional en hospital o centro de salud.		
	SI	NO	NR	SI	NO	NR
¿Sintió frío durante el parto?	6	11	1	16	12	9
¿Permitieron tomar algún alimento/bebida?	8	9	1	7	23	7
¿Le permitieron caminar o moverse libremente?	5	12	1	13	16	8
¿Le permitieron elegir su posición de parto?	8	9	1	4	23	10
¿Respetaron sus costumbres?	13	4	1	12	17	8
¿Le hablaron en su lengua?	12	5	1	8	19	10
Si no habla español, ¿alguien le tradujo?	1	14	3	2	16	19
¿El agua del baño posterior al parto estaba fría?	2	15	1	13	14	10
Los alimentos después del parto, fueron adecuados a sus costumbres?	17	1	0	9	16	12



Para una usuaria la adecuación intercultural *“Sería que en el centro de salud, estuviera también la atención de la partera, tanto del doctor y también una partera. Como básico. Ahorita no hay”*.(EU2. Usuaria, 22 años). También es importante que la mujer pueda elegir la posición en la que quiere que se atienda su parto *“Si es con el acuerdo de la mujer, si lo va tener en parto natural. Que pueda tomar su elección. Ya sería con la parteras, que estuviera ahí también el cuarto de atención”*.(EU2. Usuaria, 22 años).

Teniendo a la partera dentro de la sala de parto *“pues como que cambiarían una parte de cómo atienden a las pacientes. La forma de cómo las tratan, de cómo las discriminan o decirles, como viene así, no la vamos a atender rápido”*. (EU2. Usuaria, 22 años). Es importante pues la participación de las parteras como un elemento de confianza de las usuarias y como representante de las mismas tradiciones.

48

4. VINCULACIÓN CON OTROS ACTORES

Es indiscutible que en el proceso de atención asociado al embarazo, parto y puerperio intervienen múltiples actores. Las mujeres y sus familiares circulan entre los diversos sistemas de salud en búsqueda de formas de atención que consideran complementarios.

A pesar de ello la relación entre estos actores llámense parteras, médicos, enfermeras e instituciones como los centros de salud, hospital o casa de la mujer indígena, no siempre son fáciles o tienen un nivel de coordinación deseable. Nos referimos con mayor detalle a esto en los próximos apartados.

A continuación presentamos algunos testimonios de las usuarias que deciden atenderse con los dos servidores, así como la percepción que tienen sobre ellos.

A Citlalli, le preguntamos con quién iban más las mujeres a atenderse el parto y a realizarse las revisiones durante el embarazo.

“Más van con participación de las parteras. Pues se van a su cita con la partera o ella va a su casa. Y también van a sus citas de chequeo en el centro de salud. Ya en la hora del parto, pues si la partera ve que viene como sentado, en otras posiciones, que movió en ese instante que no la estuvo revisando, van al hospital o a un centro de salud, y en el centro de salud a veces se extiende un pase para poder entrar al hospital.” (EU2. Usuaria, 22 años).



Es decir, que las usuarias van con la partera a que se le acomode el bebé, a las revisiones. Si notan alguna complicación entonces acuden al hospital para tratarse y hacerse otro tipo de exámenes. Por ejemplo el Ultrasonido.

En el caso de la usuaria mixteca de servicios hospitalarios sucede lo contrario, ella fue primero al hospital a hacerse las revisiones y el ultrasonido, después que vio que el bebé venía atravesado, acudió con la partera para el acomodo.

“¿Y habían detectado en el ultrasonido que el bebé venía atravesado?”

X.: Si, pero no me habían dicho nada. Me habían dicho que iban a esperar a ver si se acomoda el bebé. Pero digo, antes de que digan que va ser una cesárea, yo fui a que me lo acomodan. Y ya vinimos a un taller aquí y aquí aproveché. Me la acomodó doña Alfonsina”. (EU4 Usuaría mixteca de servicios hospitalarios, 21 años).

Algunas también prefieren la atención hospitalaria que la de las parteras. *“Pues yo tengo más miedo con las parteras, como no son tan efectivas pues, a veces no tan capacitadas, allá en México ya las están capacitando, pero apenas, tenía miedito con las parteras, por eso no me decidí”. (EU5 Usuarías del Hospital Básico Comunitario San Luis Acatlán)*

49

CONCLUSIONES

A partir del diagnóstico realizado es evidente la existencia de un fuerte pluralismo médico en la región pues las mujeres utilizan ambos sistemas de salud de manera complementaria; atendiendo su embarazo con personal de salud mediante controles prenatales pero incorporando prácticas tradicionales como la sobada, el acomodo de bebé, entre otros. Es posible también que las mujeres acudan durante su gestación con uno de los dos curadores pero al momento del parto decida atenderse con otro.

Por otro lado, suelen utilizar métodos de cuidados y revisiones en ambos espacios, por un lado ir con la partera a realizarse manteado o chequeo y también asistir al hospital a realizarse un ultrasonido o chequeo del corazón del bebé. Combinar actividades da a las mujeres mayor confianza y certeza de atención sobre su embarazo y su parto.

Muchas usuarias asisten al hospital a atender su parto por tener mayor confianza dicha institución en caso de alguna complicación, sin embargo los testimonios que hemos recogido dan cuenta también de que califican la atención como deficiente principalmente por causas de discriminación y malos tratos.



Es importante para ellas que el centro de salud y los hospitales brinden una atención mucho más amable y de respeto como usuarias del servicio. Señalan de manera reiterada la necesidad de eliminar el maltrato por su condición de indígenas y garantizar el respeto permanente del personal en tanto son vidas humanas las que están en juego diariamente en los servicios de salud. Implementar una sala de partos tradicional en el hospital permitiría a las mujeres que ya no van con parteras acercarse nuevamente a ellas; a las mujeres que ya van con parteras pero se atienden el parto en el hospital, tener esa posibilidad de decidir mejor sobre su parto; y a las mujeres que se atienden con parteras acercarse un poco más al servicio hospitalario.

5. PROPUESTAS

50

Las propuestas de las usuarias para mejorar la atención y el servicio del parto hospitalario contemplan diferentes aspectos que fuimos recogiendo en las entrevistas, encuestas y plasmamos en este documento. Se centraron en el mejoramiento de la calidad de atención recibida por parte del personal de salud, y en prácticas hospitalarias que ellas consideran inadecuadas o molestas.

Atención adecuada:

- Permitir el acompañamiento de familiares, especialmente esposo o papás durante el trabajo de parto y parto.
- Eliminar la presión realizada a las mujeres durante el trabajo de parto para usar anticonceptivos. No presionarlas para utilizar dispositivo.
- Eliminar los regaños y malos tratos por parte del personal de salud.
- Brindar un mejor trato a las usuarias.
- Brindar mayor apoyo a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Prácticas hospitalarias:

- Eliminar los cortes durante el parto y la operación vaginal (episiotomía).
- Eliminar el lavado del útero (revisión de cavidad uterina)
- Eliminar el baño con agua fría posterior al parto.
- Garantizar mayor privacidad de las gestantes durante el trabajo de parto y parto “que no vieran los otros como me atendían”.
- Proveer de alimentos acordes a las características culturales de las usuarias, priorizando los considerados calientes y eliminar los alimentos fríos que no son consumidos por las mujeres durante esta etapa (frijol, frutas ácidas y frías como limón, naranja, sandía, coco, melón entre otras; carne de cerdo y res, queso fresco).

3.2 Parteras y promotoras comunitarias de salud sexual y reproductiva.

Este apartado explora las aportaciones que hacen, tanto; parteras como promotoras comunitarias de los servicios de salud gubernamentales en Ometepec y San Luis Acatlán Guerrero y construir así, nuevos esquemas de atención humanizada.

Para ello se realizaron quince entrevistas tanto a parteras como promotoras mixtecas y tlapanecas; de las cuales, seis entrevistas son de parteras (cinco mujeres y un hombre) y nueve de promotoras (siete mujeres y dos hombres). A su vez se llevaron a cabo dos talleres que tuvieron lugar en: Ometepec y San Luis Acatlán Guerrero (cada uno), con el título de: **Diagnóstico de necesidades de adecuación de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero**, y cuya finalidad fue: identificar las necesidades y propuestas de: promotoras y parteras comunitarias en salud, para la adecuación cultural de los servicios de salud materna. Pero, antes de comenzar con las aportaciones es importante conocer: quiénes son las parteras (os) y promotoras (es) comunitarias, qué labor realizan y por qué son importantes sus contribuciones.



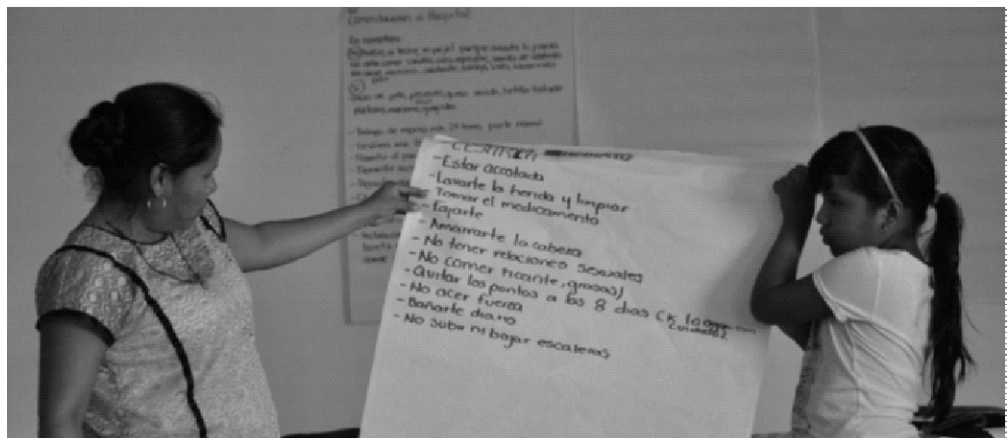
Discusión del grupo de parteras sobre: las recomendaciones durante el embarazo, Ometepec

Medición del útero para detectar meses de gesta entre integrantes de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI).





*Retroalimentación
de las propuestas por actor,
San Luis Acatlán*



*Exposición
de cuidados después
de una cesárea, Ometepec.*

Las promotoras (es) y parteras (es) son mujeres y hombres indígenas de Guerrero (en su mayoría tlapanecas y mixtecas); vinculadas con la Organización No Gubernamental (ONG) Kinal Antzetik Guerrero A.C. e integrantes de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) del municipio de San Luis Acatlán. Su labor es la de transmitir conocimientos en temas de salud sexual y reproductiva a las comunidades; y a su vez nutrir a la Red de Promotoras (es) y Parteras (es) para generar procesos organizativos comunitarios orientados a la promoción y atención de la salud materna. La partera y promotora son figuras que se complementan a la hora de accionar dentro de las comunidades; ya que ambas desarrollan el proceso de acompañamiento con mujeres indígenas embarazadas para prevenir riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

La red de promotoras y parteras de Kinal Antzetik Guerrero está integrada por diversos pueblos indígenas de la región de la Costa Chica de Guerrero, básicamente de los municipios de Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Ometepec, Igualapa, San Luis Acatlán, Malinaltepec, Buena Vista, Jicamaltepec, Rio Iguapa, entre otros.



Desde sus inicios, el trabajo de la red de promotoras y parteras de Guerrero han ido creciendo y a la par sus números de atención, los cuales se traducen en una disminución de las problemáticas presentadas por las mujeres en edad reproductiva, la siguiente grafica muestra los números de mujeres atendidas por dicha red en los últimos años.

Año	Red de parteras y promotoras	Mujeres beneficiadas
2007	35	401
2008	55	516
2009	60	647
2010	63	632

Fuente: <http://imadgvo.blogspot.com>

Las promotoras y parteras comunitarias cumplen dos funciones esenciales: una es social y la otra médica; elementos dinámicos que conjuntamente coordinados propician la reflexión de las condiciones de vida de la comunidades indígenas por medio de una comunicación dialógica y crítica entre los diferentes actores, y que conlleva a la promoción y atención oportuna del proceso salud/enfermedad/atención de manera informada. Es por ello que sus voces son importantes dentro de este documento; ya que recuperar sus historias nos acercan a construir mejores y mayores soluciones que se enfrentan las mujeres embarazadas en San Luis Acatlán Guerrero.

1. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS Y PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO

Dentro de los relatos de las parteras existen muchas historias de maltrato por parte del personal de salud; tanto con ellas como con las mujeres embarazadas: sin embargo, las parteras reconocen que los médicos y enfermeras tienen mayor conocimiento para asistir a las mujeres embarazadas en el caso de que llegarán a presentar alguna complicación durante el parto. En el caso de las entrevistas con promotoras ellas narran también algunos casos en donde el personal ha actuado de forma negligente con ellas y a su vez con las mujeres embarazadas y familiares, pero existe una mayor relación entre personal de salud y promotoras que posibilita a un entendimiento y trabajo en conjunto, posibilitando un servicio de calidad encaminada a una valoración positiva de los servicios de salud gubernamentales.



Por otra parte las barreras de acceso encontradas son: el factor económico es una imperante del porque las mujeres no reciben atención oportuna: ***“a veces (las mujeres) no tienen dinero para bajar al hospital, (o) no tienen donde quedarse, (ni mucho menos) tienen para comer. Entonces prefieren quedarse en su comunidad”***. (EPC3. Promotor comunitario de salud sexual y reproductiva). Como se puede observar este factor de costo está vinculado con la calidad de atención brindada por las instituciones de salud gubernamentales.

“En el hospital no quería salir la placenta y el doctor le metió la mano completa para sacársela. Eso no se hace, se le da té de manzanilla o de yerbabuena con un poquito de sal, se le mete la pluma o el cabello para que tenga ganas de devolver y con eso sale. También con un masajito, se le juega, es decir se va jalando tantito para arriba y para abajo y ella se va viniendo sola. Una mano jala tantito y la otra mano hace el masaje, se le da té de yerbabuena y tantita sal”.

54

De igual forma la atención brindada por el personal de salud en muchos casos no poseen la calidad requerida pues sus actitudes denigran y violentan a las usuarias.

“en el hospital, ahí una está solita, si gritas te regañan. Y ahí se siente mal uno, en vez de que a uno le den valor, nos desaniman pues. A veces una hasta se arrepiente (y dice), “pues no hubiera yo venido aquí”. [...] Es mejor en la casa que en el hospital porque yo sentí que tenía más apoyo en la casa, pero en el hospital sentía que se enojaban... si tu tantito decías: no aguanto o te quejabas, el doctor decía “ya sabes, pa' la otra vas a querer más, ahorita no aguantas el dolor pero luego vas a querer más”. En tu casa, tu familia no te dice eso, ellos te apoyan, te dan agua caliente para que sudas y tengas fuerza, te (brindan) apoyo, te dan ánimo”. (EPC3. Promotor comunitario de salud sexual y reproductiva).

Otras barreras de calidad nombradas por las promotoras y parteras en el taller de Ometepec y San Luis Acatlán fueron: negarles el acceso a familiares de la mujer en la sala de parto, la falta de información sobre la planificación familiar, la colocación de dispositivo sin consentimiento. Anselma así lo señala:

“Para mí es mejor el parto con partera, en casa. Porque eso es lo que me enseñaron mis abuelos y las abuelas, porque necesitas a fuerza bañarte con agua tibia; y dentro de un hospital te bañan con agua fría. Entre los pueblos amuzgos se prefiere un parto en casa, porque; te protege, te cuida. A diferencia (que) en el hospital les colocan el dispositivo de manera arbitraria”. (EPC3. Promotor comunitario de salud sexual y reproductiva)



Del mismo modo encontramos resistencias culturales por parte de familiares y parejas para que las mujeres acudan a los servicios de salud: *“Antes a las mujeres no les dejaban ir al hospital, porque los hombres no quieren que los médicos hombres atiendan a las mujeres”*. (EPC7. Promotora comunitaria de salud sexual y reproductiva).

Incluso las promotoras sufren el cuestionamiento comunitario por su labor:

“Llegaba a mi pueblo y le platicaba a las mujeres, pero a algunos hombres, no les gustó. Que, por qué yo llego con esa información y vengo a despertar a las mujeres de ahí, que les estoy abriendo los ojos... Ahí la costumbre es que de la mujer no hay derecho, sino que ella tiene que hacer todo lo que el hombre diga. Tiene que hacer esto porque yo lo digo, porque soy hombre”. (EPC7. Promotora comunitaria de salud sexual y reproductiva).

Estos comentarios muestran las dificultades del contexto en el cual se desarrollan estas prácticas de atención y la realidad vivida por las mujeres indígenas de la región.

2. PRACTICAS DE ATENCIÓN UTILIZADAS POR LAS MUJERES Y LOS CURADORES

Las prácticas de atención mencionadas, tanto; por parteras como promotoras van encaminadas en dos sentidos: acciones desarrolladas en el contexto cultural de los pueblos indios y los procedimientos hospitalarios.

Dentro de las entrevistas a parteras abundan las prácticas de atención desde su labor desempeñada con mujeres embarazadas; ya que ellas (os) en muchos lugares, fueron las primeras medicas de la comunidad.

Me llamo: “Alfonsina Méndez López vengo de la comunidad de Huajintepec, Municipio de Ometepec. [...] cuando empecé de partera fue (por) una necesidad de aprender, [...] yo vivía en una comunidad incomunicada (donde) no había servicio de nada”. (EP1. Partera).



En otros casos la partería es una herencia transmitida de generación en generación:

“Nací en un lugar que se llama Tenango, queda por allá, de Marquelia. Allí crecí, me casaron a los 12 años [...] (y) al año me embaracé. Pero mi suegra era partera, así que mi suegra me revisaba, y yo sentía cómo me revisaba y aprendí. El conocimiento que yo tengo, (lo obtuve) de mi suegra. Ahora que soy partera yo atiendo a mujeres en mi pueblo, y ninguna de mis pacientes ha muerto, todas se alivian bien, sin problemas. (EP3. Partera).

Algunas de las prácticas desarrolladas por la parteras son: la revisión periódica del embarazo, la manteada; a la hora de parto dar a tomar té calientes a la mujer parturienta, confortarla, acompañarla, dejarla comer o tomar alimentos, estar rodeada por sus familiares, entre otras prácticas. Los cuidados que la mujer debe tener durante su embarazo son: *“no deben cargar cosas pesadas, ni tomar ningún tipo de bebida alcohólica, debe de llevar una buena alimentación y cuidar su limpieza personal”.* (Diagnóstico de necesidades de adecuación de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero. Primer taller con promotoras y parteras).

56

En tanto que las promotoras de salud nos describen los cuidados que debe tener la mujer embarazada. Ricarda García Leónides, promotora de salud de Yoloxochitl, mpo. San Luis

“[...] aquí en la CAMI hacemos acompañamiento a las mujeres, las canalizamos (y les damos) seguimiento hasta que nazca el bebé. [...] en mi comunidad tengo mis pacientes que las visito cada 15 días [...], si (la mujer embarazada) siente (algún) síntoma que no es normal, la acompaño al hospital”. (EPC7. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva).

La alimentación, el trabajo y el descanso de la mujer embarazada son elementos culturales que defienden las prácticas de atención.

Apolonia: “[...] en la zona tlapaneca (se) hace ritual, los mixtecos también; pero los mestizos lo ven como cosa mala, como brujo. Revisar que él bebe no venga sentado o de lado, se hace manteada y se hace ritual, [...] otra es: la partera va a la iglesia y le pide por la mujer embarazada y él bebe, [...] otra es que (se) va al panteón y le hacen el rezo a las ánimas para que ayuden a la mujer y el bebé”. (EPC1. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva)



Acciones que por su efectividad simbólica siguen replicándose en el contexto actual y forman parte de la identidad de los pueblos indígenas.

Otro ejemplo es el caso de la placenta:

“Cuando un bebe nace en la comunidad, la placenta se le hace ritual, se entierra. La placenta tiene que estar enterrada en un trapo, uno lo entierran y otros lo cuelgan en un palo. [...] Y eso no se hace en el hospital. Por eso (las) mujeres que llegan a (atenderse en) la CAMI pues ellas deciden, (que) quier(en hacer con su) placenta [...] Y por eso es la confianza que da la CAMI (al) respetar la cultura de cada quien”. (EPC1. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva).

Como podemos observar tanto las promotoras como las parteras brindan una atención personalizada a la mujer embarazada, acciones que están encaminadas a construir lasos de confianza, y ofreciendo así una atención humanizada.

En las entrevistas identificamos un descontento de promotoras y parteras con las instituciones de salud gubernamentales y principalmente con algunos de procedimientos hospitalarios que vulneran los derechos de las mujeres indígenas.

57

“Llegas al Centro de Salud y te piden que traigas tu prueba de embarazo, para estar segura que si estas embarazada, ya luego te atienden, a algunas las recetaron el ácido fólico, les mandan a hacer estudios de sangre y de orina, les dan cita de cada mes: donde las pesan y miden, toman su presión, checan el latido del bebe y las vacunas contra el tétanos, les ponen la primera y segunda dosis y nada más. Yo he visto que les dicen a las mujeres que se cuiden, que caminen, que no coman “Sabritas”. Primero te regañan, no te preguntan; sino, que ite regañan!. En mis dos embarazos, nunca un médico me dijo: come verduras y frutas. Cuando yo llegaba al hospital me decían: ¿por qué viniste ahora y no antes? ni frio ni caliente, no hay esa amabilidad con la una mujer embarazada”. (Diagnóstico de necesidades de adecuación de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero. Primer taller con promotoras y parteras).

Revisiones vaginales frecuentes, lenguaje inadecuado, violencia institucional, discriminación, nepotismo, son algunos factores que dificultan la atención de las mujeres.

“la mayoría (de las mujeres) dicen que en el hospital, abusan de su cuerpo. Muchas veces las mujeres no se acercan porque son discriminadas, y la otra, cuando se atienden en el hospital les ponen el dispositivo y no se dan cuenta [...] hasta después de dos, tres meses (o) hasta el año que ya no pueden tener bebe”. (EPC2. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva).



3. VINCULACION ENTRE ACTORES

La experiencia de trabajo entre doctores y promotoras comunitarias ha sido satisfactoria; ya que las fronteras entre conocimientos médicos y saberes de prevención y promoción tradicionales no han sido limitantes para que entre estos actores haya una vinculación. En entrevista las promotoras afirman que hay un reconocimiento por el personal de salud de su labor *“Soy conocida del hospital; luego, luego me reciben al momento de llegar con las señoras embarazadas”*; (EPC2. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva). del mismo modo el personal de salud comparte sus conocimientos a las promotoras por medio de cursos y talleres en donde les enseñan a identificar signos y síntomas de algunas enfermedades básicas:

“cuando me presentan un niño muy grave que no quiere bajar a San Luis Acatlán porque no tienen recursos; pues luego, luego me comunico con la doctora y ella me dice que medicamento o que inyecciones le tengo que aplicar”. (EPC2. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva).

58

Igualmente se han dado casos en donde el personal de salud (doctores, personal administrativo, autoridades, locales, regionales) realiza alguna aportación económica para que las mujeres que necesitan traslados sean atendidas.

“[...] aunque las señoras no tengan dinero nosotras aquí conseguimos camioneta, a veces hasta la doctora manda dinero para pagar el carro, y la bajamos. Porque la doctora siempre ha dicho que niños recién nacidos y señoras embarazadas no tienen por qué morirse”.(EPC2. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva).

Atención médica
llevada a la comunidad
de Llano Silleta





Alianzas que han permitido atender a más mujeres de mejor manera. Ahora bien, el trabajo vinculado de la promotora y partera es fructífera ya que ambas figuras son parte de la comunidad y tienen los mismos códigos culturales que les permiten relacionarse de mejor forma.

Por el contrario; a la hora de indagar cuál es la vinculación entre parteras y personal de salud, conocimos que esta relación no ha podido sustentarse ya que las parteras sienten que su trabajo es menospreciado, *“los doctores a una partera, [...] la ignoran, la discriminan”*. (EPC6. Promotora de salud de salud sexual y reproductiva). Entre estos dos actores podemos observar elementos que los separan pero que podrían ser foco de otras reflexiones para consolidar futuros proyectos.

La propuesta de salud intercultural planteada en este proyecto busca complementar los sistemas de salud existentes en el contexto indígena sin que ninguno pierda su especificidad. La red de promotoras y parteras tienen una aceptabilidad en la vida de los sujetos, lo cual no ocurre siempre en el caso de algunos prestadores de servicios cuyas prácticas violentan los derechos de las mujeres o desconocen sus múltiples formas de atención desde la perspectiva tradicional. Respecto a la vinculación entre promotoras y personal de salud se observó en el diagnóstico la necesidad de fortalecer un trabajo complementario que asegure la atención adecuada con las mujeres embarazadas.

Igualmente la vinculación entre personal de salud institucional y las parteras debe profundizarse pues en el caso de las parteras perciben poca o nula valoración de su trabajo por el personal de salud, aunque ellas desarrollen diversas e importantes actividades de atención y

PROPUESTAS

Las propuestas identificadas tanto por parteras y promotoras van dirigidas a la atención prestada por el personal de salud institucional y las prácticas hospitalarias que violentan a la mujer indígena (promotora/partera/usuario).

Atención adecuada:

- Dirigirse a las embarazadas, parteras y promotoras con respeto y amabilidad.
- Respetar la intimidad de la mujer parturienta.
- Que el personal de salud se comprometa a dar una atención de calidad.



Prácticas hospitalarias:

- Que solo se realicen los chequeos necesarios.
- Permitir que las mujeres parturientas estén acompañadas por un familiar en la sala de expulsión.
- Que se respete la decisión de la mujer en cuanto a número de hijos y métodos anticonceptivos a utilizar.
- Que la embarazada junto con sus familiares decide qué hacer con la placenta, y no el hospital ni mucho menos los doctores.
- Que las pacientes sean bañadas con agua tibia.
- Que en los hospitales reciban a las embarazadas y no las manden a la CAMI.
- Que se respete el convenio con otros hospitales, y no se rechace a pacientes que vienen de otro municipio.
- Que se canalice solo en casos necesarios.
- Que se reconozca el trabajo que hace la CAMI desde las instancias de salud.
- Que las autoridades apoyen los traslados de las pacientes.
- Que se haga una buena valoración.
- Mayor vigilancia.
- Cuando personal de la CAMI acompaña a la paciente la dejen participar, si es el deseo de la mujer embarazada.

60

Propuestas de parteras

- La propuesta más retomada por las parteras es: que se les reconozca su trabajo realizado con mujeres embarazadas.
- Participar en el parto de las mujeres, si así ellas lo quieren.
- Que en las instancias de salud institucionales les proporcione un lugar a las parteras para atender a las mujeres embarazadas que lo soliciten.
- Dentro de las clínicas, hospitales y centros de salud se contraten a traductoras para acompañar a las mujeres embarazadas que solo hablen idioma.
- Que las instancias de salud institucionales mejoren su atención.

*Partera de la Comunidad de San Luis Acatlán, Guerrero
Foto: Simon Chambers / PWRDF*





3.3 La mirada del personal de salud

1. VALORACION DE LOS SERVICIOS Y PRINCIPALES BARRERAS IDENTIFICADAS:

El personal de salud entrevistado realizó en general una positiva valoración de su trabajo y el servicio prestado a las usuarias. A diferencia de ellas, las parteras y promotoras quienes identifican el maltrato como una de las principales dificultades, el personal se refirió a barreras relacionadas con la organización del sistema de salud, especialmente las recargas de trabajo y la escasa cobertura derivada del insuficiente personal que se posee para atender la demanda. Otra barrera mencionada frecuentemente es el tema de los papeleos administrativos que consume mucho tiempo al personal.

“Soy el único médico y es insuficiente. A veces termino a las 10 de la noche o tengo urgencias a las 2, 3 de la mañana y no puedo estar toda las semanas las 24 horas. Los impedimentos para una mejor atención pues es falta de material. Me mandan más papelería que material clínico. Ahorita, ya tenemos el HemoPoint, pero ese se limita a los usuarios de oportunidades. Si no tienes Oportunidades, no puedes hacerte el HemoPoint aunque estás embarazada. Es cuestión que nos envíen. ¿Cuánto costaría? Sin embargo, la Secretaria de Salud gasta más en otros servicios y nosotros no tenemos los recursos adecuados aquí.

Y otro problema por ejemplo, si viene una embarazada la primera vez, yo anoto nada más su nombre en 14 formatos. Su nota de evolución, formatos de detecciones, que son como 3 hasta 5 y su solicitud de laboratorio, ultrasonido. Aparte nos piden un censo, un censo digital. Entonces aquí se tiene que reducir la cuestión de la papelería. Para hacerlo más práctico. Este formato ya lo entregamos, me lo están pidiendo de nuevo para mañana. Este formato es un formato que tiene que ser elaborado por parte del aval ciudadano, que nos dan un aval que se está haciendo un servicio adecuado. Sin embargo, es un formato que a nosotros nos quita también mucho tiempo. El aval, como tampoco le pagan. A veces hay poca coordinación en algunas cosas. Pero es un formato que ya no deberíamos hacer, se supone que ya lo entreguemos, alguien lo debe tener. Y sin embargo por errores de ese tipo, tenemos que volver a hacerlo. Este formato te quita 2 horas, fácilmente unas 8 consultas. Ese es cada 4 meses. Pero ahorita le digo el mes pasado se entregó, y ahora tenemos que volver a entregar. Y lamentablemente es mucho, porque aquí hay que hacer consultas con los pacientes, con los expedientes, es donde se cruzan información, a lo que estamos atendiendo, en cuanto al tiempo, al medicamento en cuanto a lo que le damos el sustento a lo que estamos haciendo”.
(EPS6. Médico de Centro de salud, primer nivel)



“También es cuestión de cobertura. Las poblaciones son muy grandes para el médico. Esta doctora de este consultorio atiende una población de casi 3000 habitantes. Allá en Cuba es un médico por cada 1000, 1500 a lo más. Más personal se necesita, básicamente esto. Son muchos los programas que maneja la secretaria. A veces, aquí es más curativo que preventivo. La medicina preventiva (aunque se le da mucho apoyo por el gobierno) aún es rechazada. Son muchos factores los que inhiben aquí. Hay mucha resistencia por parte del personal y la población”. (EPS3. Médico pasante de centro de salud. Primer nivel)

Otra barrera es relacionada con ausencia de medicamentos suficientes o de llegar a comunidades donde no existe centro de salud permanente. Esto nos remite también a la organización del sistema de salud y su red de servicios, a la insuficiencia de personal especializado para atender la demanda existente.

62

“Yo estuve en Pueblo Hidalgo, hay menos parteros y ese es otra situación también. Pero todos los centros de salud, lo manejan igual. El único problema son con las caravanas y con las brigadas. Porque no son unidades fijas, sin embargo, ahí están a cargo los auxiliares. Aquí tengo una sobrepoblación por algunos anexos que trabajan tanto la caravana como la brigada y pues vienen aquí. Y Yo las tengo que atender, aun cuando no les corresponde atenderse aquí. Esto a razón de que la consulta la toman, pero al final del embarazo, a ellos se les dificulta venir (último trimestre), porque tienen que caminar más de dos horas. Y es ahí donde se complica”. (EPS6. Médico de Centro de salud. Primer nivel)

“Yo voy para médico general. En Cuba los partos están institucionalizados, se hacen en hospitales de segundo nivel. En primer nivel que es este, casi no se hacen partos. Entonces, yo en Cuba casi no hice partos pues no era objetivo de nosotros. Pero aquí tú te enfrentas a todo. Porque te paren en el camino las mujeres. Allá(en Cuba) si tengo una embarazada de 40 semanas, ya el término de la gestación, la mando a un hospital. Los doctores verán si le dan más tiempo, si la inducen, si se hace una cesárea. Pero yo a mi embarazada 40 semanas ya la mando a un hospital a internar. El ginecólogo, los obstetras son los que ya discuten la conducta, de que van a hacer con ella. Aquí no se puede hacer mucho eso, por la saturación, hay pocos ginecólogos. Allá en cuba, los ginecólogos van al primer nivel a tus consultorios a valorar tus embarazadas. Aquí ¿cuándo ha venido un ginecólogo? Así que siempre me quedo a los partos para ganar más experiencia porque llegué sin experiencia”. (EPS3. Médico pasante de Centro de salud. Primer nivel)



En el hospital se habla del tema de la gestión como un elemento que consume mucho tiempo.

Ahorita le voy a decir, porque hace como dos años no teníamos ni jeringas, gasas, y si hay a veces, dicen: oye, nos piden lo de la gasolina, pues antes le pagamos todo lo del suero, les pagamos todo hace dos años. Y de hecho estar en un puesto así (como director) es un poco estresante porque ¿cómo vas a pelear si te amarran los manos? Entonces es un cosa bien estresante .En otra instituciones, el jefe es el jefe; aquí no, aquí eres el sirviente de todos, no eres jefe. Porque tú tienes que andar haciendo todo; y le echas ganas pero llega un momento que te cansas, dices, oye, pues estoy luchando contra todo. (EPS1 . Médico directivo. Primer nivel)

En general no se visualizan desde el personal de salud barreras culturales o relacionadas con la calidad de la atención. Su mirada está puesta en el tema del acceso, la disponibilidad y la calidad técnica pero no humana.

Hay cursos de las que hacen las parteras, que yo le he comentado a la jurisdicción que están muy bien los cursos que dan, pero yo les recomendaría que me mandan un ginecólogo. Porque no queremos hacer a la gente, como ignorante, gente de bajo perfil y con que le hable ahorita con eso, con eso lo entienden bien. No. También hay que tratar a esa gente a un nivel alto. Y si hay gente, que ya te pones en contacto con ellos, y te dicen, si doctor, vamos a hacerlo. Pero hay gente que no, que siguen igual. Es lo mismo de siempre. O bien nos quitan recursos. Tenemos poco, nos quitan recursos y nos quedamos sin nada. Los médicos se llevan todo. Y te pones a encontrar (recursos), y ya no les convienes, ya te quieren correr. Yo no soy de aquí, yo me voy de aca, y me voy y mi lugar. Allá tengo hospitales, tengo todo. Si yo me llevo a enfermar, me atienden con especialistas. Pero aquí, ni hay ni internista en ese área. Quien me va acudir? Ustedes, que son de aquí, deberían buscar que tengan esto y esto aquí. A uno le gusta el trabajo, Cuando tienes vocación, se le da. Pero a veces, te bajan todo, cuando no tienes un buen apoyo". (EPS1 . Médico directivo. Primer nivel)

El tema de los costos constituye una barrera de acceso para muchas mujeres y familias que no cuentan con los recursos necesarios. En general el personal de salud reportó una reducción en el cobro por traslado en caso de canalizaciones al siguiente nivel.



“A veces, el camino es complicado, a veces no hay recursos y no bajan aunque yo le pongo la cita. Al final, si no hay tantos riegos, generalmente se atienden más con parteras. Aun cuando tengan a veces el pase al hospital. Obviamente si tienen alguna complicación (hay preclamsia), se tiene que referir. Hay transportes. Generalmente los gastos los pagan los familiares. En el caso que no llegan a tener nosotros apoyamos a través de la jurisdicción. La Jurisdicción envía un recurso pero que tengo que comprobar, con mi hoja de referencia y con el IFE de la persona transferida. Por ejemplo ahorita tuvimos un aborto de una muchacha, y la muchacha no tenía recursos y le apoyamos 250 pesos. Del momento, yo le pague a un taxista. Pero tengo que demostrar que la muchacha se fue y que mostrar que definitivamente no tenía los recursos, mostrar la CURP. El asunto es resolver la urgencia en ese momento, sin embargo, el camino está medio feo, imagínate una embarazadita que tiene que ir de traslado. A veces hay partos que en el camino se han atendido”. (EPS3. Médico centro de salud. Primer nivel)

64

“A veces, el camino es complicado, a veces no hay recursos y no bajan aunque yo le pongo la cita. Al final, si no hay tantos riegos, generalmente se atienden más con parteras. Aun cuando tengan a veces el pase al hospital. Desde que llegué aquí, no hemos atendido a ningún parto. La mayoría consigue partera, también llevan un control. Apenas se hizo la capacitación aquí. Y generalmente voy porque el familiar me avisa o un partero/partera. Lo que yo hago, porque a veces ya están en un trabajo de parto activo y es complicado trasladarlos, es evaluar las condiciones si puede tener su parto. Si consideramos que su presión está normal, la presentación del producto está normal, no hay problema, inclusive la partera atiende el parto, en posición vertical lo que más utilizan aquí. Y honestamente es mucho mejor. Está toda la familia. Ahí lo único que hago es ir y revisar su presión, sus signos de alarma. Y si los hay, ya las platicamos con ellos y con el partero porque tienen que ser informados. Gracias a las capacitaciones, ellos nos permiten hacer los traslados más fácilmente”. Buenavista. (EPS3. Médico centro de salud. Primer nivel)




Algunos médicos al consultarles por las principales barreras se refirieron a las relacionadas con su condición de pertenencia étnica o a las preferencias culturales de atención.

“Pues, la cultura de ellos. Las señoras de ese tipo ya llevan una forma cultural que ellas tienen que atenderse en su casa no necesariamente vienen aquí, no es necesario que se canalicen. Entonces son creencias, costumbres, lo que ellas creen. Por eso nosotros estamos en continuum en comunicación con las parteras y los parteros. Por ejemplo, fíjese, en Río Iguapa hay una paciente que no puede parir, ya lo sabe la partera, por x- motivo. Entonces nos hablan y mandamos la ambulancia o mandamos una camioneta y de ahí la traemos aquí. Sucede que a veces por sus costumbres no se quieren bajar, y se va morir pues, que se muera allá. Ahí es donde nos apoyamos en lo que es el comisario y las bajamos. De gasolina no tiene que ver nada. El problema es que la gente no quiere bajar. Las estamos peleando, ahí está el médico y la enfermera y que la señora no quiere. Yo no le veo lo malo. Es la costumbre. Ellas no van a bajar de su pueblo. Aquí la gente está arraigada a algo. Si su mamá y abuelita se alivió en el pueblo, ella se tiene que aliviar en el pueblo. Pero a lo mejor la mamá y la abuelita no tuvieron problemas y ella sí. Pero no es decir, porque me van a llevar al hospital y yo le tengo miedo al hospital, que te maten ahí, no. Aquí es la costumbre. Ellos no saben nada del hospital, a lo mejor es gente que no ha salido de su pueblo, que ahí ha estado toda su vida”. (EPS1. Médico directivo)

65

Pocos entrevistados en el sector salud identificaron barreras de acceso relacionadas con la infraestructura hospitalaria, particularmente en el caso del Hospital Básico Comunitario de San Luis Acatlán. Paradójicamente, este fue uno de los aspectos más señalados por las usuarias como un tema molesto: la ausencia de privacidad al interior del hospital y las dificultades para realizar dentro de éste un trabajo de parto adecuado y cómodo.

“Aunque es un espacio que es de la sala. Ahí pues, no hay privacidad. Y cuando estas en parto pues es penoso verdad. A veces el líquido se te sale, o estas sangrando y eso les da pena. Si hay un problema serio de privacidad social, la ausencia de espacio físico, porque si nos lo han comentado. Es que no me quiero salir allá afuera, y andan allá adentro y ya se acuestan, se sientan. Y le digo no tenemos y usted ha visto que son cinco camas y tenemos que ir y de que hay algunas que se aguantan el dolor”. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)



“Por la actitud y la infraestructura también. Por ejemplo, de San Luis, desde cuando nos han dicho que iban a poner un área especial para que los partos se atiendan de manera vertical. Porque ese es un derecho que también tiene la usuaria, atenderse el parto como ella lo decide. Sin embargo, la omitimos porque no tenemos también los doctores”. (EPS6. Médico centro de salud primer nivel)

Durante las visitas de campo se constató que efectivamente no existe espacio suficiente dentro del Hospital para desarrollar un adecuado trabajo de parto y a menudo las mujeres permanecen varias horas o incluso días esperando ser atendidas. Esto genera niveles importantes de estrés entre las parturientas y hace mayor el tiempo promedio que dura el trabajo de parto. Algunas son enviadas a la Casa de la Mujer Indígena durante ese periodo, lo cual es referido por todos los actores como un elemento positivo pues las mujeres cuentan con un espacio más cómodo, con intimidad, mayor libertad de movimiento y la presencia de sus familiares, para realizar su trabajo de parto.

66

“Si la hay (atención humanizada) pero no existe un espacio físico. Que haya la privacidad, que hay los instrumentos que utilizamos como la silla de parto o la aromaterapia, homeopatía. Los medios físicos si algunos los podemos modificar, como los téj, como el acompañamiento. . El acompañamiento sobre todo y la privacidad. Muchas pacientes me han dicho que el aire acondicionado no lo quieren. Les da frío, hay pacientes que hasta se les detiene el trabajo de parto por el aire. Pero es difícil quitar el aire acondicionado porque no solamente tenemos un paciente, sino tenemos pacientes de otro diagnóstico también. Y por ese lado, a mí se me ha hecho muy muy difícil, porque no existe esa privacidad., a veces levantas a la mujer y la llevas a un lugar más solito. Pero ya todos van a ver que está haciendo, porque le estás agarrando ahí o que le estás diciendo. Es como un murmullo, podría ser. A mí me ha detenido de hacer cierto tipo de cosas, como mantear a las mujeres, porque hay este murmullo. Se siente prohibido”. (EPS7. Partera profesional)

2. PRACTICAS DE ATENCION UTILIZADAS POR LAS MUJERES Y LOS CURADORES

Se encontraron a lo largo del diagnóstico importantes diferencias en el tipo de prácticas de atención utilizadas por las mujeres, sus familiares, las parteras y el personal de salud. En general se evidenció que las mujeres acuden a diversos sistemas de salud en busca de atención durante el embarazo, parto y puerperio. Tal situación no es exclusiva de la región, por el contrario ha sido documentada en otras zonas de confluencia interétnicas (Aguirre Beltrán, Menéndez, Campos Navarro, Lerín, etc)

Las principales prácticas reportadas por el personal de salud corresponden a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial de Atención al Embarazo, parto y puerperio, así como en las indicaciones específicas de la Jurisdicción, el Estado y la Federación en el marco del programa Arranque Parejo en la Vida. Durante el embarazo las principales actividades de cuidado por parte del personal de salud se realizan durante la consulta prenatal:



Lo que marca la norma en la Secretaría de Salud, es que la mujer como mínimo debe de tener, lo normal son ocho citas de control prenatal. Como mínimo deben ser cinco, ya cuatro es muy poco, mínimo son cinco citas a las que deben acudir las mujeres en su control prenatal. De ahí pues dependiendo la patología que pudiera desarrollar durante el embarazo, pues son las que pudiera alcanzar pero nosotros como Secretaría de Salud, Mínimo le tenemos que dar cinco citas. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

67

Durante el parto existen también una serie de procedimientos de rutina, si bien encontramos diferencias interesantes en la forma de atención del mismo cuando este es atendido por personal de primer nivel de centros de salud o caravanas, respecto a la forma de atención en el hospital.

*Parto en posición hincada.
(La suegra sostiene a la embarazada y la partera recibe al bebé)*



“Si de hecho ya la ingresas y le pones suero. Inclusive puede tomar líquidos pero ya se les está hidratando. Dependiendo a veces les puedes dar agua o jugo, incluso cuando ya tiene los dolores ellas no quieren, no quieren comer nada, sobre todo hay pacientitas que tienen un tiempo muy prolongado. No en todos los casos es indispensable ponerles el suero porque hay muchas pacientes que dicen tienen el trabajo de parto y ya comieron, ya tomaron su agua y todo. Casi por lo regular siempre de que se interna se tiene que canalizar Por algo se me complica, porque va surgiendo uno que yo, vamos, una hemorragia, que la placenta no me quiso salir, que la placenta, yo ya la tengo canalizada por cualquier cosita para meterle medicamento, porque no lo voy a hacer cuando tenga la urgencia, es como una medida preventiva porque no lo puedo hacer, canalizar y en un momento dado ya está sangrando y tiene una hemorragia. Si hay que atenderlas, hay que atenderlas bien”. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

68

Este tema de las canalizaciones sin embargo, fue uno de los reportados por las mujeres y sus familiares como susceptibles de ser modificados pues genera incomodidades en tanto limita el movimiento, no permite consumir alimentos o bebidas que ayuden en el proceso de dilatación y es innecesario desde la perspectiva de algunas mujeres que ya han tenido sus partos de manera tradicional.

Otro procedimiento frecuente en el hospital, según lo reportado por las mujeres, promotoras y parteras es la realización de episiotomías durante el parto. Al indagar por ello con el personal de salud varios manifestaron que este no es un procedimiento de rutina

“No siempre se hace episio de rutina, aquí en el hospital, hay muchos compañeros que lo cuidan. Depende de quién atienda el parto si se hace o no. Pero más que se haga o no, todos los cuidan (el periné). Yo he visto algunas que si se les hace, pero cuando el producto es muy grande, cuando el producto es muy macrosómico o macrosómico. Cuando pesa más de tres kilos y medio, tres kilos cuatrocientos. Sobre todo ahí son primigestas. Como su músculo no tienen su elasticidad como una gesta dos o gesta tres, entonces ahí sí, se requiere que se le haga, entonces ahí sí”. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

Lo cierto es que la mayoría de las mujeres entrevistadas cuyo parto había sido en el hospital, manifestaban éste como uno de los procedimientos que menos les gustaba y frente al cual había incluso temor. Igualmente una de las razones por las cuales se prefería la atención con partera. De hecho algunos de los médicos que atienden en primer nivel y han presenciado partos atendidos por parteras reconocen las técnicas utilizadas por ellas para evitar desgarros.

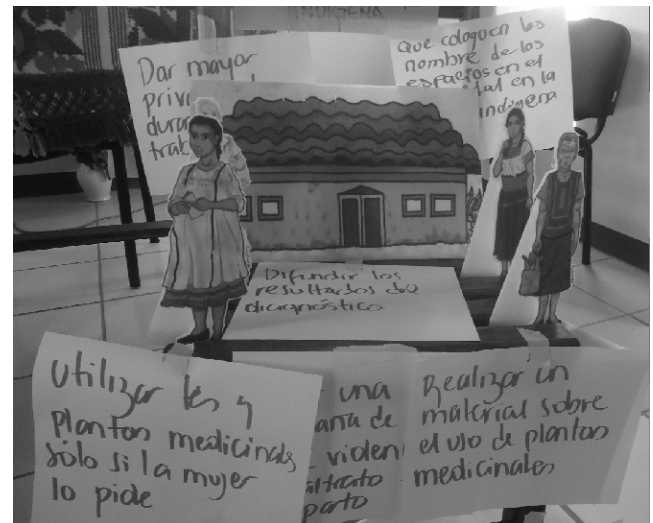
“Y los parteros cuidan en realidad, con sus gasitas, lo van cuidando, es por eso que casi no se les desgarran. Tienen esa paciencia y esa meticulosidad en sus dedos que no se les desgarran. Yo pues, obviamente con mis guantes, gasas, y lo bajo. Lo trato de bajar. Como el va empujando, va empujando, va saliendo la cabecita del producto, obviamente voy agarrando. Porque si la dejo que lo haga sola, se desgarran. Sino en un momento dado yo le tengo el perineo, si no se lo bajo.”(EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

De modo similar ocurre en el caso de la partera profesional asignada al Hospital de san Luis desde 2012, la cual atiende pacientes bajo el modelo de parto humanizado.


“Sí pero nuestra partera profesional, ha atendido partos muy bonitos. Si, Muy bonitos. De acuerdo a sus usos y sus costumbres. En Toco pero de acuerdo como ellas quieren. Porque a ellas les pregunta, la partera. ¿Cómo quieres que te atienda tu parto?, está acariciándolas, sobándoles. Si es muy tierna y fíjese que yo he visto que las parteras, hasta este el parto, que no le hagan la episiotomía; y ellas los partos que ella atiende no les hace episio y el producto está bien. Los va protegiendo. Ella lo va cuidando. Lo va cuidando. Y es que ella es... Es muy meticulosa para eso y uno como médico lo tiene que hacer igual, para que en un momento dado no se vaya a haber desgarrar. Yo como trabajadora social, es de lo que me he dado cuenta” (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

3. INTERCULTURALIDAD.

Un tema central en el diagnóstico fue justamente el de la interculturalidad, encontrándose varios testimonios interesantes de prácticas concretas de atención intercultural o recuperando saberes locales de los curadores tradicionales, especialmente en el primer nivel de atención, por parte de algunos médicos de centros de salud en comunidades mayoritariamente indígenas, la partera profesional, e integrantes de las caravanas móviles. Ellos identificaron aportes de las parteras como el conocimiento de plantas medicinales, manejo del periné, tiempos de trabajo de parto, manejo de la lengua, entre otros.




Material didáctico para el taller de Revisión de las propuestas de adecuación hechas por los diferentes actores.



“Yo no tendría ningún problema que se hiciera de esa manera y más porque he tenido contacto con medico naturistas, con gente aunque no son médicos, curanderos, he tenido contacto con ellos y cada quien entiende lo suyo al final de cuentas. Hay gente que es muy expertas en plantas, inclusive las plantas no son nada del otro mundo, hay también algunos que recetan medicamentos naturales. Sucede que el médico es a veces es muy sumergido en su mundo y no acepta otras ideas. Pero por mí no habrá ningún problema. Hay algunos antitóxicos naturales, que manejamos nosotros en la unidad. Sabemos de las propiedades de algunas plantas, algunos minerales. Ahora en cuestiones de brujería y esas partes, pues hay cosas que a veces no podemos comprender. Que sin embargo, en los hechos, ha mejorado. Las limpias también. Hay un libro de una doctora que muestra los beneficios de las limpias, sobre todo las limpias con huevo, donde ellos ponen de base que el huevo es una célula que igual tiene los mismos elementos que tienen las células del cuerpo. Y cuando uno se hace una limpia, se lava con esas sustancias. Y el parto, el hecho que sea vertical, también hemos tenido la experiencia que el parto vertical es mucho mejor que el parto horizontal. Pero el asunto es que en los hospitales es muy difícil cambiar esa parte.”

“Pero yo he atendido los partos, como ellas quieren y ha sido una experiencia sorprendente. Las veces que lo he hecho, lo he hecho, termino de atender el parto y dices guau!, ¡Lo hice!. Lo hice a su manera. Si, porque uno está enseñado a atenderlo en una posición ginecológica, todos los pasos que lleva a entrar a toco cirugía. Y dices bueno, aquí con lo que tengo y con lo que se puede y adelante. Con la voluntad de dios. Y se atiende el parto y en lo personal es muy satisfactorio, porque te involucras a sus usos y costumbres. Así de fácil.

La primera vez que me tocó un parto así como ellos lo atienden fue hace siete años y es como si hubiera sido mi primer parto. Si, nerviosa. Ahora, ¿cómo lo voy a hacer? Encontré a esa señora tirada en el piso, en la tierra de su casa, ya sangrando. Y tenía ella, por así decirlo, sus campos eran hojas de plátano. Y bueno ya llegue, la revisé. Y así como vi que tenía dolor, y yo. A mí así no me enseñaron en la escuela. Pero bueno no, es que así nosotros nos acercamos, se amarro la cintura, y bueno. Y a un lado el brujo. Quemando huevos, rezando. Y yo le dije- No, adelante, no se preocupe son sus usos y costumbres. Y el brujo a lado mío, y yo atendiendo el parto. No se preocupen por eso, adelante, los dos: él y yo. El rezando en su idioma. Por cierto me quemó dos huevos porque estallan los huevos, yo así que brincaban porque, yo decía bueno. Porque no había experimentado en mí vida, y más sin en cambio así fue, el me limpió a mi también además de la señora, él rezando ahí. Fue mi primer




parto, así como no lo puedo creer. Lo más difícil de esa experiencia fue la técnica porque no se está acostumbrado, por decirlo así, van formando en el primer año de medicina, este me enseñaron, como se debe de tratar el parto, por pasos obviamente. Este, y aquí no es sólo llevar y no. Es que, es hincadas y solo exclusivamente hincadas, amarradas. De hecho yo, no les iba a enseñar a ellos, al contrario yo siempre he dicho que: uno se va a adaptar a ellos, porque ellos no se va a adaptar a nosotros. Nosotros nos llegamos a adaptar a ellos a sus usos y costumbres y respetar.

“En el hospital, es raramente que llegan mujeres que demandan una atención de parto en una posición diferente a la ginecológica. Si una paciente que dice que quiere un parto en x- posición, se ha hecho, se ha brindado la atención. Generalmente las mujeres aquí paren hincadas, para mí pues es fácil, porque solamente se pone una colchoneta, un campo y listo. Pero es rara la gente que llega a pedir ese tipo de atención” (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

Al mismo tiempo se percibe mucho desconocimiento y resistencia por parte del personal directivo o de quienes están en el hospital. Sus propuestas se orientaron más hacia la posible contratación de más ginecólogos y especialistas médicos en la institución.

“No me compete a mí. Por así decirlo. Si yo tuviera la facultad, el poder para poderlo hacer, pues lo haría. Pero yo me iría a lo más grande. En vez de meter una situación de ese tipo (la partería) que es muy bueno como lo dice, yo me voy a traer un equipo pero de ginecólogos. Entonces aquí estamos hablando de recursos. Estamos hablando que si no tienes los recursos, qué es lo que harías. Pues utilizar lo que tienes. Si una partera no tiene las medidas que uno maneja, higiénicas. Pero si estamos hablando de otro nivel, que sabe una pensión en donde se puede manejar un parto adecuado. Estamos hablando de otro nivel. Entonces es otro nivel. Le vas a dar terapia a la señora, le vas explicar los ciclos de su parto, les vas a manejar una anestesia obstétrica y así no va tener ninguna molestia. Pero eso depende de recursos, y aquí no se tienen”. (EPS1. Médico directivo)



Por el contrario, algunos médicos de primer nivel manifestaron interés en desarrollar un proyecto de adecuación intercultural.

Pienso que sería una buena idea. Primero que la embarazada tenga un buen control prenatal y que se considera que está apta para tener un parto normal, que no hay un riesgo. Que tenga un seguimiento por un médico y que se le da la posibilidad de que ella elige de manera libre con su esposo de optar por esa forma de atención. Y pues, me parece muy bien. Me parece que es una propuesta bastante aceptable, sobre todo conociendo la interculturalidad que existe en esta región y los grupos indígenas que hay. A veces yo he visitado a comunidades, una vez fui a Buenavista y me dijeron parió una mujer y fui y no me dejaron revisarla porque ya la había atendido la partera. Entonces como médico también te enfrentas a eso. Y si hace ese proyecto, yo si lo aceptaría y trabajaría en conjunto con la partera. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

72

Vinculación con otros actores: la camí

Un elemento indagado fue por la percepción existente respecto a otros actores involucrados en el ámbito de la salud materna y su vinculación con ellos. Particularmente resaltaron dos: las parteras tradicionales y la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo ubicada en el municipio de San Luis Acatlán. En relación con las parteras la percepción del personal de salud dependió de su nivel de cercanía con las mismas; quienes están más relacionados con ellas y han podido observar su trabajo de manera cotidiana poseen una mejor imagen que quienes se ubican en el ámbito exclusivamente hospitalario y ginecológico o tienen un mayor nivel de especialización. Varios de los médicos de primer nivel reconocieron el trabajo desarrollado por estas mujeres y las preferencias de atención que manifiestan muchas de las gestantes. Señalaron estar allí sólo en caso de requerirse apoyo durante una complicación o emergencia.

Inclusive yo me he dado cuenta ya con las parteras que ellas muy pocas veces hacen tacto, ellas casi por lo regular, no lo hacen. No lo hacen, ellas se van con las contracciones si son más seguidas, le soban su pancita, te voy a decir y ellas, sin ver un reloj, sin contarla, sino con solo tocarla, la pura palpación, ellos están viendo que te falta muy poco, estáte tranquila. Yo me he dado cuenta, porque he tenido más contacto con los parteros. A media noche una dos de la mañana se alivia a la hora que ellos dicen. Sí. Yo mis respetos para los parteros. Ellos no las revisan, si y por ejemplo en casos de doña Francisca, don Gelasio ellos son muy buenos parteros y son de mi localidad. Ellos se basan, inclusive le toman la presión a mis pacientes y ellos me llevan más pacientes para que yo las revise. Partera: ¿cómo ve a doña Francisca?, súbela porque el niño esta sentadito y todavía hay tiempo y él bebe es

pequeño y todavía lo puede acomodar, o es que está atravesado o que esta esto. Ah está bien doctora. Y ya luego, ¿ya se acomodó?, sí ya! Pero hay que tener un montón de coordinación con ellas. Y como yo les proveo el material que necesitan: cordón umbilical, gasas, todo eso, su papelería que me dejan. Procuero yo que ellos no gasten porque es un apoyo que les da la gente, yo siempre digo es como una cuota como un incentivo que le dan porque no cobran, para los doscientos o doscientos cincuenta pesos y hasta eso si se los quieren pagar. Porque hay gente que no les quiere pagar; si yo meto mano, dicen no, porque la doctora le atendió. Y les digo no. Ella y su trabajo. La señora llevó todo el embarazo los nueve meses. Yo soy su pasante de todos ellos, yo estoy a ayudarles a ellos, independientemente yo no les voy a quitar su trabajo; hicieron un acuerdo y le tienen que pagar si eres honesta. Yo les hago ver las cosas, si no les quieren pagar, porque ella se cansó ella se desveló tantas noches y es injusto” Médica, caravana de salud.

“De hecho puedo aprender de la partera técnicas para mejorar la presentación y reducir el índice de cesáreas. En Cuba, ya hay muy pocas parteras. De hecho, yo no he conocido ninguna. Pero aquí, uno no se puede separar de ellas. Según su cultura las tradicionales, muchas mujeres van a seguir atendiéndose con parteras. No podemos como médicos reducirnos, refutamos mucho el uso de la medicina natural y tradicional. Las parteras se tienen que integrar al sistema de salud y hay que trabajar en conjunto con ellas. Para mi está muy bien” Médico pasante centro de salud. (EPS3. Médico pasante de Centro de salud. Primer nivel)

Sin embargo, esta no es la actitud que presenta la mayoría del personal de salud en la región y se mantiene una relación de subordinación con las parteras tradicionales de manera voluntaria o involuntaria. Según lo manifestado por ellas y las promotoras, se les pide capacitarse en los procedimientos biomédicos y asumir las indicaciones del personal de salud o se les cuestiona el uso de su herbolaria y prácticas tradicionales durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo argumentando que se pone en riesgo la salud de la gestante. No siempre se acude a ellas con una actitud de reconocimiento y aprendizaje.

“No, no todos, por ejemplo hay veces que las mandan y les dicen que caminen ahí afuera y no les dicen que existe la Cami, entonces ahí si estás incurriendo en un error muy muy grande, yo digo, pues está la Cami, pues que hagan uso de la Cami, para que tener una mujer aquí cuando anda sangrando, cuando escurriendo de líquido, que se está cansando, para no ingresarla con tan poca dilatación, la razón por la que yo las he mandado a la Cami, es para que estén con su familia, avance más rápido el trabajo de parto, y con una dilatación más avanzada, que lleguen nada más a la atención del parto, porque es feo estar viendo heridos, estar viendo



otro tipo de pacientes, a que te llegue un descalabrado, un balaceado, hubo una vez que una mujer se le fue el trabajo de parto porque vio que una persona llegó con una herida en el brazo, y haz de cuenta que ella tenía su trabajo de parto muy bien, tenía 7 de dilatación y tardo otra vez muchísimo tiempo en recuperar el trabajo uterino, las abdominales, le dolía la panza, ya terminamos después de mucho esfuerzo a las tres de la mañana ya que tenía 7 como a eso de las ocho de la noche.

El uso del aire acondicionado tampoco les favorece, hace frío, entonces si hace frío también les quita la buena actividad, bueno yo en lo personal pienso que el parto es algo como de calor, algo como fuego y no de frío, digo no te vayas a bañar con agua fría porque se te puede detener el parto.

Supongamos que hay una persona que dice que tiene fiebre y dolor de estómago y en ese momento llega una embarazada, entonces en vez de pasar a la que tiene fiebre y dolor de estómago pasan a la embarazada, lo estamos haciendo una prioridad, y además porque hay mucho personal ahí, a mí en lo personal no me gusta que estén esperando, decirles lo que es, en el momento y si ya se va a quedar hospitalizada para un rato ya explicarle, en vez de que estén ahí, y si les van a tomar sangre pues que les tomen la sangre porque es mucho. (EPS4. Trabajadora social y médica de unidad móvil, primer nivel)

74

CONCLUSIONES

Concluimos este apartado señalando la importancia de escuchar la perspectiva del personal de salud, identificar los elementos que ellos consideran como problemáticos, especialmente las recargas de trabajo, la insuficiencia de personal y el exceso de trámites administrativos que dificultan prestar una atención de calidad.

Fue evidente las diferencias en las percepciones y propuestas de quienes laboran en el primer nivel de atención respecto al personal directivo y de ginecología obstetricia asociado al hospital. Entre los primeros se percibió un mayor conocimiento de las prácticas tradicionales realizadas por las mujeres y las parteras tradicionales así como una mayor apertura a los mismos. En algunos casos incluso se ha tenido la experiencia de atención de partos de manera tradicional o conjuntamente con las parteras lo cual ayuda a reducir las resistencias a un proyecto de esta naturaleza. Varios de los entrevistados en el primer nivel de atención se manifestaron interesados en impulsar una propuesta de esas características.



Por el contrario, entre el personal directivo se manifestó un mayor interés por fortalecer los servicios de salud materna con la contratación de personal especializado como ginecólogos. Igualmente la necesidad de fortalecer los conocimientos en salud intercultural y la vinculación con las organizaciones locales aunque todos los entrevistados reconocieron el papel jugado por la Casa de la Mujer Indígena en la atención a las embarazadas, especialmente durante el trabajo de parto pues tienen condiciones de mayor comodidad.

PROPUESTAS:

Como se mencionó previamente, el personal adscrito al primer nivel y personal no directivo fueron quienes manifestaron mayor interés y entusiasmo por realizar adecuaciones culturales a los servicios de salud. Algunas propuestas que surgieron son:

- Ampliar la sala de labores en el hospital y darle mayor privacidad a la misma.
- Permitir la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto.
- Incrementar la realización de partos sin episiotomía cuidando el periné.
- Aumentar el número de médicos y parteras que permiten a las mujeres la elección de posiciones durante el parto, especialmente en el Hospital Básico Comunitario.
- Atender partos eutócicos en comunidades por personal de salud en la posición que la mujer desee.
- Reconocer los partos eutócicos en primer nivel atendidos por parteras y fortalecer la vinculación con el personal de salud para traslado inmediato en caso de emergencia obstétrica.
- Mantener vinculación con la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo, como espacio de apoyo para canalizar mujeres en trabajo de parto.
- Abrir espacios de intercambio y aprendizaje entre médicos y parteras donde los primeros aprendan elementos de herbolaria o prácticas tradicionales utilizadas por las parteras.

Propuestas de directivos:

- Contratar más ginecólogos y fortalecer la capacidad resolutoria del hospital priorizando esto más que la vinculación con parteras profesionales y tradicionales.
- Mejorar la infraestructura y la cantidad de personal existente en el municipio.
- Reducir la cantidad de trámites y papeleos administrativos que realiza el personal.



RESUMEN DE PROPUESTAS PARA LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA REALIZADAS POR LOS DIFERENTES ACTORES:

USUARIAS

Las propuestas de las usuarias se centraron en el mejoramiento de la calidad de la atención recibida por parte del personal de salud, así como erradicar prácticas hospitalarias rutinarias que ellas consideran inadecuadas o molestas. Sus propuestas principales fueron:

ATENCIÓN ADECUADA:

- Permitir el acompañamiento de familiares, especialmente esposo o papás durante el trabajo de parto y parto.
- Eliminar la presión realizada a las mujeres durante el trabajo de parto para usar anticonceptivos. No presionarlas para utilizar dispositivo.
- Eliminar los regaños y malos tratos por parte del personal de salud.
- Brindar un mejor trato a las usuarias.
- Brindar mayor apoyo a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

76

PRÁCTICAS HOSPITALARIAS:

- Eliminar los cortes durante el parto y la operación vaginal (episiotomía).
- Eliminar el lavado del útero (revisión de cavidad uterina)
- Eliminar el baño con agua fría posterior al parto.
- Garantizar mayor privacidad de las gestantes durante el trabajo de parto y parto "que no vieran los otros como me atendían".
- Proveer de alimentos acordes a las características culturales de las usuarias priorizando los considerados calientes y eliminar los alimentos fríos que no son consumidos por las mujeres durante esta etapa (frijol, frutas ácidas y frías como limón, naranja, sandía, coco, melón entre otras; carne de cerdo y res, queso



PARTERAS Y PROMOTORAS

Las propuestas identificadas tanto por parteras y promotoras van dirigidas a mejorar la atención brindada por el personal de salud institucional y las prácticas hospitalarias que violentan a las mujeres de la región, especialmente las indígenas.

PROMOTORAS

Atención Adecuada:

- Dirigirse a las embarazadas, parteras y promotoras con respeto y amabilidad.
- Respetar la intimidad de la mujer parturienta.
- Comprometerse a dar una atención de calidad por parte del personal de salud.

Prácticas Hospitalarias:

- Realizar exclusivamente los tactos necesarios, no hacer revisiones excesivas y continuas.
- Permitir que las mujeres gestantes estén acompañadas por un familiar durante el trabajo de parto y en la sala de expulsión.
- Respetar la decisión de la mujer en cuanto a número de hijos y métodos anticonceptivos a utilizar.
- Dar la opción a las mujeres y sus familiares de decidir qué hacer con la placenta, y entregárselas si es su decisión.
- Garantizar que el baño posterior al parto se realice con agua tibia para mantener la temperatura corporal y el equilibrio frío-caliente.
- Recibir oportunamente a las embarazadas evitando el rechazo, las largas esperas o la devolución a sus comunidades. Cuando el trabajo de parto esté iniciando o demorado, enviarlas a la CAMI y darles claramente información sobre su existencia.
- Respetar el convenio con otros hospitales y evitar el rechazo de pacientes que vienen de otros municipios distintos a San Luis Acatlán.
- Canalizar (con suero) solo en casos estrictamente necesarios, no como un procedimiento de rutina.
- Realizar una buena valoración cuando se recibe a la mujer en trabajo de parto y darle toda la información que ella requiere sobre su estado de salud, tiempos de espera aproximados, procedimientos, etc.
- Mantener mayor vigilancia y cercanía durante el trabajo de parto.



De Vinculación Interinstitucional:

- Garantizar mayor apoyo por parte de las autoridades en los traslados de las pacientes.
- Reconocer desde las instancias de salud, el trabajo que realiza la CAMI y fortalecer tanto su trabajo como las relaciones de respeto y coordinación con el Hospital.
- Permitir el ingreso de integrantes de la CAMI al hospital acompañando a la paciente, si es el deseo de la mujer embarazada.

PARTERAS

La propuesta más retomada por las parteras es:

- Reconocer el trabajo realizado por ellas con las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio.
- Participar en el parto de las mujeres, si así ellas lo quieren.
- Generar en las instancias de salud institucionales un lugar para que las parteras puedan acompañar a las mujeres en trabajo de parto y atender los partos de quienes lo soliciten.
- Contratar a intérpretes-traductoras dentro de las clínicas, hospitales y centros de salud para acompañar a las mujeres embarazadas que hablan lenguas indígenas.
- Mejorar la atención por parte de las instancias de salud institucionales.

78

PERSONAL DE SALUD

El personal adscrito al primer nivel y personal no directivo fueron quienes manifestaron mayor interés y entusiasmo por realizar adecuaciones culturales a los servicios de salud. Algunas propuestas que surgieron son:

Prácticas de atención:

- Ampliar la sala de labores en el hospital y darle mayor privacidad a la misma.
- Permitir la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto.
- Incrementar la realización de partos sin episiotomía cuidando el periné.
- Aumentar el número de médicos y parteras que permiten a las mujeres la elección de posiciones durante el parto, especialmente en el Hospital Básico Comunitario.

-
- Ampliar la sala de labores en el hospital y darle mayor privacidad a la misma.
 - Permitir la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto.
 - Incrementar la realización de partos sin episiotomía cuidando el periné.
 - Aumentar el número de médicos y parteras que permiten a las mujeres la elección de posiciones durante el parto, especialmente en el Hospital Básico Comunitario.

De Vinculación Interinstitucional:


- Mantener vinculación con la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo, como espacio de apoyo para canalizar mujeres en trabajo de parto.
- Abrir espacios de intercambio y aprendizaje entre médicos y parteras donde los primeros aprendan elementos de herbolaria o prácticas tradicionales utilizadas por las parteras.

Propuestas de Directivos:

- Contratar más ginecólogos y fortalecer la capacidad resolutive del hospital priorizando esto más que la vinculación con parteras profesionales y tradicionales.
- Mejorar la infraestructura y la cantidad de personal existente en el municipio.
- Reducir la cantidad de trámites y papeleos administrativos que realiza el personal.



*Demostración del Parto Vertical
en la Comunidad de
San Luis Acatlán, Guerrero
Foto: Simon Chambers / PWRDF*



PROPUESTAS DE ADECUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA ACORDADAS POR LA JURISDICCION SANITARIA 06, EL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO DE SAN LUIS ACATLÁN, LA CASA DE LA MUJER INDIGENA NELLYS PALOMO Y KINAL ANTZETIK DF A.C. Y KINAL ANTZETIK GUERRERO A.C.²

PROPUESTAS:

80

- Diagnóstico de las necesidades de la población para la implementación de las estrategias interculturales.
- Señalización de espacios físicos en lenguas indígenas de la región.
 - Xochistlahuaca
 - Ometepec
 - San Luis Acatlán
- Fortalecimiento de sistema de referencia y contrareferencia entre la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo Sánchez y el Hospital Básico Comunitario.
- Recursos de traslado para emergencias obstétricas
- Plan de sensibilización y capacitación para el personal de salud de San Luis Acatlán, Gro.
- Permitir la entrada de parteras o promotoras de la Casa de la Mujer indígena Nellys Palomo Sánchez durante el trabajo de parto en el hospital de San Luis.

2- En el marco del Encuentro “Salud Intercultural en Latinoamérica, Experiencias y Retos para México” realizado en San Luis Acatlán, Guerrero en julio de 2012.



EN EL MEDIANO PLAZO SE SEÑALARON LAS SIGUIENTES PROPUESTAS
CON EL COMPROMISO DE DARLE SEGUIMIENTO MEDIANTE UN PLAN DE TRABAJO.

1. Adecuación de servicios

- Cambios en procedimientos de rutina para la atención del parto:
 - Rasurado
 - Episiotomía
 - Lavado
 - Incorporar el uso de aguas medicinales
 - Modificar el tipo de ropa
 - Permitir elementos rituales de protección que sugieran las usuarias
 - Acompañamiento de parteras o familiares durante el parto
 - Modificar los horarios y tipos de alimentación
- Adecuación física de los espacios:
 - Color, iluminación
 - Temperatura
 - Sillas
 - Barras
- Recursos humanos:
 - Gestionar Facilitadores interculturales.
 - Sensibilización y capacitación del personal.
 - Alianza con redes de parteras.
 - Intercambio de experiencias entre Centros de Salud y las organizaciones de mujeres indígenas.
 - Promover la incorporación de especialista en ginecología y obstetricia para el hospital de San Luis Acatlán, Gro.

81

2. Coordinación y Vinculación

- Fortalecimiento de la relación entre la Secretaría de Salud y las organizaciones de parteras y promotoras como la Casa de la Mujer Indígena “Nellys Palomo Sánchez”.
- Participación y reconocimiento de las parteras como un actor fundamental.
- Sensibilización a las comunidades por parte de las organizaciones para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

3. Estrategias que corresponden al nivel estatal

- Etiquetación presupuestal para impulsar la perspectiva intercultural en los servicios.
- Establecer la normatividad al respecto.
- Generación de un sistema de información que contenga la variable etnia
- Sensibilización y capacitación del personal
- Seguimiento por parte de las autoridades estatales
- Gestión de recursos para traslados de emergencias obstétricas



BIBLIOGRAFIA

Alarcón-Amaya, Iván Camilo, Alarcón-Nivia, Miguel Ángel y Sepúlveda-Agudelo, Janer (2011).

Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 62, núm. 2, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, Colombia.

Almaguer, José Alejandro (2007).

Modelos Interculturales de servicios de la salud, *Salud Pública de México*, vol. 49, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Almaguer González, José Alejandro, Mas Oliva, Jaime Coords. (2009).

INTERCULTURALIDAD EN SALUD, Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 2ª edición, Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF.

82

Arenas, Luz, Hernández, Isabel, Valdez, Rosario (2004)

Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 1, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Bravo, Mauricio (),

PARTO INTERCULTURAL Y HUMANIZADO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA MEDICINA HUMANA, DOCENTE DRA. YANETH REMACHE. DISPONIBLE EN:
<http://www.slideshare.net/AlexMaoBravoLozano/parto-interculturalidad-y-humanizacion>, ULTIMA REVISIÓN 20/11/2013 11:01

Cervera, María Dolores y Méndez, Rosa María (2002).

Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm 22, Instituto Nacional de Salud Pública, México D.F.

Duarte Gómez, María Beatriz et al.

Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública de México, vol 46, núm 5, septiembre-octubre, 2004. Pp. 388-398, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Escobar, Alexia y Puig, Cristina Coords. (2008).

DERECHOS CULTURALES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Family Care International/Bolivia & Fundación Interarts, La Paz, Bolivia.



Fernández-Juárez, Gerardo Ed., Rodríguez, Lilia Coord. (2010).

SALUD INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS, Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador.

Fauveau, Vincent Coord. (2011)

EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO, CUIDAR LA SALUD, SALVAR VIDAS. Estrategia Mundial para la salud de las Mujeres y los Niños, ONU-Mujeres.

González Guzmán, Daniel. 2007.

Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador.

“Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural”

Hospital San Luis de Otavalo, Área de Salud No. 4. Ministerio de Salud Pública.

“Hacia la normatización del parto tradicional”, ECUARUNARI,

Ecuador Runacunapac Riccharimui, Confederación de los pueblos de Nacionalidad Kichua del Ecuador, 9 Agosto, 2006, disponible en:
http://www.ecuarunari.org/es/noticias/no_2006%200809_b.html.

Hincapié, Elizabeth, Valencia, Claudia Patricia (2000)

Capacitación de las Parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. *Colombia Médica*, vol. 31, núm 1, Universidad del Valle, Colombia.

Kathrin Wessendorf, Diana Vinding y Lola García-Alix (2004)

MUJERES INDÍGENAS, ASUNTOS INDÍGENAS, Revista bimestral IWGIA, Dinamarca.

Lerín Piñón, Sergio (2004).

Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta, *Desacatos* núm. 16, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Lino, Fernanda, Tornquist, Carmen S. (2005).

Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar, *Intersecciones en Antropología*, núm. 6, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Lineamientos Interculturales para el Personal de Salud,

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, *Folleto*, Secretaría de Salud, México.



Paredes Marín, Verónica, (2012).

Colocando curitas en arterias abiertas. De políticas interculturales y atención de partos en San Andrés Larráinzar. Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, D.F.

Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos.

Área de Salud No. 12 Hospital Raúl Maldonado Mejía Canton-Cayambé, Agosto 2010-Diciembre 2011. Hospital Raúl Maldonado Mejía del Cantón Cayambé con el apoyo técnico de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, CARE Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

Romero Zepeda, Jorge Adán (2012).

Promoción del empoderamiento de género en la población indígena de Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras, *Estudios Sociales*, vol. XX, núm. 40, Coordinación de Desarrollo Regional, México.

(2003) Salud Intercultural,

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 20, núm. 100, Instituto Nacional de Salud, Perú.

(2007) ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE MÉXICO

Elementos Generales para la Construcción de la Política de Atención. Secretaría de salud, México DF.

(2010) SALUD DE LA MUJER INDÍGENA,

Intervenciones para reducir la muerte materna, Banco Interamericano de Desarrollo.

(2012) Adecuación intercultural de servicios de salud materna en América Latina:

Lecciones aprendidas y retos pendientes.

Memoria, 31 de mayo y 1 de junio, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico SUR. Comité Promotor por una Maternidad Segura-México (CPMSM) Family Care International (FCI), México DF.

Vaca, Cuellar, Karina,

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN SALUD DE MÉDICOS DEL MUNDO EN EL HOSPITAL DE PATACAMAYA. Disponible en:

<http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/sistematizacion/Sistematizacion%20Patacamaya%20Bolivia.pdf>

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018,
México.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018 (PROSESA)

Objetivos de Desarrollo del Milenio,

Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Disponible en :
<http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/> última revisión 20 noviembre 2013.





Diagnóstico de necesidades de adecuación de los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero.
Primer taller con promotoras y parteras. Realizado: octubre de 2013. En Ometepec.

Jornada por la salud, la no discriminación y el buen trato a las mujeres indígenas.
Realizado: noviembre de 2013. Rio Iguapa, Buena Vista, Llano Silleta, Jicamaltepec, Pueblo Hidalgo.



voces **DIVERSAS** para construir un **MEJOR TRATO**

Indesol
Instituto Nacional de Desarrollo Social


Kinal Antzetik
DISTRITO FEDERAL A.C.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.