

## **GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y MUERTE MATERNA: BALANCE, METODOLOGÍA Y RECOMENDACIONES AL SECTOR SALUD**

**Acción: Diplomado 'Género y Salud intercultural' en las Sierras de Santa Marta y Zongolica para profesionalizar los servicios del sector salud**

### Contenidos

Introducción

La salud sexual reproductiva de las mujeres y la muerte materna

- Situación general en México
- Situación en Veracruz

Los distintos niveles de la causalidad

- Género
- Etnicidad
- Pobreza
- Violencia
- La salud y los servicios

Las experiencias desarrolladas con el IVM y el sector salud en Santa Marta y Zongolica

- Santa Marta 2009
- Santa Marta 2010
- Zongolica

Lecciones y recomendaciones

## INTRODUCCIÓN

El presente documento retoma la experiencia de trabajo desarrollada hacia el sector salud, con el apoyo del IVM, en dos de las regiones interculturales del Estado de Veracruz: en 2009 la Sierra de Santa Marta, en coordinación con Sesver en el Hospital de Tonalapan, y en 2010, en la región de Zongolica con el personal comunitario y de las UMR del IMSS Oportunidades. Este trabajo se desarrolló en estrecha colaboración entre Salud y Género, AC, las instituciones de salud, la UVI (Universidad Veracruzana Intercultural) y el Instituto de Salud Pública, ambas pertenecientes a la Universidad Veracruzana.

El documento parte del análisis de la situación de la mortalidad materna en México y Veracruz, sus determinantes sociales, la respuesta institucional en el campo de la salud y las propuestas que emergen (de estas y otras experiencias) para seguir avanzando en el abatimiento de la mortalidad (y morbilidad materna), a la vez que mejore la calidad de la atención a las mujeres en el ámbito de la reproducción y su salud general. Se retoma importantes aportes de investigaciones y documentos al respecto.

El objetivo del documento es el de desarrollar recomendaciones al sector salud que partan de estas dos experiencias de trabajo, así como desde una mirada de género e interculturalidad para mejorar la atención a las mujeres en el ámbito reproductivo para contribuir al abatimiento de la mortalidad materna.

Es importante señalar la participación de un amplio equipo de trabajo. La coordinación general de la acción del 2010 fue compartida por Carmela Flores (Salud y Género) y Benno de Keijzer (ISP/UV y Salud y Género) con Emma Reyes Rosas (Salud y Género) en la coordinación del componente en Santa Marta. En la docencia contamos con la participación de Carmela Flores, Benno de Keijzer, Emma Reyes Rosas y Olivia Aguilar Dorantes de Salud y Género, Aimé González (UVI), Mauricio Mendoza (ISP/UV), Lourdes Godínez (IVM) e Iván Ovando, con importantes aportes también de la UVI Tequila (Norma Loaiza y Víctor Abasolo). La sistematización fue apoyada por Xavier Antonio Velásquez, Sergio López de la Cruz, Iván Ovando y Natalia López. En el complejo apoyo organizativo y de diseño estuvo Olivia Aguilar y en lo administrativo Rubén Alarcón y Laura Garduño. Invaluable fue el apoyo del IMSS a través del Dr. Domingo Velázquez Reye, responsable de Acción Comunitaria y del Delegado del IMSS Sur, el Dr. Efrén Orrico Torres. Por parte del IVM fue esencial el aporte de Patricia Colorado, Edna Cortés y Berenice Maqueo del IVM. En el 2009 participaron, además Víctor Hugo Pavón, Mario Torres (CIJ), Julieta Jaloma (UVI) y Maurilio Lagos.

Agradecemos, en especial, a Matthieu Caullier la amplia revisión del tema para alimentar con referencias a este documento.

## LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES Y LA MUERTE MATERNA

Sintetizamos en este apartado algunos de los análisis más actuales articulando visiones desde la salud pública, el sistema de las Naciones Unidas y las instancias de las mujeres en el país.

Si bien la salud de las mujeres es un derecho humano y el embarazo no constituye, en sí mismo, una enfermedad, la mortalidad materna aqueja a las mujeres en el país, en especial, en regiones rurales e indígenas. A pesar de múltiples esfuerzos hechos por abatirla, la mortalidad materna se mantiene como un grave problema de salud por lo cual está incluida su disminución en los Objetivos del Milenio. Su persistencia se debe a que su causalidad es multifactorial. Según datos de instancias como *el Fondo de Población de Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, Population Action Internacional y la Safe Motherhood Initiative* entre los muchos factores se encuentran:

- La gran cantidad de mujeres que son jefas de hogar, muchas de ellas en situación de pobreza o pobreza extrema.
- Un 99% de las muertes maternas ocurre en el mundo en desarrollo, lo que representa la mayor crisis de salud pública y la mayor causa de disparidad entre países desarrollados y en desarrollo. Las posibilidades de que una mujer muera por complicaciones maternas son de 1 en 16 en los países más pobres, comparado con 1 en 2.800 en países industrializados.
- Específicamente en América Latina y el Caribe, 23 mil mujeres mueren al año por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, principalmente por hemorragias, abortos inseguros, infecciones, partos obstruidos y toxemias.
- Las tasas de mortalidad materna están inversamente relacionadas con la cobertura y calidad de los servicios, es decir, son más altas donde las coberturas prenatal y del parto son menores. En los países de baja mortalidad materna la cobertura del parto supera el 95%, mientras que en países de mortalidad materna alta se observan coberturas de atención del parto inferiores al 50%.
- Se ha estimado, a nivel global, que si todas las mujeres que desean controlar su fertilidad tuvieran acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces, la mortalidad materna se reduciría en un 50%, ya que se disminuiría el impacto tanto del embarazo/parto, como del aborto en condiciones de riesgo.

## Situación General en México

El tipo de atención que recibe la mujer embarazada es determinante en la salud de la madre y de su hijo. La atención prenatal puede reducir significativamente la morbi-mortalidad materna y perinatal, los partos pre-término y el número de productos con bajo peso al nacer. Los datos siguientes dan muestra del tipo de atención que reciben, por ejemplo, las mujeres indígenas embarazadas:

- 73.2 por ciento recibe atención prenatal por personal médico
- 5.1 por ciento recibe atención prenatal por enfermeras o promotoras de salud
- 14.3 por ciento es atendida por parteras (esta cifra es siete veces mayor que para las mujeres que no hablan lenguas indígenas)
- 7.4 por ciento no recibió atención durante el embarazo (entre las no hablantes de lenguas indígenas se reduce a 3.0 por ciento).

La atención del parto de las mujeres indígenas permite observar la importancia de las prácticas de la medicina tradicional indígena. Entre las mujeres que hablan lenguas indígenas, la participación de las parteras supera a la cobertura institucional del médico.

En cuanto al tipo de parto, si bien las normas de salud establecen que el límite ideal del parto por cesárea no debe exceder 20 por ciento, entre la población hablante de lengua indígena es un recurso sobre utilizado. Un ejemplo de esto: 39 por ciento de los partos de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos nació por cesárea.

- Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres, *La población indígena mexicana*, México, diciembre 2006: [cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf)

Los estudios epidemiológicos nos señalan que las causas obstétricas directas de estos padecimientos coinciden con las observadas en otras partes del mundo: hemorragia (prenatal y puerperal), hipertensión inducida por el embarazo (eclampsia), sepsis (infección), parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto.

Los resultados de varios estudios cualitativos y cuantitativos realizados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son mal ó subutilizados debido a limitantes culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia en la toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
 "POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

Otro problema es la subestimación estadística de la mortalidad materna que se debe en gran medida a que, tras la muerte de la mujer, no se hace constar en el certificado de defunción la condición de embarazada o puérpera; en consecuencia, el fallecimiento es registrado bajo un rubro que no corresponde a los de muertes maternas; la subestimación en México es realmente importante, se habla de que por cada muerte que se registra como materna queda otra sin registrar. Lo que tampoco se está tomado en cuenta suficientemente son las discapacidades que resultan de los riesgos de la maternidad y de las cuales se habla muy poco.

Esto se debe, generalmente, a deficiencias en el llenado del certificado de defunción, ya sea porque la persona responsable de ello omite la información o bien porque la mujer gravemente enferma y/o sus familiares ignoran u ocultan su condición de gravidez, situación frecuente en el caso del aborto inducido. En efecto, para evitar la condena moral, e incluso los problemas legales, la mujer, sus familiares y el proveedor de salud suelen ocultar el embarazo y las circunstancias que condujeron a la muerte.

- Fuente : *La mortalidad materna, Problema de Salud en México.*

La región sureste del país presenta tasas hasta 3 veces superiores a las del Noreste/Noroeste. En 1996 eran 4 veces superiores: lo que corresponde a diferenciales entre países como Argentina y Bolivia! Veracruz se ubica como entidad con altas tasas y comparte una situación parecida a la de Puebla: numerosas zonas indígenas y pobreza urbana importante.

- Aguirre Alejandro, "Mortalidad materna en México: medición a partir de estadísticas vitales", Colmex,

### **Situación en Veracruz**

La muerte materna es un fenómeno que ubica a México en la media tabla y abajo de un buen número de países latinoamericanos, pero que, analizado al interior se agudiza aún más en aquellos espacios geográficos de mayor deterioro. El 75% de esas muertes se concentran en 11 de los 32 estados de la República Mexicana y los ejercicios de distribución geo-referenciada permiten ver su relación con los corredores nacionales de marginalidad, población indígena, pobreza y rezago social. En este sentido el estado de Veracruz, se ubica entre los estados con más elevada mortalidad.

El estado de Veracruz se ubica como el tercer estado más poblado del país con más de siete millones de habitantes para el año 2009 (7,278,690 habitantes), una extensión

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
 "POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

territorial de 71,699 km<sup>2</sup> con una densidad poblacional de 102 personas por kilometro cuadrado y una dispersión poblacional asentada en más de 20 mil localidades (20,578), distribuidas en 212 municipios; cuenta con ocho grandes núcleos urbanos constituidos por una población superior a los 100 mil habitantes cada uno y miles de localidades con menos de 2500 habitantes (20,286) donde habitan cerca de 3 millones de habitantes; en un espacio geográfico donde 1 de cada 3 habitantes corresponde étnicamente a población indígena; es Veracruz el cuarto estado con mayor marginalidad del país, el quinto con más rezago social y en una condición de desarrollo humano profundamente impactado hacia el deterioro.

La pirámide poblacional del estado de Veracruz para el año 2009 muestra el momento de transición demográfica que vive, con un máximo proporcional ubicado en la población adolescente de 10 a 19 años de edad (20.1%) que según, cálculos contrastados con los indicadores de dependencia total, se ubica en franco proceso de bono demográfico que inició desde el año 2007 y hasta el año 2022 aproximadamente, según el comportamiento demográfico observado.

La relación entre la Marginalidad y Rezago Social tiene un gradiente biológico-social descendente conforme mejora la situación de ubicación. Las mujeres tienen 21 veces más probabilidades de morir de MM en los municipios más marginados con más altos grados de rezago social.

El informe indica, sin embargo, que la prioridad también debe ser el enfoque sobre las zonas metropolitanas que no cuentan con razones bajas de muerte materna: las poblaciones marginadas de grandes urbes constituyen un sector importante de la población de mujeres que mueren de MM.

- Instituto Veracruzano de la Mujer, *Estrategia para incidir en la Muerte Materna en los Municipios de alta incidencia de la Jurisdicción Sanitaria VIII, de la Secretaría de Salud de Veracruz, 2009.*

En el año 2008 se produjeron en Veracruz 98 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de ellas eran evitables; treinta de estas muertes se debieron a complicaciones del trabajo de parto y del parto; seguidas de edema, proteinuria y trastornos hipertensivos (veintitrés). Un año antes, la incidencia del estado fue de 7.6 defunciones por cada 10 mil nacidos vivos y en el país correspondió a 6 defunciones

- INEGI, Estadísticas Vitales. Consulta interactiva de datos).

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
"POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

Un análisis por jurisdicciones arroja que la Jurisdicción de Orizaba (que cubre la región de Zongolica) ocupa el segundo lugar en muertes maternas en cuanto al lugar de ocurrencia y está prácticamente en igualdad de condiciones en cuanto al lugar de residencia que jurisdicciones como Veracruz, Xalapa y San Andrés Tuxtla.

- Sesver, Boletín Epidemiológico, semana 50, Xalapa, diciembre, 2009.

La zona de Zongolica-Tequila está ubicada al sur de la ciudad de Orizaba. Es una zona mayormente nahua. Los municipios de la zona son de los municipios con más población indígena del estado. El estado cuenta con una población indígena con un 14% del total. Estamos ante una población femenina indígena que cuenta con escolaridad baja y no terminada.

En las mesas de discusión promovidas por el IVM, las mujeres de la sierra de Zongolica indicaron muchas problemáticas de salud que influyen dramáticamente en su salud materna y son factores agravantes de los riesgos de Muerte Materna. Ellas indican problemas de diarrea, de diabetes, de anemia, de gastritis. Todas esas enfermedades están íntimamente vinculadas con una condición de malnutrición crónica.

- Fuente: Instituto Veracruzano de las Mujeres, *Diagnóstico sobre la situación de las mujeres con enfoque de género en la Sierra de Zongolica y Santa Martha del Estado de Veracruz*, IVM, Xalapa, 2009.

#### **LOS DISTINTOS NIVELES DE CAUSALIDAD**

Según la forma en que interpretemos la causalidad de la MM será la forma en que la enfrentemos... y los resultados esperables. Desarrollaremos distintos tipos de intervenciones si la vemos tan sólo como un problema de patología orgánica y si no tomamos en cuenta aspectos como la subordinación de la mujer o la violencia. Como bien lo señala Freyermuth:

*Aunque se ha reconocido ya que el acceso a los servicios de salud crece a medida que se asciende en el aspecto económico, habría que preguntarse si el ingreso, la infraestructura disponible y las peculiaridades de las políticas de salud deben ser los únicos factores a considerar para explicar el nivel de acceso a dichos servicios, por parte de la población indígena. Bajo este esquema es posible considerar a la muerte materna como un evento prevenible, aunque habría que analizar si el contexto y las circunstancias en que ocurren estas muertes ofrecen esta posibilidad de prevención.*

- Freyermuth, 2003. Las mujeres de humo : Morir en Chenalhó; Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad” Porrúa, Mexico, D.F.

Por eso es importante un abordaje desde los determinantes sociales de la salud (DSS) que incluyen a la salud misma, pero que van mucho más allá. Las principales determinantes que incluiremos son el género, la etnicidad, la pobreza y la salud. Hemos decidido desarrollar asimismo a la violencia como una determinante específica más por su gran efecto en la salud integral de las mujeres. Profundizamos en algunos de los documentos revisados dado que presentan datos muy relevantes que no suelen ser muy visibles para el sector salud. Buscamos poner en relevancia lo que se conoce como el “punto de vista del actor”, en este caso, el de las mujeres.

## EL GÉNERO

El documento *Perspectiva de las mujeres ante el embarazo, su percepción del riesgo obstétrico y del derecho a recibir apoyo social y familiar durante el proceso del embarazo* revela muchos aspectos en los cuales el género está presente como determinante de la salud, la enfermedad y la muerte de las mujeres, articulándose, a su vez, con otros determinantes.

El embarazo es visto por mujeres de zonas rurales con grados de marginación medio y alto, como un acto natural y predeterminado a su condición de mujer y al ingreso a la vida “adulta”; embarazarse es el resultado sorpresivo, pero invariablemente asumido, de mujeres jóvenes que inician a temprana edad su vida sexual, sin medidas anticonceptivas. Ser madre (“traer una vida al mundo”) forma parte de ser mujer adulta, independiente.

Las mujeres con escolaridad media básica saben que existen métodos anticonceptivos y para su protección sexual a su alcance, pero generalmente no consideran la opción de utilizarlos (“no me interesaba”, “no eran para mí”, “no me llamaban la atención”), evidenciando una brecha entre el conocimiento y la práctica. Para las mujeres que hoy enfrentan un embarazo solteras o separadas, la concepción del hijo no fue planeada ni deseada en su origen (ni por ellas ni por la pareja), aunque sin dificultad todas lo asumen, lo esperan y lo desean con una mezcla de temor a las responsabilidades materiales e ilusión por la crianza. Para las mujeres que se embarazan estando casadas, la experiencia suele ser planeada, deseada y compartida en diferentes grados por la pareja. Además, existe en ellas una idea funcionalista del embarazo; especialmente en las mujeres mayores, el embarazo es visto como la oportunidad de que hijos e hijas cubran las necesidades afectivas de los padres varones (“Ya tiene una niña, ahora quiere el varón.”).

Respecto a la percepción que la mujer tiene del riesgo durante el embarazo, representa para la mayoría una idea de peligro lejana a sí mismas, pero mucho más cercana al bebé; se teme el nacimiento de hijos enfermos o la muerte del mismo durante el parto; éste temor se acentúa en mujeres que han sufrido abortos y la muerte perinatal de un hijo. Mujeres jóvenes que están viviendo embarazos estables, saludables (aún con factores de riesgo), no visualizan la posibilidad de que algo les suceda a ellas (*"¿A mí? No, nada, ¿qué me puede pasar?"*, *"Yo digo... o sea, ya está uno vivo y en cualquier momento se puede uno morir"*).

Más aún, están las mujeres que, conscientes del riesgo que corre su vida (producto de un embarazo a los 40 años o con fuertes problemas de salud), consideran como principal problema no su muerte sino la responsabilidad que le queda al padre de criar a sus hijos.

Las mujeres tienen una información general, imprecisa sobre los problemas de salud que pueden poner en peligro su vida durante el proceso del embarazo; identifican como un riesgo *"el azúcar alta"*, *"la presión alta"*, *"las infecciones de las vías urinarias"*, *"hacer trabajos o cargar pesado"*, *"los problemas graves de salud"* y la posibilidad de recibir atención médica no experta en el momento del parto (*"los practicantes en lugar de los médicos viejos"*). Su conocimiento de las medidas para llevar un embarazo saludable es un poco más preciso y proviene tanto de la orientación del sector salud como de las enseñanzas compartidas por mujeres de sus familias (alimentación saludable, consumo de fumarato ferroso y ácido fólico, reposo, ejercicio moderado, evitar automedicación y esfuerzos extremos).

Así, podemos observar una baja valorización de su vida y una subestimación de los riesgos. Estos factores son generados y, a su vez, reproducen otros factores externos señalados como son la etnicidad, la pobreza y el acceso a servicios de salud.

El diagnóstico del IVM en las regiones trabajadas refiere que las mujeres ubican un riesgo importante en la actitud de los maridos, por ejemplo, cuando ellos no las dejan ir a la clínica. Ejercen una violencia sexual y abusan de su posición dominante para imponer embarazos y prohibir la anticoncepción a las mujeres. Las habitantes de la zona también hablan de las violaciones, especialmente sobre las niñas. Eso ocasiona un número importante de embarazos no deseados y de abortos que en las condiciones de la zona llevan a hemorragias e infecciones.

Esto apunta a que no podemos seguir viendo al género como un asunto sólo mujeres y que la búsqueda de la equidad como sólo tarea de ellas. Por ello requerimos de una mirada relacional incluyente de los hombres. Los hombres también pasan por una socialización estereotipada de género que determina mucho sus representaciones y sus prácticas cuando son jóvenes y adultos. Estos patrones los llevan a concebirse como proveedores, con autoridad sobre la mujer, a arriesgar y abusar del propio cuerpo,

dejando de lado el autocuidado, la empatía y a expresar las emociones en una forma muy limitada.

- Fuente: Benno de Keijzer, El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva

En su trabajo pionero Del Carmen Elú (1992) muestra algunos aspectos de los hombres en este tema:

- Muchos hombres no dejan a sus esposas consultar a un médico porque desconfían en otros hombres
- Hay maridos que prohíben el uso de anticonceptivos originando embarazos impuestos.
- Existen los maridos que tienen otras parejas y que recurren al chantaje para tener más hijos, amenazando con el abandono.

- Fuente: Elu, Ma. del Carmen, La luz enterrada, FCE, México.

También detecta barreras culturales entre las familias y servicios de salud, así como una tendencia en la que los médic@s y las parteras se echan la culpa de la MM, sin ver las oportunidades perdidas de trabajar en conjunto.

## LA ETNICIDAD

La muerte de una mujer en edad fértil por motivo de la maternidad debe entenderse como expresión de desventajas para el logro de sus deseos reproductivos, y constituye una tragedia familiar y social. En el ámbito de la mortalidad materna, la población indígena continúa siendo uno de los grupos más vulnerables (INMUJERES *et al.*, 2006).

Así, las condiciones de marginalidad en que viven las mujeres indígenas las ponen en mayor riesgo de sufrir muertes maternas:

- En 1990, en municipios de alta marginación y netamente indígenas (70 por ciento de su población es indígena), la tasa de mortalidad materna (TMM) era de 17 por 10 mil nacidos vivos y descendió a 15.4 por ciento en 1999.

- En municipios de baja marginación y con 40 por ciento de población indígena, la TMM era apenas de 4.4 y se incrementó a 5.1 en 1999. Si bien disminuyeron las diferencias entre municipios con distintos niveles de marginalidad, los indicadores de

mortalidad materna no se redujeron de manera relevante. Los elevados niveles de mortalidad materna entre la población indígena de México se explican por sus condiciones de rezago social, la falta de acceso a servicios de salud apropiados, el aislamiento de las localidades en que habitan, la pobre vinculación entre la medicina tradicional y la moderna o institucional, así como el predominio de relaciones de género profundamente desiguales.

**Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres, *La población indígena mexicana*, México, diciembre 2006: [cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf)**

La pobreza también influye en la generación de las llamadas barreras culturales que dificultan la comunicación y la atención de parte del personal de salud. En su paso por nuestras universidades, existe una clara insuficiencia en la formación de este personal para poder trabajar desde una mirada intercultural.

En el contexto mexicano se problematiza poco el tema del racismo quizás, precisamente, porque no se ha erradicado. Lo "étnico" aparece como una forma más suave para referirse a distintas formas de discriminación. Como lo apunta Freyermuth en el caso de Chiapas:

*...entre los diversos grupos indios y no indios se establecen relaciones profundamente racistas y desiguales que permean la estructura social, política y económica, mezclándose y confundiéndose con las estructuras de clases. Esta desigualdad limita las posibilidades y derechos de los indígenas en materia de salud en múltiples aspectos: haciéndolos enfrentar riesgos innecesarios, obstaculizando el desarrollo de la medicina indígena y limitando el acceso a la medicina occidental (p.14).*

- Fuente: Freyermuth, 2003. Las mujeres de humo "morir en Chenalhó; Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad" Porrúa, Mexico, D.F.

## LA POBREZA

En la frontera entre los factores externos e internos se encuentran aquellos elementos del ambiente socioeconómico que representan una amenaza para la seguridad de la mujer embarazada, pero que además pueden considerarse internos en tanto se constituyen en medios de afrontamiento de los que se carece, lo que da cuerpo al estado de indefensión y fragilidad social que padecen algunas mujeres embarazadas en condiciones de riesgo. Estos factores tienen que ver con elementos como la educación, el trabajo y la migración.

Interrupción de la educación formal por causas asociadas al embarazo: si bien algunas mujeres refieren haber decidido abandonar la educación básica por desinterés o por el deseo de empezar a trabajar, otras más se ven orilladas a dejar la secundaria o el bachillerato a los pocos meses de saberse embarazadas. Aunque, en general, los servicios educativos no expresan rechazo hacia ellas, el estado de salud y las necesidades económicas las orillan a la deserción escolar. Aunado a esto, se desconocen las instancias gubernamentales que apoyan a madres jóvenes para la continuación de la educación media básica. En todos los casos de mujeres jóvenes que abandonaron la escuela por el embarazo está presente el arrepentimiento por los proyectos personales inconclusos, la pena ante el reclamo materno permanente (*"¡Ahí tienes tu doctora!", "tenía miedo de decírselos, porque les fallé"*) y, en algunos casos, la conciencia de que volver a estudiar representa una oportunidad para salir adelante y cubrir las necesidades de sus hijos.

Dependencia económica y patrimonial de la pareja: salvo excepciones de mujeres mayores, solas y económicamente independientes, la mayoría de las mujeres jóvenes embarazadas dejaron de estudiar o de trabajar al "juntarse" con sus parejas, salieron de las casas paternas y se fueron a vivir al hogar de los suegros, lo que las pone en condiciones de dependencia económica de sus parejas; cuando el hombre también es joven y aún no es independiente, viven en casa de la familia paterna, son mantenidos por ellos o comparten los ingresos del joven; esta dependencia también se traslada a la toma de decisiones y a la organización familiar. En el caso de la mujer que vive en estas condiciones (y además sufre abandono o maltrato) y decide retirarse, tiene que acudir a solicitar ayuda de las hermanas o los padres, completamente carente de recursos y bienes para subsistir.

Integración temprana -en la infancia y la adolescencia- a la vida laboral informal: habiendo abandonado los estudios básicos, muchas mujeres se inician en el empleo informal en la búsqueda de contribuir con el ingreso económico de su familia, en la búsqueda de su independencia y distanciamiento de ambientes familiares desintegrados y, especialmente, ante la necesidad de subsistencia de ellas y de sus hijos, cuando las parejas las abandonan.

Trabajo poco calificado: mujeres adolescentes embarazadas y con baja escolaridad sólo tienen acceso a empleos poco calificados y poco remunerados (empleadas domésticas, meseras, vendedoras ambulantes).

Migración temprana por trabajo y por desintegración familiar: muchas de las mujeres participantes en el estudio provienen de familias que emigraron de sus lugares de origen (con lo que se pierde el contacto cercano con abuelos y tíos); en otros casos, son ellas las que tras abandonar los estudios emigran a ciudades donde buscar empleo (Veracruz, Puebla, Ciudad de México), con lo que se profundiza el desarraigo del grupo social y de la familia de origen.

- *Perspectiva de las mujeres ante el embarazo, su percepción del riesgo obstétrico y del derecho a recibir apoyo social y familiar durante el proceso del embarazo.*

## LA VIOLENCIA

Evidentemente la inequidad de género, la precariedad y la incertidumbre constituyen factores que propician la violencia. La pobreza favorece las situaciones de conflictos y la violencia masculina. La creciente articulación entre embarazo, violencia y muerte materna merece un desarrollo específico. Algunos datos que permiten identificar ciertos rasgos de violencia entre las mujeres indígenas son los siguientes:

- 42.6 por ciento recuerda que le pegaban cuando era niña
- 23.8 por ciento recuerda que la insultaban u ofendían cuando era niña
- \*24.6 por ciento recuerda que entre las personas con las que vivía de niña había golpes
- 46.6 por ciento considera que cuando los hijos son desobedientes y se portan mal, los padres tienen el derecho de pegarles
- 29.0 por ciento considera que cuando la mujer no cumple con sus obligaciones, el marido tiene el derecho de pegarle.

Además, se presentan otros datos que dan cuenta de la falta de autonomía y persistencia de roles tradicionales entre la población indígena:

- 74.4 por ciento considera que una buena esposa debe obedecer en todo lo que su esposo ordene
- 84.3 por ciento considera que el hombre debe responsabilizarse de todos los gastos de la familia
- 53.5 por ciento considera que una mujer tiene la misma capacidad que un hombre para ganar dinero
- 30.7 por ciento considera que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo, aunque ella no quiera.
- Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres, *La población indígena mexicana*, México, diciembre 2006: [cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos.../100782.pdf)

Buscando explicaciones para esta situación, Roberto Castro habla de “pedagogía de la sumisión” que empieza a muy temprana edad para las mujeres y que les hacen “aguantar” la violencia. El control de la vida y sexualidad de las mujeres es transmitido de los padres al varón quien la mantiene en su poder con la violencia repetida. La violencia física interviene siempre para reafirmar un lugar de superioridad e imponer decisiones o situaciones.

El control de la sexualidad y de la capacidad reproductiva de las mujeres es la primera violencia ejercida contra ellas. Muchas relaciones sexuales empiezan con chantaje y presiones para tener sexo. Muy a menudo, el acto sexual es impuesto a las mujeres. Varios hombres en el estudio expresaron su poder embarazándole a su pareja como acto que marcaba el cuerpo de la mujer como propiedad. La falta de anticoncepción por rechazo del varón respondiendo a una lógica homóloga que busca mantener la mujer bajo un dominio y una decisión que significa su dominación y su dependencia al varón. La masculinidad hegemónica cuenta incluso con la tolerancia del entorno social por actos de violencia durante el embarazo.

La familia y los noviazgos preparan las mujeres a soportar cantidades de labores para toda la familia que ponen en riesgo su salud. Esas cargas de trabajo ponen en riesgo su salud, no solamente materna, sino entera. La literatura especializada da cuenta de experiencias de abortos inducidos y de accidentes por extenuación extrema, producida también por la falta de proteínas/y grasas que afectan su salud y aumentan la probabilidad de padecer de problemas graves durante el embarazo. La violencia masculina es ciertamente una nueva manera de pensar en el problema de la muerte materna: para tratar de incluir a los hombres en este proceso. Los hombres pueden propiciar las mejores condiciones de desarrollo del embarazo y contribuir a evitar las complicaciones del parto. Las reacciones de los varones son sumamente importantes frente a los peligros que corren las mujeres. Como lo señala también Elu, la falta de reacción por miedo del gasto monetaria cuesta muchas vidas.

Hay que tomar nota también de la violencia que sufren dentro de ciertas familias las mujeres que no tuvieron hijos varones y que son aún más marginadas y violentadas por eso. Sus embarazos pueden ser más peligrosos dentro de un ámbito de rechazo y de violencia: pueden resultar en abortos y hemorragias.

Las amenazas y el clima de violencia siguen manteniendo muchas mujeres en un estado de estrés y ansiedad que daña su salud e impacta en su embarazo. La posibilidad de

separarse en ciertos contextos indígenas no existe y casi no hay una salida del ciclo de violencia. Muchos hombres suelen aislar mujeres de sus familiares y amistades para mantener una relación de servicio exclusivo y de dominación sobre las relaciones sociales de su pareja. Los esposos con fuerte consumo alcohólico representan una grave amenaza para las mujeres y su producto. Además, el hombre violento no va a reportar inmediatamente los golpes y las lesiones que ha podido sufrir su pareja si él es el responsable.

Castro, en su conclusión, muestra que la prevalencia de todas formas de violencia durante el embarazo es casi del 25% en México. Tal vez podemos pensar que en las poblaciones indígenas presentan diferencias notables, pero no se tienen datos suficientes para afirmarlo. La violencia durante el embarazo es la continuación de la violencia que se daba antes en la pareja y que conoció también la mujer en su familia de niña. A pesar de eso, algunas mujeres indican la violencia empezó con el embarazo por celos y pretextos como la duda de paternidad. Una mujer empleó la palabra de "incubadora" para ciertas parejas en que sólo importa el hijo y poco la esposa.

Por el contrario, a veces el embarazo puede ser un periodo que pospone la violencia y la detiene por varios meses. La violencia emocional se mantiene constante, pero los niveles de violencia física y sexual disminuyen. Una interpretación es que para los hombres hay un interés en proteger a sus futuros hijos, pero a no a la esposa como persona.

Los embarazos que son más propicios a la aparición de la violencia son los embarazos no deseados y ocasionan un grado de conflictos mayor y una desesperanza profunda en la mujer. Los suicidios no son contabilizados como muerte materna pero tendrían que ser investigados. La violencia tiene mucha menor prevalencia en las parejas cuando las mujeres no han tenido ninguna otra pareja ni niños de otros hombres. En el contexto indígena recordamos también la importancia, tal vez mayor, de la virginidad. Finalmente, un ambiente social muy precario facilita la explosión de violencia y los conflictos dentro de las comunidades que pueden detonar más violencia por parte de la pareja.

- Roberto Castro, "Violencia contra mujeres embarazadas", UNAM, CRIM ,2004.

LA SALUD Y LOS SERVICIOS

Los servicios de salud juegan un rol también determinante en la salud y la sobrevivencia de las mujeres, no sólo por la accesibilidad sino por la calidad de los mismos. El documento *Perspectiva de las mujeres ante el embarazo, su percepción del riesgo obstétrico y del derecho a recibir apoyo social y familiar durante el proceso del embarazo* recoge la mirada de las mujeres en cuanto a los principales problemas:

Falta de protección social y en salud: como sociedad, se carece de apoyos institucionales formales o permanentes para la salud y seguridad de las mujeres, particularmente de las embarazadas. La mayoría de las mujeres del estudio accedieron al Seguro Popular durante el segundo y tercer trimestre de su embarazo, y algunas otras no cuentan con él ni con otro tipo de seguridad social. La mayoría de los municipios del estudio no cuentan con instancias municipales de la mujer, ni los Ayuntamientos y oficinas de DIF implementan estrategias permanentes y específicas de apoyo a la mujer embarazada.

Persistencia del modelo cultural patriarcal: que se refleja en el trato de las instituciones, así como en el trato de la familia de origen y de la pareja hacia la mujer embarazada. Las mujeres del estudio expresan que el trato del personal de las unidades de salud de primer y segundo nivel suele ser "grosero", "vulgar", de "regaños", de "maltratos". Médicos generales, enfermeras y ginecólogos asumen conductas superiores ante las mujeres embarazadas, especialmente ante las jóvenes ("*no, aquí debes de llegar temprano jo de plano no te paso!... ¡vuelves a llegar tarde y te regreso, ya no te atiendo!*"; "*¡Ay!*" le digo al doctor "*me lastima*", "*¡Ah!*, de seguro, de seguro cuando estabas allá no te lastimaron, ahora no te quejes"), reproduciendo las prescripciones que sobre la conducta de la mujer tienen los padres y hermanos, o los patrones de fragilización social asumidos como privilegios masculinos (reproche, mandato, regaño hacia la hija, la esposa, la hermana).

De esta forma, los médicos pueden participar al proceso social de desempoderamiento de las mujeres, manteniéndolas en condición de inferiores. Se evidencia una escasa conciencia y ejercicio de derechos: algunas de las mujeres participantes en el estudio no consideran tener el derecho y los medios para exigir calidad ante la gratuidad del servicio de salud; privilegian la protección de la salud del hijo por sobre la propia y consideran como obvio y natural una supuesta imposibilidad para ser contratadas para trabajar durante el embarazo.

Por último, existe una alta de conciencia de la vida y la salud como bienes propios: en el extremo del no reconocimiento a la inevitabilidad de la muerte materna algunas mujeres conciben la posibilidad de su muerte producto del embarazo como una pérdida para el hombre o el grupo familiar.

**En cuanto a la presencia y la calidad de los servicios anotan:**

Servicios de salud poco accesibles: las instituciones de salud y personal médico no responden a las expectativas y necesidades de atención de las mujeres. Los servicios de salud resultan inaccesibles en tanto una serie de procedimientos administrativos formales e informales les dificultan una atención gratuita, expedita y segura en las unidades de primer y segundo nivel; también dificultan el acceso a medicamentos, procedimientos de laboratorio y consultas especializadas.

El personal de salud tiene un desarrollo deficiente de competencias comunicativas y de relación interpersonal: las mujeres expresan una persistente insatisfacción y un sentimiento de frustración ante el trato distante del personal médico y las actitudes represivas del personal de enfermería.

La educación para la salud de la mujer embarazada que no ha generado aprendizajes significativos: el análisis del discurso de las informantes identifica la ausencia de procesos sistemáticos de educación para la salud dirigidos a las mujeres embarazadas, así como la falta de impacto de la información que ocasionalmente se transmite vía la asesoría durante la consulta individual. Las mujeres embarazadas desconocen los beneficios del control prenatal y sólo lo asocian con la recepción de "vitaminas", el "fumarato ferroso" y al parto gratuito.

Un primer balance de las determinantes sociales del problema hace resaltar la complejidad del fenómeno: el embarazo es, sí, un fenómeno fisiológico, de la mujer que puede coexistir con cierta patología y esta, en casos, lleva a la muerte. Esto implica que es una tarea del sector salud prevenir y atender estas situaciones de patología a la vez que velar por la mejor atención en cuanto a la calidad técnica y la humana.

Pero un embarazo es mucho más que eso: es un fenómeno vital, muy significativo para las mujeres, para sus parejas y familias, su red inmediata y el ámbito comunitario. Tiene implicaciones económicas, altera claramente la trayectoria educativa y laboral e incluso determina cambios de residencia para las mujeres. Tiene ramificaciones psicológicas muy profundas ante los retos del embarazo mismo, del parto, el posparto y, luego, de la crianza.

Finalmente, tomando en cuenta los diversos determinantes, es imposible disecar el peso específico de ser mujer, ser indígena y ser pobre – se entremezclan en una articulación perversa de inequidades.

### **Factores relacionados con el estado de salud de las mujeres**

Más allá de los servicios de salud, existe una serie de situaciones que impactan la salud de las mujeres. Algunas que señala la bibliografía y la experiencia de campo son:

Persistencia de una mala nutrición en la mujer, desde antes del embarazo: es frecuente la referencia de una deficiente nutrición (horarios irregulares de alimentación, dieta no balanceada) desde la infancia y la adolescencia, que se continúa durante el embarazo al punto de cursar con anemia.

El inicio de relaciones sexuales a temprana edad: persiste en mujeres rurales e indígenas el patrón de haber iniciado las relaciones sexuales en la adolescencia, desconociendo las medidas de salud sexual y reproductiva. Los primeros noviazgos a los 13, 14 o 15 años que suelen dar pie a las primeras relaciones sexuales.

Embarazos no planeados a partir de las primeras relaciones sexuales en la adolescencia (mujeres de menos de 20 años) que son producto de una actividad sexual sin protección y sin orientación familiar. El embarazo en adolescentes resulta no planeado (*"pues porque ninguna muchacha así quisiera quedar embarazada"*) no sólo en la primera ocasión, sino en gestas posteriores, ya que las parejas de jóvenes se niegan a utilizar regularmente métodos anticonceptivos.

Presentación de riesgos obstétricos a lo largo del embarazo: problemas de hipertensión y del control de la glucosa, hemorragias, mala nutrición, infecciones de vías urinarias, amenazas de aborto. Algunas mujeres que han pasado por estos problemas iniciaron tarde su control prenatal y no han recibido suficiente información sobre su problema de salud ni recomendaciones para su cuidado.

Falta de construcción de la idea de riesgo obstétrico como posibilidad para la mujer embarazada: se carece de una idea clara de las situaciones que las ponen en riesgo durante el embarazo. La enfermedad y la muerte materna son vistas como posibilidades alejadas de su realidad, que no les representan mayor atención o alarma; los temores asociados al embarazo y al parto están relacionados con el dolor del parto, con el peligro que corre el bebé al momento de nacer y con una mala práctica médica.

Escasa preparación familiar para el periodo de parto y posterior al parto: el embarazo se va experimentando y atendiendo de forma cotidiana, especialmente en los casos de las mujeres jóvenes y sin apoyo familiar; no se prevé suficientemente el momento del parto, no se cuestiona al personal médico sobre las condiciones en que se realizará y por qué, no

se conocen las medidas de cuidado de la mujer durante el postparto. En los casos en que si existe una organización familiar para ese momento, se restringe a considerar el ahorro para los gastos y la identificación de una persona que ayude a la mujer o que atienda al bebé o a los hijos mayores, en caso de haberlos.

## **LAS EXPERIENCIAS DESARROLLADAS CON EL IVM Y EL SECTOR SALUD EN SANTA MARTA Y ZONGOLICA**

Durante 2009 y 2010 el IVM, en conjunto con Salud y Género, la Universidad Veracruzana y el sector salud, impulsó dos acciones en la transversalización del género. Detallamos aquí las experiencias desarrolladas con la Secretaría de Salud en Santa Marta (2009 y 2010) y con IMSS Oportunidades en Zongolica (2010).

### **Santa Marta 2009**

El proyecto "Capacitación en perspectiva de género, masculinidades y salud intercultural del personal de salud de la Sierra de Santa Marta, Veracruz" se centró fundamentalmente en el Hospital de Tonalapan que cubre las necesidades de segundo nivel en la región. La acción se desarrolló de mayo a noviembre con el objetivo de:

Sensibilizar y formar al personal de salud de las unidades médicas ubicadas en la Sierra de Santa Marta en aspectos de equidad de género, masculinidades y salud intercultural.

A grandes rasgos, el proyecto partió de un proceso de co-planeación interinstitucional (IVM, Servicios de Salud, Salud y Género, el ISP/UV y la UVI). Planteado el proyecto, se conformó un equipo multidisciplinario e interinstitucional de muy buen nivel y experiencia para el diseño y desarrollo del proceso de sensibilización y formación del personal de salud en cuatro grandes temas:

- El género y la salud de mujeres y hombres
- La salud intercultural
- La violencia
- y la salud sexual/reproductiva.

Se realizó el diseño y desarrollo de un material educativo para socializar la visión de género y salud intercultural a nivel comunitario y se sistematizó el proceso para facilitar su multiplicación y adaptación. Todo el proceso fue evaluado de distintas formas y culminó con un informe de resultados, la entrega del material educativo, y una serie de compromisos y propuestas de mejora de parte del personal de salud del Hospital. Todo este proceso está detalladamente documentado en las cartas descriptivas y reportes por taller, los reportes mensuales, el informe sustantivo final y en los reportes de evaluación cuantitativa y cualitativa.

### Los principales resultados

En cuanto objetivo de capacitación el resultado es más significativo es la **sensibilización y formación** del personal de Hospital con la asistencia completa de 80 personas (3 talleres con un total de 24 horas), un 75 % del total programado, con una participación de un total de 111 personas en el proceso. Fue clave la idea de que se capacitara a todo el personal y no sólo al personal técnico o profesional. Así, consideramos un logro notable la participación, en grupos mixtos, de médicos/as, enfermero/as, trabajadoras sociales, personal de laboratorio y de limpieza, así como el personal administrativo. Por razones que no entendieron totalmente, la participación de las unidades de la salud de la región fue más limitada (5 personas, que equivalen a 16.5% de lo programado) lo cual limitó también el alcance del proyecto.

Según los participantes, el abordaje metodológico se consideró adecuado y prácticamente todas las técnicas lograron su cometido. Se contó con el reto de que un porcentaje importante de las personas asistentes no venían del campo de la salud, por lo que el abordaje participativo se constituyó en un puente para abrir diálogos y reflexiones en torno a los tres grandes temas revisados.

Un resultado no programado, pero deseable, fue la incorporación de profesoras y estudiantes de la UVI, en especial, de la Orientación en Salud que ya tenía vínculos con el hospital – vínculos que se han reforzado notablemente.

La **guía didáctica *Los hombres y la salud*** se elaboró a partir de los diagnósticos participativos realizados en el primer taller, del cual surgieron los principales problemas

en donde está presente el género y la interculturalidad. Las escenas se comentaron y discutieron con todas las instituciones involucradas y algunos de los participantes de los talleres.

La **propuesta de mejoramiento de la atención** se construyó de forma eminentemente participativa ya que se incluyó como último punto de los cuatro talleres el trabajo en grupos para plantear las sugerencias. Los grupos se constituyeron de acuerdo a su posición en el funcionamiento del hospital: las personas que atienden dentro del mismo, las que trabajan en consulta externa y en contacto con la comunidad y las que participan en las unidades de salud de la región y/o en la UVI.

Existen **problemáticas significativas** en el funcionamiento de los servicios de salud que chocan con la idiosincrasia y necesidades de la población que habita en la región. Esto, de hecho, justificó la realización del proyecto. En el desarrollo de los talleres se registraron diversos problemas en ambos lados de esta ecuación:

- Que la mayor parte del personal profesional del hospital era "importado", es decir, no oriundo de la región por lo que no entiende el idioma y tampoco la cultura local.
- Dicho personal no tiene formación en género ni en una perspectiva de salud intercultural – algo que aún no está presente como eje en la formación técnica y universitaria. Esto repercute en limitaciones importantes en la atención del parto desde una mirada culturalmente sensible y la baja percepción y nula denuncia de los casos de violencia doméstica.
- Estos dos aspectos conllevan a un elevado nivel de prejuicio con respecto a la población que atienden que se sintetizan en frases como:

*i. No entienden... no captan.*

*ii. No tienen educación. Hay que bajarse a su nivel.*

*iii. Tienen que cambiar. Hay que desterrar sus creencias*

*iv. Se embarazan muy jóvenes. Tienen demasiados hijos (por la beca Oportunidades).*

*v. Nos les duele que se mueran (sus hijos o, en el caso de los hombres, su pareja).*

Por parte de la población también hay una serie de problemas y retos que reflejan lo detectado en estudios como el "Diagnóstico sobre la situación de las mujeres" apoyado por el propio IVM. En la capacitación emerge, en especial, la inequidad de género con claros efectos en contra de las mujeres y consecuencias también para los hombres, en especial, las muertes violentas. Por otra parte, la concepción del proceso salud/enfermedad/atención de la población, más basada en una actitud fatalista, es distinta a la del personal de salud lo cual provoca también diferencias y choques. Las dos problemáticas donde esto se nuclea en forma más clara son la violencia hacia las mujeres y la atención del parto.

El principal obstáculo encontrado fue la participación limitada del personal del hospital dada por un aumento de la demanda de consultas. El taller para las unidades de salud también se vio afectado por el avance del dengue en la jurisdicción dado por las intensas lluvias que hubo a partir de agosto y luego por asuntos de tramitología de permisos y viáticos.

### Principales desafíos planteados

El proyecto cierra con posibilidades y recomendaciones muy interesantes de desarrollo tanto en lo inmediato como a futuro.

- El problema de la violencia debe de trabajarse con mayor profundidad por su importante presencia en las relaciones entre hombres y mujeres y entre los propios hombres en las regiones aludidas. Entre el personal y la población debe aumentar el conocimiento de las leyes, normas, instituciones y procedimientos. Se debe apoyar una mayor detección de los casos que llegan a los hospitales y centros de salud y es necesario reforzar las competencias del personal en cuanto a su manejo psicológico y legal, así como la referencia a las escasas instancias que ya atienden estas situaciones en la región. En un plazo mediano, se requiere un trabajo más intenso con las mujeres de la región en cuanto al empoderamiento y la denuncia, así como un trabajo con enfoque preventivo con hombres y con jóvenes de ambos sexos.
- Impulsar el parto humanizado (vertical, con protagonismo de la mujer y participación de su pareja o familiares) con la sensibilización, la capacitación y el equipo que se requiera. El tema es clave dado que 42% de las atenciones que el hospital brinda cada año tienen que ver con el embarazo y el parto de las mujeres de la región. Esto se

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
 "POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

puede hacer en el 2010, articulándose con la iniciativa que al respecto desarrolla la Secretaría de Salud Federal.

- Mantener y profundizar la colaboración interinstitucional lograda más allá de proyecto temporales.
- Procurar una mayor vinculación y desarrollo de la experiencia con otras experiencias semejantes en el país (UVI, sector salud) y en el extranjero.

**Santa Marta 2010**

Para este año de desarrolló una estrategia de seguimiento a la acción del año anterior y de profundización en la capacitación en temas clave. El Objetivo Específico fue:

- Monitorear el proceso de apropiamiento de los enfoques en los procesos educativos en salud dando seguimiento a la acción Género, Salud e interculturalidad en la Sierra de Santa Marta realizada en 2009.

**Desarrollo general de la Acción 2010**

- Se diseñó un proceso de evaluación participativa en torno al seguimiento del "Proyecto de Capacitación en perspectiva de género, masculinidades y salud intercultural" desarrollado en el 2009.
- Diseño y ejecución de dos talleres de seguimiento en Tonalapan con programa, evaluación y material de apoyo.

En Santa Marta (Hospital de Tonalapan) se dio inició con las actividades del seguimiento para continuar luego con dos temas que tenían que ver con las necesidades detectadas al cierre del proyecto desarrollado con el IVM. Los temas fueron:

Módulo	Duración
Consejería en violencia	2 días
Mortalidad materna y parto humanitario	2 días

El seguimiento a las acciones en 2009 profundizó en la incorporación de la mirada de género y la de interculturalidad en el trabajo del hospital. Se diseñó un instrumento de

autollenado individual que profundiza en los logros y limitaciones en ese proceso de incorporación. Se encontraron los siguientes resultados:<sup>1</sup>

En cuanto a la incorporación del **género**, mencionan que han podido reflexionar y comprender muchos aspectos de la cultura de la zona, de la actitud de las personas de la misma, de sus distintas facetas como humanos y como profesionales de la salud.

La orientación y trato a las y los usuarios han cambiado ya que manifiestan una mayor comprensión de los usos y costumbres de las mujeres y hombres en la región. Esto ha traído beneficios, no sólo con los beneficiarios, sino dentro del mismo ambiente laboral:

- ampliando la comunicación e interrelación con usuarios, compañeros y directivos del hospital,
- compartiendo mayor dedicación y compañerismo, de forma respetuosa y tomando en cuenta sus opiniones, e ideas
- enriqueciendo con esto sus conocimientos, su organización, su operación y desarrollo.

Otro aspecto significativo que se mencionó fue respecto al trabajo con las parteras tradicionales.

*Antes, las parteras llegaban, las discriminaban, pero después del taller, ya los médicos las vieron con una mirada diferente.*

Sin embargo, en la práctica, durante la capacitación de esta fase, la tendencia del personal del hospital mostró que tienden a verlas como servidoras de l@s médicos. Las parteras son obedientes y se han institucionalizado, ahora creen que es mejor que las mujeres vayan al hospital, den a luz a sus bebés acostadas. Vemos que se manifiesta la cultura del poder médico. Percibimos que hay contradicciones y expresiones desde el “deber ser” ante la evaluadora externa. Habría que hacer un trabajo de observación participante para dar cuenta de hasta dónde se da en la cotidianidad de la vida hospitalaria.

Respecto a la incorporación de la visión de **salud intercultural**

En general se entienden mejor las tradiciones de los pacientes de la Sierra. Respecto a cómo se aplica en la dinámica del hospital, 17 personas no responden. Una expresa que “No se aplica directamente”. Durante el curso de esta fase, se expresó por parte de

---

<sup>1</sup> El informe completo se incluye como anexo del informe sustantivo al IVM (2010).

algunos participantes. *Tenemos que trabajar con lo que podemos, falta infraestructura y eso dificulta la dinámica de trabajo en el hospital.*

Los demás opinaron que sí, tanto al realizar su trabajo como para las actividades con los pacientes:

- Para el bien de la comunidad y del lugar en que viven y trabajan, así como de la integración en la participación de miembros y personajes de la comunidad y autoridades, la integración interinstitucional y el trabajo en equipo con la Universidad Intercultural y otras dependencias con el objetivo de beneficiar a toda la población
- Ha permitido despertar el interés sobre plantas medicinales que los usan las parteras después del parto.

Al preguntar si han habido **cambios en la atención de la violencia a las mujeres** trece personas no respondieron. Una persona expresó que no hay apoyo de las autoridades para la investigación de los casos, si bien han disminuido los casos. Hay avances, pero no se ha alcanzado a comprender en realidad como surge y porqué se da la violencia. Por medio de la gestión del área de trabajo social del hospital, se han logrado pláticas y el acercamiento a la comunidad, logrando que las mujeres puedan expresar sus temores y puedan exponer los casos de violencia con miras a que puedan denunciar.

Una realidad es que, cuando las mujeres llegan al hospital, es en estado de gravedad, llegan como urgencia y esta "se resuelve" en lo inmediato, se canaliza y ya no "da tiempo" de hacer algo más profundo y articulado. Para incidir realmente, falta hacer un trabajo articulado con la comunidad e ir más allá del consultorio. Trascender la cultura del maltrato y la violencia implica un trabajo sostenido entre los diferentes actores de la región.

En cuanto a los **cambios en el parto hospitalario** dos personas mencionaron que no han existido, dado que la atención sigue siendo la misma, mientras una persona mencionó que "en parte". Cuatro personas mencionaron que se logró el objetivo, dándose por medio de la interrelación entre el grupo de parteras empíricas de la región y el personal del hospital. Se mencionó que la paciente llega acompañada de la partera y ya la dejan pasar, porque trae su gafete.

En la observación realizada, las instalaciones del hospital no tienen condiciones para crear un ambiente de intimidad para que las mujeres tengan el parto. No permiten entrar a los

esposos, por tres razones: la norma no lo especifica, la infraestructura no es la adecuada y, por otra parte, no existe la costumbre. Si bien las parteras “acompañan” no están con las mujeres en la sala de expulsión sino sólo en el trabajo de parto.

La utilización de la **guía educativa “los hombres y la salud”** ha sido muy limitada. Cinco personas contestaron que **No** la han usado porque:

- En mi área se desarrollan problemáticas sociales, de manera diaria, usuario-medico-sociedad
- Solo trato la población infantil
- En el área que me encuentro no ha sido necesario.
- No lo he tenido a la mano.
- Por el momento no, estoy pensando aplicarlo en mi tesis.

Una persona contestó que **SI**: En el material educativo se propone que el hombre tome parte con las mujeres en las actividades, ya que esto era antes mal visto. Ahora se pretende terminar con esta actitud machista, así como que desde niños conozcan sobre el género y la salud intercultural.

Es evidente que el hospital tiene una orientación clínica, enfocada a la recepción y concentración de casos y que carece de programas con alcance comunitario. Hay que recordar que, en 2009, falló la convocatoria del sector salud al personal de los centros de salud periféricos al hospital, donde el material hubiera sido más útil en el caso del personal que sí hace un trabajo de educación y promoción en salud. En síntesis, falta una visión más comunitaria.<sup>2</sup> Habría que redefinir realmente cuál es la intención y la visión ahora que se tiene un nuevo director. Faltaría hacer un trabajo articulado con personal del hospital, la UVI, las promotoras legales y maestra@s comunitari@s.

En cuanto a los dos talleres impartidos en 2009, la valoración es la siguiente:

El personal de salud, así como los estudiantes de la UVI y parteras mostraron apertura en los diversos temas presentados durante los talleres, participando de manera entusiasta.

Los aprendizajes que se lograron fueron:

- Se amplió la concepción en cuanto a los tipos de violencia, así como de las distintas modalidades de la misma; cómo actuar ante una situación de violencia; y recordar

---

<sup>2</sup> Es patente el contraste con la recepción y uso del material que hemos observado, primero, en la UVI y, recientemente en el contexto de IMSS Oportunidades.

la responsabilidad que tiene el personal de las instituciones de salud para ayudar a las víctimas.

- El acercamiento a la ley de violencia vigente, como denunciar, distinguir y ubicar los lugares a donde ir en caso de ser víctima de cualquier tipo de violencia.
- Se logró proporcionar nuevas herramientas metodológicas para la atención de las víctimas y saber cómo enfrentar la violencia, así como de brindar apoyo psicológico básico a las víctimas que lo soliciten.
- Sensibilizar y motivar para denunciar los casos de violencia presentados en el hospital, así como asegurar la atención oportuna de las mujeres que la sufren.
- Se logró difundir información acerca de mejores formas de relacionarse y de convivencia en materia de género.

Se dan cuenta de que se desconocen ciertos usos y costumbres de las mujeres y hombres de la región. Les hacen falta recursos para tratar a las mujeres, conocer su lengua. Faltan recursos humanos, económicos tanto de la institución como de las y los usuarios Reconocen que hay conflictos que son de la familia y además hay desinformación.

Algunos testimonios son:

*Se tomó conciencia cuando nosotros no damos la información que se requiere caemos en las omisiones. Falta acompañamiento en el paso hacia el ministerio, damos parte, pero se omite una parte del acompañamiento por el área trabajo social."*

*No se cuenta con una unidad regional para víctimas de violencia dentro del hospital."*

*A veces tienen más respeto al quitarse los zapatos cuando entran a consulta....creo que podemos ponernos en sus zapatos.....tenemos personal calificado. Los valores, el hospital tiene sus valores, pero cada uno le implementa un plus...*

*Sin embargo, ya se han tenido algunas experiencias diferentes Ya se puede ver apoyo en esta parte, hay un medico, un intérprete y el usuario, este le explica al médico y es mejor la combinación. El policía ayudó al médico a mejorar su servicio porque él viene de la región y habla popoluca. <sup>3</sup>*

<sup>3</sup> Cabe señalar que dos graduadas de la UVI (Adela Martínez y Crecencia Cruz elaboraron su tesis "Recursos y estrategias para mejorar la comunicación entre usuarios hablantes de zoque-popoluca y personal de

## Zongolica 2010

Para 2010 el IVM abrió un vínculo con el IMSS Oportunidades para desarrollar un proceso de formación con su personal con el siguiente:

### Objetivo

Capacitar y profesionalizar a 30 personas que laboran en Programa IMSS Oportunidades en la región de Zongólica en equidad de género, masculinidades salud intercultural, salud reproductiva y mortalidad materna

Las actividades impulsadas por Salud y Género se sintetizan en lo siguiente:

- Un intenso proceso de diálogo e interconsulta con el IVM y el IMSS para poder diseñar el mejor proyecto posible. Incorporación del apoyo de la UVI y el Instituto de Salud Pública de la UV.
- La conformación de un equipo multidisciplinario e interinstitucional para el desarrollo de la acción.
- La revisión de la situación y determinantes de la mortalidad materna en México y en Veracruz.
- El diseño del programa del Diplomado con sus objetivos, los contenidos centrales, su metodología, la integración del apoyo bibliográfico e instrumentos de evaluación cuantitativa y cualitativa.
- La ejecución del diplomado con un total de 10 días de capacitación con la participación de un promedio de 30 profesionales por sesión, tres visitas de campo y los respectivos informes.

El diplomado se construye a partir de la experiencia de Salud y Género en su trabajo con distintas instancias académicas, de salud, educativos y de desarrollo social.<sup>4</sup> Para la 24ª

---

salud en el Hospital de Tonalapan". Dicha tesis fue presentada tanto en el hospital como en el Instituto de Salud Pública de la UV dando muestras del potencial que puede tener esta colaboración.

<sup>4</sup> Por ejemplo, la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de Nuevo León, El

generación se hace una adaptación del programa. Los contenidos/temáticas abordados se sintetizan en el siguiente cuadro y se detallan ampliamente en la guía metodológica así como en los informes de cada taller. Los objetivos del diplomado están planteados de la siguiente forma:

#### Objetivo General del Diplomado:

Al finalizar el diplomado las y los participantes que trabajan con mujeres y hombres habrán incrementado conocimientos y habilidades para planear e implementar proyectos de educación para la salud de mujeres y hombres jóvenes y adultos, sensibles a los procesos que ocurren en el campo de la salud sexual y reproductiva desde una mirada que integre la interculturalidad<sup>5</sup>, la igualdad de género y no discriminación con la finalidad de prevenir muertes maternas en la región.

#### Objetivos específicos:

Al final del diplomado las y los profesionales lograrán:

- Articular la visión de interculturalidad y derechos humanos para reconocer a mujeres y hombres jóvenes como sujetos diversos con derecho a la igualdad y no discriminación en los servicios de salud.
- Identificar los procesos de socialización de género de mujeres y hombres jóvenes en México multicultural y sus consecuencias en la salud mental, sexual y reproductiva.
- Adquirir habilidades para utilizar la metodología relacional en el trabajo educativo con mujeres y hombres jóvenes
  - Capacidad de adaptar la metodología a su contexto institucional y poblacional
  - Desarrollar la habilidad de hacer diagnósticos y reconocer la problemática en salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres y hombres jóvenes con quienes trabaja.
- Construir colectivamente formas de incorporar la perspectiva de equidad de género y derechos humanos en el trabajo con las mujeres y hombres jóvenes, en sus diferentes componentes: educativo, clínico y de planeación institucional.

Los contenidos fundamentales se cubren en 120 horas (80 horas en aula y 40 de práctica) con los siguientes grandes temas:

---

Programa Salud Reproductiva y Sociedad del ColMex, la Secretaría de Salud, etc.  
<sup>5</sup> Zolla, C. y Zolla E. Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas, México, UNAM, Colección "La pluralidad cultural en México", 2004. Referimos como sinónimos los términos de multiculturalidad y pluriculturalidad, así, un enfoque intercultural es sensible a la interacción entre culturas para favorecer un diálogo respetuoso y creativo, no exento de asimetrías y conflictos.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
 "POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

Módulo	Duración
Género y salud intercultural	Dos días
Sexualidad y Salud sexual-reproductiva	Tres días
Salud Mental y violencia	Dos días
Paternidad, maternidad, familia y comunidad	Dos días
Cierre – presentación de trabajos finales / evaluación	Un día

Los contenidos detallados y la metodología se encuentran en la carta metodológica del diplomado y los resultados se detallan profusamente en los informes por día de taller y por mes, las bitácoras de las visitas de campo realizadas y en los informes de evaluación pre y post, así como el de satisfacción.

Para alcanzar los objetivos se conformó un equipo de facilitación multidisciplinario (medicina, psicología, pedagogía, nutrición), reforzado con la mirada intercultural de la UVI y recursos humanos apoyando en la sistematización y evaluación. Todo/as la/os participantes contaron con una antología y con asesoría en su proceso de aprendizaje.

Así, el diplomado, desde una mirada de salud intercultural y de equidad de género retoma los factores médicos, los estilos de vida, las condiciones de vida, la sumisión de la mujer, la falta de participación de los hombres y otros elementos culturales como elementos que explican de forma directa e indirecta la cadena de causas que conducen a una muerte materna. El personal de salud que trabaja en comunidad constituye un eslabón fundamental en dicha cadena.

En el caso de IMSS Oportunidades se tuvo reto agregado de una metodología de trabajo con mujeres que tiende a ser vertical generando procesos de participación limitados. El diplomado pretende, a través de una metodología genuinamente participativa, generar procesos de mayor empoderamiento, protagonismo y autoeficacia entre las mujeres, de mayor participación de los hombres y de mayor sensibilidad entre el personal de salud.

Los resultados de este proceso son interesantes. Se logró una gran apertura y participación que trascendió del grupo hacia otros colegas, a sus jefes inmediatos en el IMSS y al trabajo comunitario. El proceso fomentó o reforzó las redes de colaboración interdisciplinaria entre profesionales y entre localidades donde ellos/as laboran, así como con los grupos comunitarios mismos. También se reforzó la colaboración IMSS con la UVI (sede Tequila) que beneficiará a ambas partes.

Esta incidencia inicial debe ramificarse en dos vetas:

- En los contenidos de lo que trabajan, es decir con una visión más sensible a las condiciones y cultura de las personas y con una mirada de género relacional que comprenda mejor a las mujeres y entienda la necesidad y pertinencia de trabajar también con los hombres hacia la equidad y una mejor salud.
- En su metodología de trabajo: con una tendencia a escuchar mucho más, a entender mejor el sustrato sociocultural de los procesos de salud y a facilitar procesos educativos participativos más que dirigirlos.

Estos proyectos requieren de un trabajo más sistemático de sensibilización e información hacia las autoridades del IMSS – algo que se debe considerar en un próximo proyecto. No es sencillo dar a entender la importancia del género y la interculturalidad en el tema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la mortalidad materna.

A todas luces, los resultados del diplomado son muy positivos a pesar de que se tuvo que desarrollar en una forma bastante intensiva (menos de dos meses). Esto se aprecia en los diversos indicadores que se desprenden del proceso de evaluación: los resultados de las pruebas de entrada y de salida, las encuestas de satisfacción, las relatorías por sesión y, sobre todo, lo que los equipos mostraron en los trabajos finales.

Para observar mejor los logros y avances, se aplicó un instrumento de satisfacción al final donde se inquirió sobre los contenidos, metodología, organización, facilitación, materiales educativos e integración/participación grupal. En cuanto a los **contenidos**, la gran mayoría de los participantes consideran muy positivo el contenido innovador del diplomado. La perspectiva de género permitió incorporar nuevos conocimientos y adoptar otros enfoques que no vieron en su formación o en su práctica. Estos aprendizajes son vistos como aplicables al trabajo porque son acordes a situaciones actuales y problemas que ven en su cotidianidad, como el machismo, la violencia hacia las mujeres, las costumbres y la interculturalidad, tanto en el ámbito profesional como en sus familias.

*Es la primera vez que encuentro gente que se interesa en abordar estos temas y sobre todo desde un punto de vista ajeno a políticas y normas de gobierno.*

En cuanto a la **metodología**, varios participantes dijeron estar formados en metodologías lineales donde los “estudiantes” escuchan y no participan. Aprendieron, con este nuevo enfoque, diferentes maneras de buscar la interacción entre personas, con dinámicas enriquecedoras para lograr la participación grupal.

Los avances en el proyecto de dan de inmediato, al abocarse los y las estudiantes del diplomado a replicar el uno del material "Los hombres y la salud". Después se da la réplica, adaptada, de varias de las técnicas vividas en las distintas sesiones. Se generan, asimismo una serie de proyectos comunitarios que se ponen en práctica y se presentan en el cierre del Diplomado. Los principales temas abordados en dichos proyectos tienen que ver con la salud sexual y reproductiva y con la violencia y la población con la que se desarrollan incluye a mujeres, adolescente de ambos sexos y hombres a nivel comunitario.

Algunos participantes logran claridad en cuanto a la necesaria concordancia entre cambios en lo público y lo privado.

*Las ideas son muchas: iniciar en casa cambios y mejoras. Como en lo relacionado al género, a la diversidad cultural y socialización. Eliminando algunos tipos de violencia en casa y en el trabajo. Iniciar el trabajo con varones, para favorecer y mejorar la maternidad-paternidad.*

En cuanto a pasar a los contenidos a una práctica consideran, en la evaluación, que los temas permitieron profundizar conceptos respecto a la salud mental, la violencia y la interculturalidad acompañados de las herramientas para su aplicación. Según varios participantes, quedaron temas pendientes que no se vieron por falta de tiempo, por lo que hubiera requerido más días de capacitación. Dos testimonios:

*Porque por el exceso de trabajo en ocasiones perdemos lo humano y lo realizamos mecánicamente y este diplomado me volvió a la realidad.*

*Me dio nuevas herramientas para continuar con el trabajo. Es el primer diplomado institucional en 19 años de labor al que asisto.*

En cuanto a sus **compromisos**, algunos anotan:

*Trabajar más directo con la gente de la comunidad, por medio de experiencias propias de la gente... Aplicar, con dinámicas, los temas.*

*Realizar parto humanizado. Replicar algunos de los temas y dinámicas con el personal operativo de mi hospital. ¿Por qué no realizar un parto humanizado en nuestros centros de trabajo o unidades? Voy a continuar trabajando en la equidad de género, paternidad responsable y llevar a cabo el parto humanizado.*

Además, ven **necesarios cambios en las relaciones de género** en el nivel familiar, laboral y comunitario:

*Que la desigualdad de género la ejercemos cada uno de nosotros y que sólo uno mismo puede lograr la igualdad.*

*¿Dónde estamos todos los que pensamos así? ¿Por qué no nos mostramos y cuántos se podrán instalar en los gobiernos municipales, estatales y federal y poder realizar estos sueños que muchos tenemos?*

Los principales **obstáculos y dificultades identificados** tienen que ver con lo organizativo. Según los participantes, la convocatoria fue un poco apresurada y los tiempos se tuvieron que ajustar acorde a las directivas de IMSS Oportunidades:

*No se puede desarrollar todo el potencial en sólo dos meses.*

En un nivel más profundo, hay que afirmar que el diplomado constituye un impulso en la dirección adecuada, aunque es un impulso que indudablemente necesita reforzamiento y seguimiento para apuntalar más la mirada de género y de interculturalidad. Las inercias y la dinámica institucionales son demasiado fuertes como para reencausarlas con sólo un diplomado. La visión medicalizada, la mirada biologicista y la tendencia a culpar a las víctimas pesan fuertemente en una gran parte del grupo capacitado.

## LECCIONES Y RECOMENDACIONES

Este apartado final se traza desde las experiencias desarrolladas en las dos regiones durante 2009 y 2010 y se expande a aportes más amplios provenientes de estudios y experiencias desarrolladas en otros contextos.

Abordar la mortalidad materna, la violencia o la salud sexual reproductiva de las mujeres hizo necesario un trabajo más intensivo de planeación en conjunto con diferentes sectores: autoridades, instituciones y organizaciones de la sociedad civil que tienen que ver con la problemática. Se establecieron, en especial, acuerdos con el sector salud y la UVI para asegurar los puentes que facilitarían el diálogo intercultural entre prestadores de servicios y las mujeres de la región. Sin embargo, para lograr dicho diálogo, urge ver a las parteras y otros practicantes de la medicina tradicional desde una perspectiva que no las/los medicalice. Esto último queda bien reflejado en uno de los testimonios finales del trabajo en Santa Marta:

*Que parteras y padres apoyen, ya que se menciona tienen muchos problemas en sector salud, dado que la zona es una región machista. La palabra la entiende el*

*hombre, la participación de las parteras es importante para reducir esta problemática, con jóvenes, primaria, preparatoria, es básicamente para prevenir.....porque a veces van en 5 o 6 niñas y ya tienen el compromiso con un bebe, que jamás pensaron tener.*

Hacer visible lo invisible en los profesionales de la salud, es una tarea compleja, dadas sus estructuras de pensamiento y la conformación de sus identidades como humanos de una "clase privilegiada" dentro de los sistemas públicos. Se conforman desde la supremacía del poder, que se les otorga por ser médicos; y las mujeres y hombres usuarios de los servicios les acaban otorgando más poder. Este manejo del poder tiende a deshumanizar la atención, desempoderando a las mujeres a quienes se les pide colaborar desde la subordinación.

Sólo superando estas condiciones se puede hacer un trabajo profundo para la humanización del parto y el involucramiento de los hombres en el trabajo de parto de su pareja. Es importante difundir en el sector salud y abrir espacios de diálogo y reflexión en torno a los aportes que emergen de la OMS, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y del Movimiento por un Parto Humanitario.

En el tema del embarazo, parto y la posibilidad de muerte materna, surge la pregunta: ¿Por qué una experiencia de vida se convierte en riesgo y en muerte?

Existen diferentes causas y factores, uno fundamental es la pobreza, junto con la serie de omisiones que llevan a que las mujeres mueran por el simple hecho de dar vida. Hay contradicciones, paradojas y falta de voluntad familiar, comunitaria e institucional que se conjugan para que siga existiendo la violación a los derechos de las mujeres y se exponga la vida de las mujeres y de las niñas en la región. Se mencionaron casos de niñas entre 10 y 12 años que llegan a parir, siendo sus parejas mayores de edad. El personal de salud no reconoce esto como posible caso de violación o de venta de niñas.

Hay una gran tradición de juzgar y criticar a las mujeres por parte de otras mujeres y de los hombres. Se les responsabiliza a ellas de no cuidarse. No se ve la interrelación entre lo personal, lo familiar, lo comunitario y lo institucional. La visión que sigue existiendo es que las mujeres están enfermas. Los médicos les dan "clases" que refuerzan una visión médica e institucionalizada. Los médicos tratan a las parteras como sus ayudantes y no les dan el lugar que se merecen.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2010**  
 "POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ESTADO DE VERACRUZ"

Así, es importante recordar los determinantes sociales en el problema de la mortalidad materna. Uno de ellos está en el factor de la cultura. Muchos de estos problemas o situaciones durante el embarazo, parto y puerperio, tienen que ver con una educación que enseña a seguir respetando esas costumbres donde las niñas ni siquiera tienen la idea de comprometer su vida con un hombre. Vemos cómo está presente una educación que lleva a generar conflicto y muchas veces situaciones de violencia. ¿Cómo podemos transformar lo que está ahí y cómo trabajar juntos? También hay circunstancias que no se pueden cambiar directamente, que tienen que ver con los niveles de pobreza, de marginación. Son circunstancias que no necesariamente se limitan al factor cultural.

Está también el miedo de la embarazada al tipo de atención que recibirá en los servicios de salud. Está la falta de orientación a los padres. Hay que ver quienes embarazan a las niñas y hay que ver a los varones que son mayores, ¿donde recae la responsabilidad? Si las mamás no educan a sus hijos, ¿qué está pasando con el varón? Si es mayor de edad y tiene relaciones sexuales conlleva una mentalidad, pero no tiene la orientación.

Finalmente, el amplio diálogo entre personal de salud y las parteras genera también una serie de recomendaciones para avanzar. Los principales desafíos a futuro en este tema son:

- Trabajar en conjunto con comités de salud, Oportunidades, parteras y padres/ madres de familia, maestros, para darle orientación a los jóvenes, principalmente alumnos en materia de género y sexualidad.
- Establecer un Programa de Educación Integral para los prestadores de servicios, para las parteras y para las mujeres y hombres en la comunidad.
- Articulación de médicos, enfermeras y parteras para focalizar un trabajo más específico con niñas y hacer una revisión para observar desde donde nos relacionamos con los demás.
- Hacer extensivo este taller a más personal de los centros de salud.
- Desmedicalizar a las parteras, recuperando sus saberes y posición en la comunidad.
- Hacer un trabajo profundo para la Humanización del parto e involucramiento de los hombres en el trabajo de parto de su pareja.
- Seguir con el modelo de trabajo intercultural y adoptar posturas de diálogo y comprensión para las embarazadas.
- Realizar una óptima coordinación entre las diferentes instancias IVM, Hospital – UVI y Salud y Género.

Las conclusiones a partir del taller de consejería en violencia muestran que las personas participantes se llevan:

- Reflexiones y elementos para desarticular la problemática de la violencia en la vida de las mujeres, tanto en los ámbitos familiar, en las relaciones de pareja, así como en espacios públicos e institucionales.
- Elementos clave para comprender el impacto de la violencia en la salud y desarrollo integral de las mujeres y niñas de la región
- Principios de consejería en violencia
- Conocimientos sobre: La LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA y modificaciones al código penal (decreto 824)
- Incrementaron sus habilidades para la atención y consejería en violencia desde el marco de los Derechos Humanos.
- Aspectos clave para realizar un trabajo hospitalario con enfoque de interculturalidad.

Sin embargo, existe una gran diferencia entre decir lo que se llevan y el cómo se apropian de los conocimientos para convertirlos en saberes que se reflejen en una práctica. Es ingenuo pensar que con pocas horas se logrará transformar el pensamiento hegemónico médico que sigue existiendo en el personal, sobre todo, del hospital. Los médicos del hospital y las enfermeras siguen mostrando una tendencia machista y de mal-trato a las mujeres usuarias de sus servicios

Así, las sugerencias para continuar el proceso van en el sentido de que:

- Es importante dar seguimiento y asegurar la participación continua del personal.
- Asegurar el vínculo directo con el director del hospital y establecer acuerdos básicos para la ejecución de los proyectos futuros
- Establecer un observatorio ciudadano en la región
- Establecer acuerdos con la UVI para asegurar los puentes que faciliten el diálogo intercultural con las mujeres de la región.

Finalmente hay que reconocer el costo que tuvo la no participación de los centros de salud periféricos al Hospital de Tonalanan. Si bien vale la pena sensibilizar y capacitar al personal hospitalario el resultado será limitado si no se involucran a otros actores sociales involucrados en la salud de las mujeres de la región (autoridades, personal de salud de campo, representantes de la medicina tradicional, etc.).

En cuanto al seguimiento del trabajo en Zongolica recogemos dos testimonios que apuntan a una necesaria continuidad: :

*¿Se dará continuidad al proyecto que desarrollamos en el diplomado? ¿Se nos seguirá otorgando capacitación?*

*¿Qué estrategias se pueden inventar para dar continuidad a los temas? ¿Cómo poder poner en práctica todo lo aprendido en mi contexto social? Parece difícil de aplicar a la realidad, pero si se puede.*

No cabe duda que el diplomado generó inquietud y movimiento en el grupo participantes y más allá, hacia otros profesionales y las propias comunidades. Hay peticiones concretas de promover dos generaciones más y así tener una mayor saturación de esta mirada y metodología entre el personal. Asimismo, se plantea el seguimiento a la actual generación y el apoyo con materiales educativos (manuales y videos).

En el tema de la **interculturalidad** comentan:

*¿El enfoque de la interculturalidad será aplicable, factible que los médicos puedan desarrollar? Las autoridades del IMSS deben tomar estos diplomados y no sólo mandar a los médicos y promotores. El enfoque debe ser desarrollado y propuesto desde la formación de los estudiantes en el área de salud (medicina, odontología, etc.).*

En una visión de conjunto de los procesos que se han reportado aquí, ubicamos algunos de los temas que emergen como necesarios para profundizar con el sector salud serían:

- Ética y calidad de la atención
- Creación y fortalecimiento de redes de apoyo
- Lenguaje sexista y violencia simbólica en el sector salud
- Espacios de reflexión sobre el ser hombres con el personal de salud masculino
- El sentido comunitario y el enfoque intercultural en la práctica hospitalaria y comunitaria
- Consejería en violencia a personal que realmente se especialice en la atención
- Escucha y comunicación asertiva
- Desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo/ en grupo.
- Parto humanizado

## Las propuestas en un sentido más amplio

Las conclusiones y recomendaciones planteadas coinciden con las que se plantean a nivel más general tanto en relación con la situación de las mujeres, la violencia, la atención al parto y las necesidades de formación del personal de salud. Convergen también con otras experiencias en el tema tanto en el país como en el extranjero. Una mirada a esas experiencias refleja mucho de lo que aún se puede avanzar. En México, así como en otros países de América Latina, existe un cúmulo de experiencias que apuntan hacia objetivos diversos, pero que convergen en los esfuerzos que buscan mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde su protagonismo como sujetos sociales y contando con el apoyo y participación de los varones. Desde la sociedad civil y desde el propio sector salud se ha tenido que ampliar la perspectiva del trabajo atendiendo aspectos como la violencia, la sexualidad y reconociendo los determinantes sociales de la salud.

Tanto la OMS como el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos han planteado aportes concretos para avanzar no sólo hacia partos más seguros, sino también a una atención más comprensiva e incluyente de la cultura de origen. Desde hace cerca de diez años, desde el Departamento de Medicinas Complementarias la Secretaría de Salud viene abogando por incluir la mirada de género y la de la interculturalidad.

Una rápida mirada a algunas de estas experiencias muestra que efectivamente es posible alcanzar:

- Un alto nivel de empoderamiento y participación de las mujeres en la salud sexual reproductiva con el debido acompañamiento de hombres significativos en sus vidas (ver -ReproSalud (Perú) <http://www.comminit.com/es/node/38815> y Care Perú <http://www.care.org.pe/>).
- Que la participación comunitaria puede ir mucho más allá de tomar parte en actividades simples prediseñadas (David Werner). Esto converge claramente con la Declaración de Ottawa de Promoción de la Salud (1982).
- Que el acompañamiento a la mujer en el parto no sólo es posible sino deseable ya sea por parte del esposo o otras personas significativas. En Chile la participación de los hombres en el parto ya constituye un derecho de las mujeres y sus parejas.
- Que se pueden desarrollar materiales pensados desde la situación y cultura local (Los hombres y la Salud, IVM, 2010 y Care Ecuador:

[http://www.care.org.ec/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=13&Itemid=31](http://www.care.org.ec/es/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=31)).

- Que es posible conseguir la sinergia entre sistemas médicos aparentemente divergentes o contradictorios en experiencias como la de Cuetzalan, Puebla (ver Dirección de Medicinas Complementarias de la secretaría de salud. <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi.html>). Esta posibilidad se reconoce ya desde la Conferencia de Alma Ata (1976) aunque estemos aún lejos de alcanzarla.

El análisis de estos casos, de la bibliografía y la reflexión que emerge de la práctica nos hace ver que tanto Veracruz como la nación están lejos de las metas de reducción de la mortalidad materna establecidas en los Objetivos del Milenio. Aún así, se debe de avanzar desde un enfoque multisectorial.

Actualmente existe consenso internacional sobre la importancia de los siguientes factores para reducir la mortalidad materna:

- reducir las inequidades entre géneros;
- mejorar el estado nutricional de las mujeres;
- mejorar el acceso de las niñas a la educación;
- brindar atención profesional durante el parto.

Por su parte, Freyermuth y De la Torre Hernández (fuente) proponen aspectos más concretos:

1. El ejercicio del gasto de dinero debe ser más eficaz.
2. Se necesita una estrategia de educación para la salud que difunda señales de urgencia y que identifique los centros de atención a los cuales pueden acudir la población.
3. Atención obstétrica de primer nivel muy baja (prenatal hospitalaria)
4. Difundir bancos de sangre
5. Mejorar la recepción de las mujeres
6. Contratar personal bilingüe
7. Se requiere espacios de formación y evaluación
8. Un currículo para parteras y personal paramédico
9. Fomentar las acciones de la comunidad y de las parteras ante las urgencias obstétricas.

Todo esto requiere de un esfuerzo entre distintos sectores, entre los cuales el sector salud juega un rol central. Esto conlleva la reflexión de cómo acercar a dicho sector a esta mirada.

Es necesario reflexionar el efecto real que tienen documentos como el de *Perspectiva de las mujeres* – que son muy verídicos y críticos, pero que tienden a ser generalizantes. Contienen la semilla de posibles cambios en la atención del sector pero, precisamente por su criticidad, quizás no logran abrir las puertas para una atención más sensible, intercultural. No existe en estos documentos una apreciación, por ejemplo, de las fortalezas y oportunidades presentes en sector salud, en sus programas y en su personal. De sobra sabemos que dicho sector, al saberse detentador de la responsabilidad y del poder sobre la salud de la población suele reaccionar a la defensiva ante cualquier crítica. Finalmente, existe la necesidad de una desarrollar una mirada perspectivista (sector salud, sociedad civil, mujeres, hombres, personal de salud) que recupere un diagnóstico más integral y, por ende, un abordaje más integral que convoque a todos los actores.

Al evaluar al sector salud, debemos de ver tanto sus debilidades como sus fortalezas acumuladas a través de los años. El trabajo cercano, tanto de Salud y Género como el ISP, con proveedores de servicios de salud permite también ver sus esfuerzos, preocupaciones y las carencias desde las cuales laboran. Un análisis hipercrítico al sector salud... ¿de qué forma contribuye a modificarlo? Un abordaje así dificulta el diálogo y retrasa el cambio y la participación del sector salud en el mismo. Esto apunta a la necesidad de abrir espacios de escucha y diálogo del sector salud con distintos actores sociales: la academia, parteras, médicos tradicionales, las mujeres, la sociedad civil que labora en el campo de la salud y el propio IVM.

Está también el dilema de promover el convencimiento y la sensibilización al personal de salud versus la presión y denuncia externa de las prácticas que se consideran de baja calidad. Con el segundo abordaje ya se da el fenómeno en cuanto a la MM, donde se responde al temor a autoridades superiores más que al horror de una muerte que pudo haber sido prevista. La MM les llega como prioridad de arriba y de fuera y no, principalmente, de una proximidad solidaria con las mujeres y familias afectadas. Todo esto conlleva el riesgo de la simulación y a la acción simbólica.

Sin que sea justificación, hay que revisar la formación del personal de salud; por las formas en que se le entrena y sensibiliza en los servicios en torno a la equidad de género y la interculturalidad; cuáles son sus exigencias y demandas institucionales y cuáles sus condiciones de trabajo. El ser médico “cubrevacaciones” ¿de qué forma permite conocer realmente el contexto y cultura de las personas con las que se trabaja? De fondo está la escasa formación de universitarios y técnicos en aspectos como la ética, calidad de la

atención, el género y la interculturalidad y es este aspecto el que se debe apuntalar en la formación de recursos profesionales y técnicos.

Es innegable que el sector salud trabaja intensivamente con la población femenina, mucho más que con la masculina. Si bien se atienden aspectos de la salud de las mujeres, este trabajo no se hace desde una mirada de género y, por tanto, tiende a subordinarlas.

En un plano más estructural se plantea que: "Reducir brechas entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de acción y propuestas de las diferentes instituciones encargadas de velar por este objetivo de acción es una necesidad estratégica amplia y centrada en las relaciones entre sexos. Sin embargo, se mantiene aun la postura de que una perspectiva de género es un tema que atañe exclusivamente a las mujeres y las deja como protagonistas de una propuesta que no tiene disonancia en las políticas y planes de acción."

*(Instituto Veracruzano de la Mujer, Estrategia para incidir en la Muerte Materna en los Incidencia de la Jurisdicción Sanitaria VIII, de la Secretaria de Salud de Veracruz, 2009)*

Si bien los determinantes sociales de la salud que están por debajo de la mortalidad materna requieren cambios profundos en la política económica, educativa y de desarrollo social, la transversalización de la mirada de género hacia el sector salud constituye un pilar fundamental no sólo para prevenir dicha morbi mortalidad, sino para contribuir a la salud y al empoderamiento de las mujeres.

El sector salud debe entender que la salud, la sexualidad, la reproducción y la muerte misma tienen significados muy distintos y hasta contrastantes con las que maneja el personal de salud. Es fundamental respetar, conocer y entender esta cosmovisión para poder trabajar dialógicamente con ella.