



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA:
ESTUDIO DE CASO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MILPA ALTA.

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Azalia Pintado González

COMITÉ DE TESIS

Directora: Oliva López Arellano

Asesores:

Dr. Roberto Campos Navarro

Dra. Blanca Pelcastre Villafuerte

Ciudad de México

Mayo de 2022

Dedico este trabajo:

A todas aquellas mujeres en las salas de partos que se han sentido solas, temerosas y desprotegidas.

A quienes han perdido un hijo en la labor de parto y su voz no ha sido escuchada.

A las sabias parteras tradicionales. Mujeres aguerridas que siguen dando batalla en sus comunidades.

A la memoria de mi hermano, Juan Manuel Pintado González que estaría orgulloso de ver mi tesis terminada.

Agradecimientos

Hace casi 4 años, cuando inicié mi gran aventura no tenía idea de lo que obtendría y no hablo del título, hablo de la experiencia de vida que el Doctorado me ha dado. Debido a ello, quiero agradecer profundamente a mí casa, una casa abierta al tiempo, pero también abierta a las ideas e ideales de sus estudiantes, gracias, Universidad Autónoma Metropolitana por albergarme durante tres años.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haber financiado mi formación académica y permitirme acceder a un programa educativo de calidad y excelencia, tal como lo es el Programa Doctoral de Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Campus Xochimilco.

Agradezco a la Dra. Oliva López Arellano quién confió en mí para seleccionarme al ingreso del programa y a cada uno de mis docentes, que aportaron semillas para continuar amando el campo de la salud colectiva y la medicina social. Agradezco con mucho cariño al Dr. Edgar Jarillo, quien siempre que necesite consejo y escucha siempre tuvo su puerta abierta para mí.

De manera especial otorgo mi agradecimiento a la Dra. Blanca Pelcastre Villafuerte y al Dr. Roberto Campos Navarro, que con su mirada sobre la interculturalidad me permitieron abordar la salud materna desde una perspectiva distinta.

Los agradecimientos no estarían completos si no menciono el nombre de mi madre, la Maestra Juana Consuelo González Márquez. Madre no tengo palabras para decirte que, si el primer año no abandoné el Doctorado y pude continuar, fue porque no me soltaste de tú mano. Don Juan Manuel el “maestro Pintado”, mi viejo amado que con sus duras palabras siempre ha estado para decirme: ¡pa’ atrás ni para agarrar vuelo!

Mi querida Olivia Maya, no olvidaré el día que en una jardinera platicamos y nos fumamos un cigarro por primera vez. Fuiste mi compañera, confidente, paño de lágrimas, el mejor lugar para acudir “en los casos difíciles y desesperados”. Gracias, eres la mejor.

Francho y Odeth, si me dijeran que los describiera en una frase, de Francho diría “el abrazo sincero” y de Odeth diría “la mujer de la sonrisa que todo lo puede”, gracias, amigos sin ustedes mis días en la universidad hubieran tenido un matiz distinto.

De manera muy especial deseo agradecer a Tanya Patricia Gómez Rugerio, temazcalera y sanadora, que un día me ayudo a reencontrarme con esa curandera que llevo dentro y fue la guía para llegar a mis queridas maestras parteras.

Agradezco de todo corazón a las señoras Angelita, Juanita, Adelina y Rosa Esther parteras tradicionales de la Ciudad de México, por tener sus casas y manos abiertas siempre.

Con todo respeto y cariño agradezco a la partera oaxaqueña Alba Hernández Saavedra, amiga y compañera de andanzas. Alba, tú “amá” estaría orgullosa de ti, mucho de lo que sé te lo debo.

Un agradecimiento especial al Dr. Ortega, Jefe de Enseñanza del Hospital de Milpa Alta, “Doc” no olvidaré el péndulo colgado del techo, las lociones aromáticas y nuestras pláticas sobre la Guelaguetza, sin su apoyo en el trabajo de campo; no habría tesis.

Con honor agradezco a mi abuela Ascención Vargas Solís, mi sanadora maestra, un ejemplo de entereza y dedicación. Te empeñaste tanto en que no fuera como tú, que no fuera una “curandera”, que termine siendo una enfermera que ama las hierbas y cura con ellas.

Finalmente, y no por ser la menos importante me dirijo a mi pequeña Xanath, hija por ti me convertí en mamá y fue en ese proceso que enfrente el terror de llegar a perderte en el parto y sentir la invasión de mi cuerpo sin ser consultada. Has sido el medio para acercarme a las necesidades sentidas de otras madres que no tuvieron la fortuna de tener entre los brazos a sus hijos, pero en contraparte me guiaste para conocer mujeres maravillosas y sabias.

Gracias al ser supremo fuente de toda luz, gracias universo por colocarme en el lugar correcto, ahora puedo decir, se cierra un ciclo, se abren miles.

Azalia

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| CAPITULO I. SALUD MATERNA: UN ABORDAJE DESDE LA SALUD COLECTIVA. | 10 |
| 1.1. Determinaciones sociales vs enfoque de riesgo..... | 11 |
| 1.2. Justicia Social y Salud Materna..... | 14 |
| CAPÍTULO II. SALUD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS (DDHH) | 22 |
| 2.1. Salud materna | 24 |
| 2.1.2. La salud materna y los elementos que la conforman. | 25 |
| 2.1.3. Derecho a la Salud..... | 27 |
| 2.1.4. Derecho a la Protección de la Salud..... | 29 |
| 2.1.5. Dimensiones del Derecho a la Protección de la Salud Materna | 31 |
| 2.2. Análisis de contenido del Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal (PSMyP) 2013-2018 desde la perspectiva de derechos humanos. | 32 |
| 2.2.1. Caracterización del programa | 32 |
| 2.2.2. El contenido y los DDHH | 33 |
| 2.2.3. El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud..... | 35 |
| 2.2.4. Configuración del Derecho a la Protección de la Salud Materna. | 39 |
| 2.2.5. El reconocimiento de un derecho no asegura su disfrute..... | 42 |
| 2.3. Una mirada a la salud materna en México. Revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida desde los derechos humanos. | 45 |
| 2.3.1. Contexto en el cual se desarrolla la Norma Oficial Mexicana..... | 46 |
| 2.3.2. Dimensión situacional | 46 |
| 2.3.3. Dimensión estructural..... | 48 |
| 2.3.4. Dimensión cultural | 49 |
| 2.3.5. La salud materna. Un problema de salud multidimensional..... | 51 |
| 2.3.6. Los actores participantes en el diseño de la NOM. | 51 |
| 2.3.7. La NOM 007-SSA-2016 y su contenido. | 52 |
| 2.3.8. Descripción de la Norma. | 53 |
| 2.3.9. El “ser” representado en la Norma..... | 57 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO III. INTERCULTURALIDAD Y SALUD MATERNA..... | 63 |
| 3.1. La revisión del concepto..... | 63 |
| 3.2. Aplicación de lineamientos internacionales y los Derechos Culturales durante el proceso de atención a la salud materna..... | 68 |
| 3.3. Políticas de interculturalidad en salud materna: análisis de contenido desde el enfoque de DDHH, el caso de México..... | 73 |
| 3.3.1. Antecedentes de las políticas de salud intercultural en México..... | 74 |
| 3.3.2. Marco legal mexicano en materia de interculturalidad. | 78 |
| 3.3.3. De los lineamientos de interculturalidad en México. | 82 |
| 3.3.4. Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional ()..... | 91 |
| CAPITULO IV. SALUD MATERNA E INTERCULTURALIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. EL CASO DE MILPA ALTA. | 96 |
| 4.1. El contexto geográfico: Milpa Alta..... | 97 |
| 4.2. Datos demográficos..... | 99 |
| 4.4. Las y los informantes clave. | 100 |
| 4.4.1. Las parteras..... | 100 |
| 4.4.2. Ser partera en Milpa Alta y Coyoacán | 102 |
| 4.4.3. Así cuidan las parteras. Entre la enfermedad y el nacimiento..... | 104 |
| 4.4.4. El temazcal. Un abrazo de la madre tierra. | 106 |
| 4.4.5. Los Servicios de Salud de Milpa Alta: entre las políticas públicas de interculturalidad y la violación de derechos humanos | 108 |
| CAPÍTULO V. ATENCIÓN INTEGRAL, OPORTUNA Y APROPIADA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO. UNA MIRADA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS..... | 117 |
| 5.1. Antecedentes de la investigación | 117 |
| 5.2. La investigación actual. Un camino ya andado. | 120 |
| 5.3. El proceso de atención..... | 122 |
| 5.3.1. Las categorías: Atención integral, oportuna y apropiada en trabajo de parto..... | 123 |
| 5.3.2. Caracterización de las mujeres..... | 126 |
| 5.3.2.1. Resultados: el proceso de atención..... | 128 |
| 5.3.2.1.1. La atención de la mujer en el área de admisión de urgencias. | 128 |
| 5.3.2.1.2. Atención de la mujer embarazada en el área de labor | 131 |

| | |
|--|-----|
| 5.3.2.1.3. Atención de la mujer embarazada en el área de expulsión | 131 |
| 5.3.2.1.4. Atención del puerperio | 136 |
| 5.3.2.1.5. Capacitación del personal ()..... | 137 |
| 5.3.2.1.6. Infraestructura y equipo | 138 |
| CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 143 |
| 6.1. DISCUSIÓN | 143 |
| 6.1.1. CONSIDERACIONES FINALES..... | 153 |
| 6.2. CONCLUSIONES | 155 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 168 |
| 8. ANEXOS | 183 |
| ANEXO 1. CÉDULA DE ENTREVISTA A PERSONAL A DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD. | 184 |
| ANEXO 2. CÉDULA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD QUE ATIENDE PARTOS. | 190 |
| ANEXO 3. COTEJO DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y FORMATOS PARA LAS USUARIAS..... | 200 |
| ANEXO 4. COTEJO DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y FORMATOS PARA EL PERSONAL DE SALUD..... | 202 |
| ANEXO 5: (CALIDAD) COTEJO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO | 205 |
| ANEXO 6: COTEJO: MEDICAMENTOS E INSUMOS (CALIDAD) | 208 |
| ANEXO 7. (CALIDAD) RECURSOS HUMANOS | 212 |
| ANEXO 8. INSTRUMENTO INTERCULTURALIDAD (ACEPTABILIDAD)..... | 214 |
| ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A MUJERES | 219 |
| ANEXO 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD | 220 |
| ANEXO11. LISTA DE COTEJO PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO..... | 221 |

Índice de Figuras

| | | |
|--------|--|-----|
| Fig. 1 | Dimensiones de la Salud Materna. | 26 |
| Fig. 2 | División geoestadística delegacional y delegaciones con mayor población. | 98 |
| Fig. 3 | Diagrama de determinantes de la violación de derechos en el parto. | 166 |

Índice de Gráficos

| | | |
|------------|--|-----|
| Gráfico 1. | Estado civil de las mujeres solicitantes de la atención. | 126 |
| Gráfico 2. | Edad de las mujeres gestantes. | 127 |
| Gráfico 3. | Ocupación de las mujeres solicitantes de atención. | 127 |
| Gráfico 4. | Tipo de afiliación a servicios de salud. | 128 |

Índice de tablas

| | | |
|----------|--|-----|
| Tab. 1. | Características del PSMYP 2013-2018 | 32 |
| Tab. 2. | Derechos identificados en el PSMYP2013-2018 | 33 |
| Tab. 3. | Derecho a la salud | 36 |
| Tab. 4. | Derecho a la protección de la salud | 37 |
| Tab. 5. | Despliegue de un derecho: Protección a la Salud Materna. | 41 |
| Tab. 6. | Articulación del Programa de acción específica con las políticas de interculturalidad. | 43 |
| Tab. 7. | Modelo de fortalecimiento intercultural entre los servicios de salud y medicina tradicional. | 83 |
| Tab. 8. | Indicadores para medir la interculturalidad en unidades médicas. | 86 |
| Tab. 9. | Contenidos y Criterios Interculturales de autoevaluación de cédulas para Unidades Médicas de Primer Nivel. | 88 |
| Tab. 10. | Contenidos y criterios para evaluar unidades móviles (2012). | 89 |
| Tab. 11 | Cuidados que ofertan las parteras. | 105 |
| Tab. 12. | Identificación de derechos violentados en las parteras tradicionales. | 115 |
| Tab. 13. | Atención oportuna y apropiada en el trabajo de parto. | 125 |
| Tab. 14. | Procedimientos realizados y no recomendados en el trabajo de parto. | 132 |
| Tab. 15. | Tactos realizados en el trabajo de parto. | 133 |
| Tab. 16. | Desgarres reportados en el trabajo de parto. | 134 |
| Tab. 17 | Medicamentos más utilizados en el trabajo de parto. | 135 |

INTRODUCCIÓN

La salud materna en un contexto como el mexicano, requiere de un abordaje multidimensional, por lo que, la presente investigación la establece como objeto de estudio. A su vez, el objetivo que persigue esta tesis es analizar cómo se garantiza el derecho a la protección de la salud materna en una unidad médica de segundo nivel en la localidad de Milpa Alta en la Ciudad de México. En este sentido, identifica como hipótesis central que las condiciones socioculturales de las mujeres, las condiciones estructurales y las políticas públicas que establecen las estrategias y acciones para brindar atención médica integral, impactan en la satisfacción del derecho a la protección de la salud materna en contextos indígenas.

Para tal fin, en la presente tesis se empleó la postura teórica propuesta por Edgar Morín (1994) sobre la complejidad, a partir de la cual no se pretende conocer la “verdad absoluta”, pero se busca dar explicaciones globales y articuladas acerca de la realidad. Gracias al enfoque de la complejidad fue posible identificar un “tejido de eventos”, acciones e interacciones, así como azares que constituyen el mundo fenoménico de la salud materna.

Desde la misma perspectiva, en esta investigación se buscó superar el pensamiento lineal y las perspectivas únicamente cuantitativas tan presentes en la corriente biomédica aplicada en su mayoría a las ciencias de la salud. Por tanto, el trabajo que se presenta trata de hacer una aproximación epistemológica que no excluye a las diferentes concepciones, acercamientos y formas de conocimiento que de una u otra manera han tratado de abordar la salud materna, sino que, por el contrario, intenta vincularlas y enriquecerlas sin pretender, como ya se mencionó, alcanzar un saber último o acabado. Se trata entonces de un ir y venir, constituyendo un enfoque estratégico para la realidad social y su manifestación en el área de la salud que definitivamente, es compleja (Zambrano, 2008).

Para definir lo *complejo* podríamos decir que se refiere a “... lo no encasillable, lo no fácilmente descriptible ni predecible, la constante transformación en la que se percibe una evolución permanente y una disposición constante del observador al intercambio con esa

realidad” (Morín, 1994). Esa disposición constante de quien observa al intercambio con la realidad es la que permite enriquecer la comprensión del entorno desde diferentes perspectivas, mismas que trataran de recuperarse en esta investigación. Partiendo de lo citado, el documento que a continuación se presenta se encuentra integrado por seis capítulos.

En el primero de ellos se realiza una reflexión sobre la relación de la salud materna con las políticas públicas, condiciones estructurales de los servicios de salud, así como condiciones económicas, sociales y culturales que configuran las experiencias de las mujeres solicitantes de atención en el embarazo, parto y puerperio abordando el problema de investigación desde la perspectiva de los derechos humanos (DDHH).

En el mismo capítulo se presenta una revisión de documentos de carácter institucional que guían las formas de operación con que se brinda tratamiento a la salud materna en nuestro país, tales como: la NOM-007-SSA-2016, el Programa de Acción Específica (2013-2018) y los Lineamientos Generales de Interculturalidad en México. La revisión de los documentos y su posterior análisis se realizó con base en la propuesta sobre salud colectiva, tomando como referencia a autores como Jaime Breilh, Nancy Fraser y Amartya Sen. Tal exploración permitió realizar la identificación de procesos de determinación y distribución social más allá de su causalidad próxima y de la visión dominante del enfoque biologicista.

El segundo capítulo muestra una revisión de los principales conceptos utilizados dentro del desarrollo de la tesis. Se despliegan categorías analíticas que articulan la investigación, tales como: salud materna, derecho a la salud y derecho a la protección de la salud. Con base en la revisión conceptual, en éste se plantean las dimensiones que, en esta tesis, dan forma al derecho a la protección de la salud materna. Aunado a lo anterior, este apartado muestra el análisis de contenido del Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, tal estudio se realizó con base en el enfoque de derechos humanos, situación que permitió observar que estos documentos se citan constantemente en los marcos normativos tanto estatales, como locales, pero no se desarrollan con amplitud.

Además de la revisión conceptual, en el segundo apartado se presenta un despliegue de los principios rectores y derechos vinculados con el derecho a la salud y el derecho a la

protección de la salud, con la finalidad de configurar la propuesta del “derecho a la protección de la salud materna”. A su vez, se realizó un análisis de congruencia interna en el diseño del Programa de Acción Específico en revisión, tomando como herramienta la metodología de marco lógico (MML) propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este sentido, la MML permitió identificar la acción del Estado para atender las demandas de la población objetivo. De tal modo que utilizar el enfoque de DDHH para realizar el análisis permite evaluar el valor público manifestado dentro del programa.

En este capítulo para realizar un acercamiento al estudio de la salud materna, se efectuó la revisión de más de 80 artículos de investigación, en 49 de ellos se identificaron elementos destacados, los cuales fueron clasificados de la manera siguiente: Dimensión situacional, Dimensión estructural y Dimensión cultural. Los buscadores utilizados fueron SciElo, Redalyc, Diltianet, Web of Science, Scopus, LILACS y Science Direct.

Posteriormente se realizó la revisión de documentos nacionales e internacionales a la luz de los siguientes descriptores: *derechos, salud materna, equidad y no discriminación*, con la finalidad de clasificar párrafos, artículos e incisos que los abordaran o incluyeran.

Ejecutado lo anterior se procedió a la revisión de la NOM-007-SSA2-2016, se clasificaron párrafos, artículos e incisos, para a continuación realizar el análisis de la salud materna desde una postura crítica basada en el respeto de los derechos humanos (DDHH).

El análisis crítico de la NOM-007-SSA2-2016 se concentra en la identificación de la postura política, la determinación social y las condiciones de vida de las mujeres como parte importante para plantear y construir una estrategia en salud. Finalmente, se configura una crítica a la implementación limitada del enfoque de género, el enfoque de la “interculturalidad” y las directrices establecidas por el modelo médico hegemónico para lograr una “maternidad segura”, considerando que las relaciones de poder y subordinación ejercidas entre médico-paciente y entre el sistema médico hegemónico-paciente culminan en muchos de los casos en la violación reiterada de derechos humanos en las mujeres.

En el tercer capítulo se presenta, describe y reflexiona en torno a la documentación disponible en materia de Derechos Humanos, para comprender y, sobre todo contextualizar la presente

investigación en las discusiones internacionales y nacionales respecto al derecho a la salud, desde una perspectiva intercultural, además, se dedicó espacio suficiente a la exposición de los componentes fundamentales de la política pública de carácter intercultural en nuestro país.

Para desarrollar el apartado se revisaron documentos tales como: Protocolo Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, Convención Americana de los Derechos Humanos, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, así como, Declaración Universal sobre Diversidad Cultural y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 1º y 2º, Ley General de Salud en el Artículo 6, 64 y 96, Plan Nacional de Desarrollo 2012– 2018, inciso VI.2., Objetivo 2.2. y 2.2.3. y el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, apartado 2.

La revisión se realizó con el propósito de identificar las medidas/mecanismos propuestos para hacer efectivos los derechos humanos aplicables en el proceso de “atención a la salud materna con enfoque intercultural”. De modo tal, que en primera instancia se realizó una búsqueda digital de los documentos para posteriormente proceder su consecuente reflexión. Lo concerniente al análisis llevó a vincular los documentos revisados al derecho que tienen los pueblos originarios para recibir atención a la salud otorgada con respeto de su integridad física, psíquica y moral, así como a que se respete la dignidad inherente a su persona y les sea otorgada una atención a la salud libre de toda forma de discriminación.

Las unidades de análisis fueron párrafos, artículos e incisos encontrados en los documentos susceptibles de ser relacionados con las siguientes categorías: derechos, salud, equidad y no discriminación. Las categorías de análisis se tomaron partiendo de la postura teórica adoptada (DDHH) y se expresaron y desglosaron en unidades de estudio.

Para seleccionar las categorías de análisis se fijaron requisitos básicos: que fueran pertinentes con el tema, exhaustivas, homogéneas y finalmente, que en la medida de lo posible ninguna

unidad de análisis pudiera simultáneamente ser ubicada en más de una subcategoría. Posteriormente se procedió a realizar la codificación que consiste en la transformación de las unidades de análisis, categorías y subcategorías identificadas en los pasos anteriores, en unidades de registro que permitieron realizar el análisis de la información.

En el cuarto, y penúltimo capítulo se establecen los alcances de la investigación en un caso empírico específico, con la intención de recopilar, presentar y analizar la figura de las parteras en el contexto citadino en dos alcaldías al sur de la Ciudad de México: Coyoacán y Milpa Alta. Además, se identifica la relación de las parteras con otros miembros del sistema de salud identificados como autoridades, gracias a la acumulación de conocimiento académico, vislumbrando las disyuntivas en el ejercicio de poder entre aquellas que cuentan con conocimiento heredado y perfeccionado, frente a aquellos que son avalados por una institución (académica, médica o ambas). Esas relaciones desiguales intensifican prácticas discriminatorias clasistas y racistas, mismas que merman otras formas de conocimiento sobre el cuerpo y experiencia de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio. Pertinente es comentar, que la finalidad de estudiar la partería como un sistema de atención a la salud materna se encuentra relacionado con la cultura náhuatl (predominante en la zona), además de haber identificado que hay relación en el Sistema de Salud de localidad y las parteras.

El capítulo fue diseñado para conocer la visión del mundo de las parteras, de tal modo que es indispensable para entender la dinámica de interacción con el Sistema de Salud en la localidad. Entrevistar a las parteras permitió explorar la práctica de la partería y sus necesidades, las formas de conocimiento y las regulaciones que el Sistema de Salud les impone.

En este sentido las entrevistas a profundidad permitieron abordar la partería desde procesos internos, para ello las parteras narran su experiencia de vida y la explican. Para la recopilación de información en esta investigación, se elaboró un guion de entrevista, tal instrumento fue estructurado por quince preguntas abiertas con las cuales se buscó conocer desde su formación como parteras, los tratamientos utilizados en su práctica cotidiana, así como la relación que mantienen con los servicios de salud de sus localidades. Con las parteras se

aplicó un segundo instrumento, un cuestionario de preguntas cerradas y de opción múltiple que permitió identificar la relación que mantienen con el Sistema de Salud local.

En el quinto capítulo se explica que el trabajo de campo se desarrolló en el Hospital General de Milpa Alta, una zona conurbada de la Ciudad de México, mediante un estudio retrospectivo y longitudinal. La obtención de información consideró 110 expedientes de mujeres embarazadas atendidas por trabajo de parto eutócico durante el trimestre comprendido de septiembre a noviembre del año 2019. Se obtuvo una muestra representativa con un nivel de significancia estadística del 95% (40 expedientes). Para realizar la revisión de expedientes se solicitó autorización por escrito al director de la unidad hospitalaria quien, a su vez, dio la instrucción a la responsable del archivo para que pudiera tener acceso a los expedientes.

La revisión se realizó tomando como marco de referencia la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y se realizó en completo apego al numeral 5.5 en el cual se especifica que “los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer”.

Se diseñó una lista de cotejo para la revisión de expedientes con base en la NOM citada y en apego a los numerales 5.8 al 5.11, referentes a notas médicas y reportes clínicos. Para la verificación e integración del expediente se tomaron como referencia los numerales del 6 al 9 y finalmente los numerales del 10.1 al 10.1.3 para los lineamientos relativos al consentimiento informado.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se observó que los mecanismos de atención para las pacientes en la unidad hospitalaria no dan seguimiento a los protocolos establecidos. Sumado a lo anterior, el personal no tiene un compromiso con la transparencia de información, ya que en casos como el de la infraestructura o insumos fueron constantes las limitaciones para el acceso a datos pertinentes.

El sexto y último capítulo, presenta tanto la discusión como las conclusiones de esta tesis, mismas que dan un cierre, pero establecen nuevas interrogantes acerca de la salud materna.

CAPITULO I. SALUD MATERNA: UN ABORDAJE DESDE LA SALUD COLECTIVA.

Pensar la salud materna como objeto de estudio no fue tarea fácil, en virtud de que hubo la necesidad de atribuirle dimensiones, características y relaciones, para posteriormente poder comprender su movimiento y desentrañar la complejidad de ésta como un problema de investigación.

La postura de complejidad en esta investigación, tal como se presentó en la introducción, se retoma desde Morin (2002), autor que permite comprender y reafirmar la articulación del conocimiento biológico y el entorno sociocultural. En este sentido, es que el pensamiento complejo debe rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios fraccionados, dejando en claro que no se puede aislar un objeto de estudio de su contexto, sus antecedentes y su devenir.

El pensamiento complejo sirve para legitimar un problema de estudio donde la salud de las mujeres y la maternidad se sitúan al centro y a partir de ello, mostrar su relación con las políticas públicas, condiciones estructurales de los servicios de salud; así como condiciones económicas, sociales y culturales que marcan a las mujeres. Por tal motivo, el enfoque para estudiar el problema en sí mismo es la perspectiva de los derechos humanos (DDHH).

Desde tal posicionamiento se evitó reducir la salud materna a las proporciones de morbilidad y mortalidad, impidiendo un pensamiento *simplificante* y en consecuencia una visión reduccionista del problema. En cambio, se encontró una realidad desintegrada, donde el respeto por la noción de ser humano, vida y salud son elementos por engranar y reflexionar. El pensamiento complejo permitió entonces, estudiar la multidimensionalidad de la salud materna como problema de salud relacionado con los DDHH en cuyo tejido se identifican acciones, interacciones y, por ende, determinaciones. Con base en lo anterior, se articuló el pensamiento complejo a la salud colectiva; línea teórica base para el abordaje del problema de investigación. Desde la Salud Colectiva, son Jaime Breilh, Nancy Fraser, Amartya Sen, y el enfoque de Luigi Ferrajoli quienes otorgan los aportes teóricos necesarios para poder construir el planteamiento de un problema considerando algunas de sus determinaciones.

Tales vertientes permiten abordar una realidad compleja y multidimensional resultado de las tensiones y transformaciones sociales, y de procesos históricos que marcan a los objetos y

sujetos que la distinguen llevando a reflexionar sobre lo limitada que es la ciencia epidemiológica, en virtud de que la salud y la enfermedad no pueden estudiarse de manera parcial o separada. Por tanto, el estudio de la salud y la enfermedad no puede analizarse desde cuestiones exclusivamente biológicas, omitiendo la importancia de factores sociales y psicológicos. Granda (2003), explica de manera concreta que el campo de la medicina social y la salud colectiva reconocen en los procesos de salud/enfermedad dimensiones materiales y simbólicas, así como las respuestas sociales para enfrentarlos, las cuales expresan hechos sociohistóricos que atañen a los colectivos humanos. Por tanto, su abordaje implica desentrañar los procesos de determinación y distribución más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología. Lo descrito anteriormente, permite observar dos planos para analizar la atención médica que se otorga a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

1.1. Determinaciones sociales vs enfoque de riesgo

Los reportes muestran en el panorama epidemiológico sobre muertes maternas que el año 2019 estuvo marcado por el deceso de 679 mujeres de las cuales las principales causas de defunción son la hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio. Los estados con mayor número de defunciones maternas fueron la Ciudad de México con 77, Chiapas con 54 y el estado de Veracruz con 47 (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2019).

Al respecto, investigaciones como las de Morales-Andrade y Cols. (2018), Ordaz, Rangel y Hernández (2010) y Peñuelas-Cota y Cols. (2008) que muestran un enfoque clínico predominante, continúan observando que la mortalidad materna continúa centrándose en factores de riesgo.

En contraste, investigaciones como las propuestas por Freyermuth-Enciso (2018), Freyermuth y Luna (2014), Rangel y Martínez (2017), Torres de Galvis y Cols. (2005) y Franco-Marina (2006), permiten observar la existencia de brechas socioeconómicas determina inequidades relacionadas con la calidad y oportunidad de los servicios de atención a la salud materna.

Particularmente, la investigación realizada por Rangel y Martínez (2017), sobre morbilidad materna y *near miss* en América Latina, dio oportunidad de cuestionar el discurso que plantea el enfoque de riesgo; es decir, ver la enfermedad como un fallo de algún elemento de la máquina (cuerpo), que, como consecuencia, requiere del profesional médico para diagnosticar y reparar el fallo. Desde la postura del enfoque de riesgo, la salud y la enfermedad son vistas entonces como una cuestión meramente biológica, eliminando la importancia de los factores sociales y psicológicos.

Tal enfoque permea la NOM-007-SSA-2016 y el Programa de Acción Específica (2013-2018). En este sentido es que se coincide con Sánchez-Bringas (2013), quien explica cómo a través de políticas públicas, programas y estrategias dirigidas a la población femenina se ha construido un ideal regulatorio del cuerpo reproductivo femenino que se erige como estándar de normalización para las mujeres mexicanas.

Es así como el enfoque de riesgo apoya al paradigma epidemiológico, el cual establece las formas de enunciar la salud materna y cómo actuar respecto a ella, permitiendo a los servicios de salud adoptar una postura que plantea acciones dirigidas hacia “una maternidad segura”. Este discurso intangible teje entonces las relaciones de poder entre el sistema médico y las usuarias de los servicios (Bourdieu, 1998) dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social, que reproduce sociedades inequitativas y “malsanas” (Breilh, 2013). Ahora bien, observar desde un ángulo crítico el enfoque de riesgo y su implementación en la salud materna permite identificar las relaciones de poder relacionadas con la clase. Empero, lo que al interior se muestra es la imagen sanitaria de un problema de salud con el cual se puede valorar el éxito o fracaso de una política en salud, sobre todo, considerando que por medio del enfoque de riesgo se pueden construir evidencias del impacto generado en la salud materna.

Lo planteado en los documentos revisados (NOM-007-SSA-2016, Programa de Acción Específica 2013-2018 y “Lineamientos de interculturalidad en Salud”) hace invisibles las determinaciones generadas por el sistema biomédico y las relaciones de inequidad que lo reproducen (Breilh, 2013). Por tanto, se habla sobre eliminación o racionalización de “algunas” prácticas generalizadas porque llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan “riesgos innecesarios”, pero no porque transgreden el derecho a que se respete la integridad física, psíquica y moral de las mujeres (Convención de Belém do Pará, 1979). Al respecto Jaime Breilh (2013), muestra que la relación causa-efecto es el esquema formal aplicado para identificar factores de riesgo; reduciendo la noción exposición/vulnerabilidad como problema esencial que lleva a que acciones preventivas se dirijan a implementar actividades mediáticas que impacten sobre los factores de riesgo.

En contraposición, las determinaciones sociales identifican la presencia de condiciones estructurales (relacionadas con el contexto social, económico y político) las cuales definen la posición socioeconómica de las mujeres (pertinencia étnica, género, clase social, nivel de escolaridad), pero también, que existen condiciones intermedias. Entre ellas, podemos considerar las “conductas de sumisión” de las mujeres indígenas y no indígenas (relacionadas con los roles de género), vulnerabilidades sociales, culturales y biológicas particulares de las mujeres durante las etapas obstétricas. Sin omitir la normatividad institucional basada en el enfoque biomédico.

Las determinaciones sociales en esta investigación son elementos teóricos fundamentales en virtud de que permiten poner sobre la mesa la confluencia de condiciones colectivas (económicas, sociales y culturales) que determinan los perfiles de morbilidad y mortalidad en regiones consideradas con bajo índice de desarrollo humano y con alta presencia de población indígena.

En este sentido, la investigación empírica reafirma los aspectos culturales como un factor positivo de cambio, pero también como un obstáculo para alcanzar la salud. De hecho, en estados como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz los indicadores de salud

muestran brechas de desigualdad para la población indígena, asociadas a la cultura; especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud.

1.2. Justicia Social y Salud Materna

Es preciso considerar que particularmente las mujeres indígenas, tienden a diferenciarse del resto de la población, no sólo por cuestiones de clase social y origen étnico, sino también por marcadores culturales —lingüísticos, usos, costumbres, tradiciones y valores (Sachse y Cols., 2012:8) —. En torno a esto, las evidencias refieren una vulnerabilidad de las mujeres resultado de las relaciones de poder y subordinación ejercidas entre médico-paciente y entre el sistema médico hegemónico-paciente, las cuales concluyen en la violación reiterada de sus derechos económicos, sociales y culturales.

Al respecto Fraser (2013) explica que los miembros de una clase pueden sufrir daños culturales, pero que estas injusticias no se producen independientes de la economía política, sino que se derivan de ella. Las estadísticas reafirman lo enunciado, al mostrar que los altos índices de muertes maternas siguen presentándose en mujeres con menor nivel de escolaridad, empleo inestable, ingresos familiares menores a un salario mínimo (Jusidman, 2009), mínima infraestructura en la vivienda (Freyermuth, 2014), pertenecientes a un grupo étnico y la falta de acceso a servicios básicos (Rodríguez y Rodríguez, 2012; Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V., 2013; Pisanty-Alatorre, 2017).

Para fines de la investigación se consideró necesario un abordaje desde dos líneas; la de redistribución y reconocimiento (Fraser, 2013), para analizar y mostrar la necesidad de atender los asuntos de la salud materna incorporando tanto a la clase social como la diferenciación por razón de género y etnia (Posada, 2015).

Lo expuesto se retoma considerando que en los documentos revisados (NOM-007-SSA-2016 y Programa de Acción Específica 2013-2018) las “funciones de reproducción social” de la mujer se encuentran relacionadas con funciones maternas relacionadas a la alimentación y el cuidado de los hijos.

En este sentido, si bien los documentos no describen las funciones maternas de una manera concreta, denotan que un polo de la importancia de la salud materna radica en proporcionar seguridad y bienestar al infante, siendo esta una de las muchas razones por la que se debe evitar a cualquier costo la muerte de la mujer (Wollstonecraft, 2000).

Para lograr tal finalidad los servicios de salud han establecido que se deben desarrollar acciones de educación para la salud *orientadas a favorecer la decisión libre e informada* que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables. En esta línea de ideas vale la pena preguntar: ¿desde qué postura se plantean las acciones para una maternidad segura?

La postura teórica de Fraser (2013), permitió revisar la “perspectiva de género” planteada por los Servicios de Salud en México. Es así como cuestionamos: ¿cuál es la postura teórica retomada para la reevaluación cultural de lo conceptualizado como “femenino”, incluyendo dentro de ello la reclamación del reconocimiento de las diferencias en las mujeres por razón de clase y estatus social.

Desde esta perspectiva, es preciso reconocer en primera instancia la existencia de necesidades de salud distintas entre mujeres de diferentes zonas geográficas, condiciones de vida y de diversidad cultural; elementos mínimos bajo los cuales se cuestiona el paradigma del reconocimiento de género manejado de forma implícita al interior de documentos tales como; la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, el Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 y los lineamientos de interculturalidad. Por tanto, la postura de reconocimiento del género nos remite a la estructura cultural valorativa que el Sistema Nacional de Salud tiene respecto al género femenino (Secretaría de Salud, 2013).

Esto se pudo validar al revisar las intervenciones para alcanzar “la maternidad segura”, donde predomina una postura de regulación y control del sistema médico hegemónico hacia las mujeres. En este rubro, el discurso hace referencia al desarrollo de capacidades en las mujeres, al autocuidado y corresponsabilidad. Aquí surgió una nueva interrogante, para lograr el más alto nivel de salud de las mujeres incentivando no solo la supervivencia, sino la

prosperidad: ¿son el enfoque de riesgo, el autocuidado y la corresponsabilidad acciones suficientes para prevenir la morbilidad y la mortalidad materna? Lo anterior se cuestiona tomando como referencia la postura teórica de Amartya Sen (Stewart, 2005) sobre el desarrollo de capacidades. Este marco de referencia respeta las diferentes ideas de las personas de *buena vida*, centrándose en la postura de lo que las personas son efectivamente capaces de hacer (capacidades), removiendo obstáculos de forma tal que tengan la libertad de vivir el tipo de vida que después de una aguda reflexión realmente quieren vivir.

Se incorporan tanto en la NOM como en el Programa de Acción Específica (PAE) aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio; uno de los pilares ha sido establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad con el personal de salud.

Hablar de autocuidado remite a preguntar sí, ¿los servicios de salud identifican que capacidades deben desarrollar las mujeres, sus parejas y familias?, en caso de ser así, ¿cuáles son específicamente?, ¿consideran las condiciones históricas, sociales y el entorno en que se desenvuelven las mujeres?, ¿consideran las metas o logros en salud que las mujeres quisieran para tener un embarazo saludable?

Ahora bien, el autocuidado como acción de corresponsabilidad entre la mujer, su pareja, la familia y los servicios de salud en pro de la salud materna, tiene varias implicaciones. La primera de ellas es la responsabilidad individual, para posteriormente identificar una responsabilidad colectiva. Pero antes de abordar responsabilidades, hablemos del autocuidado y aquí la pregunta es ¿cómo se entiende el autocuidado? ¿Cómo se define?

La postura teórica de capacidades de A. Sen permite considerar que los servicios de salud al ofertar la atención a la salud materna puedan identificar lo que las mujeres, pareja y familias son realmente capaces de hacer y trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, además de considerar las expectativas de las mujeres y sus familias en el proceso; con la finalidad de buscar logros y oportunidades. Sin omitir en el diseño e implementación de acciones y estrategias las necesidades económicas, sociales y culturales de las mujeres y sus

familias. Pero no solo las mujeres solicitantes de la atención deben fortalecer capacidades, también los servicios de salud que la otorgan.

Cuando se revisó la *corresponsabilidad* realmente no quedó clara la idea, por tal motivo nuevamente se retomó a A. Sen (Stewart, 2005) y su planteamiento sobre “capacidades colectivas”; las cuales no son simplemente la suma o el promedio de las capacidades individuales, sino que son aquellas capacidades que resultan del ejercicio de la agencia colectiva y cuyos beneficios recaen sobre el individuo y la colectividad. Son capacidades que el individuo solo no podría ni sería capaz de lograr (Ibrahim, 2007).

Si lo que pretenden los Servicios de Salud es abatir la mortalidad materna y evitar la morbilidad materna, no podemos cerrar la corresponsabilidad en las mujeres, familia y servicios de salud, se debe incluir a la sociedad civil (organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) con la finalidad de disponer de servicios de salud adecuados, en todo caso la respuesta social podría proporcionar y facilitar los medios para prestar servicios, a fin de que las mujeres durante el embarazo parto y puerperio puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (OIT, 2014), tomando en consideración las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales.

Documentos como la NOM 007 y el Programa de Acción Específica plantean intervenciones que deben desarrollarse para alcanzar la maternidad segura las cuales incluyen: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. Reconociéndose que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención.

Al respecto, y habiendo planteado la postura teórica del desarrollo capacidades de Sen, se llegó a la reflexión de la base preventiva y su modelo de implementación: la atención primaria. En este caso se destaca el uso del enfoque de riesgo para la realización de actividades eminentemente preventivas y desde una postura médico social nos atrevemos a afirmar que basar las actividades preventivas exclusivamente en el enfoque de riesgo sin

considerar el contexto geográfico, cultural, económico, político y social impacta de forma inminente en los resultados esperados.

Hasta ese punto, se da cuenta de que no es suficiente plasmar en documentos oficiales las necesidades y debilidades que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio para alcanzar la subjetividad plena de un derecho; es necesario mantener una postura de reconocimiento. El reconocimiento es esencialmente una cuestión de justicia, ya que la falta de reconocimiento de la salud materna como un derecho es lo que pone en juego la desvalorización de las mujeres como sujetos de derecho.

Lo aquí expuesto es un ejemplo que permite visualizar un sistema de salud que presenta limitantes para el acceso a instituciones de salud con capacidad resolutive, ineficacia en el manejo clínico, limitaciones en habilidades y competencias médicas, además de un nulo beneficio para las mujeres al asistir a más de 7 consultas prenatales y estar afiliadas al Seguro Popular (CONEVAL, 2012).

Así mismo, las estadísticas enfatizan mortalidad materna en mujeres indígenas, analfabetas y pobres a pesar de la ampliación de la cobertura por medio del Seguro Popular y de la adecuación de servicios de salud para otorgar atención con pertinencia cultural. Es en este punto dónde se cuestionan las obligaciones del Estado en materia de DDHH respecto al derecho de protección de la salud materna, en virtud de que las obligaciones implican el respeto, protección y satisfacción de tal derecho; condiciones que aún no se han logrado.

Esto puede observarse al revisar la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, el Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 y, por ende, los Lineamientos Generales de Interculturalidad en México, que buscando una “reivindicación de justicia social” plantean la “atención intercultural” como uno de los medios para reemplazar o impactar en la redistribución socioeconómica de las mujeres (Fraser, 1995). Bien es cierto, que los antecedentes de morbilidad y mortalidad materna tienen repuntes en contextos socioeconómicos y culturales con alto índice de población indígena y que, bajo esta condición, la clase, etnia, raza adquieren vital importancia porque muestran grupos poblacionales con vulnerabilidad socioeconómica.

Por tanto, debemos sumar a lo citado que los grupos culturales poseen prácticas con características propias de cada contexto; siendo una de ellas la presencia de vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros (Ariza-Sosa, 2012).

La subordinación de las mujeres, situación de influencia en su victimización relacionada con la violencia de género, es una condición que pone en riesgo la salud de las mujeres y particularmente la de las mujeres embarazadas, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación, en caso de enfermedad (Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E.; 2019: p.2; Freyermuth, 2014).

Las prácticas no sólo abordan pautas de comportamiento relacionadas al género, también incluyen la atención del proceso reproductivo de las mujeres. Dentro de este proceso, se ubica a las parteras tradicionales, mujeres cuyos conocimientos culturales y sobre el cuidado de la salud materna contribuyen para el bienestar materno infantil en las comunidades.

Al respecto, la Dirección General de Planeación de los Servicios de Salud en México, presentó la *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Tal guía se incorpora en el eje de interculturalidad, en ésta, se proponen “acciones” para la integración de las parteras en el sistema de salud.

Sin embargo, y a la luz de la propuesta de redistribución y reconocimiento de Fraser (2013) se ha de comentar que la propuesta dista mucho de reconocer a los terapeutas tradicionales, en virtud de que sus estrategias las incapacitan en dos sentidos. En primer lugar, para que se relacionen en términos de igualdad con los médicos y enfermeras, y en segundo, porque son despojadas de sus derechos culturales.

Actualmente, el campo de acción de la partería tradicional no se encuentra legalmente establecido, no se reconocen sus prácticas como “legítimas” y tampoco hay una clara especificación de sus derechos. En materia de política pública los argumentos para incorporar la cultura en la atención a la salud materna se encuentran plasmados a nivel nacional en la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 2º y 4º constitucional) y la Ley General de Salud (LGS) en sus múltiples artículos.

Específicamente el artículo 3º inciso II y II Bis, así como los incisos IV y IV Bis, en los cuales se incorpora la atención materno infantil y el programa materno infantil en pueblos y comunidades indígenas, el Título Segundo relativo al Sistema Nacional de Salud Capítulo I Disposiciones comunes en el artículo 6º en el inciso VI Bis; donde se manifiesta promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas, así como el capítulo V en sus artículos 61,62 y 64 incisos I,II y IV donde se abordan las acciones tocantes a la partería y su capacitación para poder participar en la atención materno infantil.

Pero es en la NOM 007 y el Programa de Acción Específica (PAE) sobre salud materna y perinatal 2013-21018 donde se plasman acciones estratégicas particulares. La realidad es que ambos documentos no terminan de dejar en claro las categorías pertinencia cultural y enfoque de interculturalidad, puesto que el término de pertinencia cultural en la norma se utiliza para referirse a la adecuación de los servicios de salud materna y por otro lado, el PAE (2013-2018) a pesar de plantear la interculturalidad en sus objetivos, no presenta indicadores para medirla y centra los mismos en las mujeres embarazadas atendidas en el primer trimestre, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal.

En virtud de lo citado, la postura bajo la cual se plantea la introducción tanto de la pertinencia cultural como de la interculturalidad es la siguiente: la salud materna es un campo multidimensional que no se puede aislar del contexto. Por tanto, reducir la interculturalidad a “adecuación de servicios” es simplificar y minimizar la complejidad de brindar servicios de salud materna en contextos pluriétnicos.

Reducir los indicadores del PAE a cuestiones meramente biológicas (muertes maternas y neonatales) anula el reconocimiento de diversidad, además de no reconocer las determinaciones socioculturales. En el aire queda entonces, ¿qué elementos culturales deben considerarse?

Sí bien la lengua es un elemento importante, no es el único. La lengua no es sino uno de los muchos componentes de la cultura y a ello debemos sumar rasgos compartidos, estilos de vida y relaciones sociales, entre otros (Albó-Corróns, 2010:148). De tal manera que la interculturalidad no sólo debe limitarse a la traducción e interpretación, sino que debe considerar los puentes de entendimiento de los rasgos culturales simbólicos y pragmáticos de los diversos grupos étnicos (Albó-Corróns, 2010:150).

Dicho de otra manera, la forma de plantear los elementos culturales en las políticas públicas es la forma en que se mira a los otros y se les reconoce. En este sentido, el planteamiento que se retoma es desde el derecho a la identidad cultural, lo que corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio, que a su vez permite considerar las actuales condiciones de salud y las inequidades en el acceso a los servicios de salud en los pueblos originarios (Salaverry, 2010; Amoroz, 2011).

Desde la perspectiva de DDHH bien valdría la pena considerar que una política “intercultural” por un lado debe considerar lo que refiere Ramírez-López y Cols. (2012), la vulnerabilidad y desventajas sociales de mujeres que presentan situaciones específicas, tales como; migración, precariedad del empleo, dificultad en la inserción comunitaria y el difícil acceso a los servicios de salud, entre otras. Por otro, lo obstáculos que deben enfrentar las mujeres para hacer socialmente visible su situación de desventaja social y cultural, no sólo por género sino también por etnia.

Tales condiciones se podrían favorecer, sí se reconociera y protegiera la partería tradicional como parte de los valores y prácticas sociales y se les otorgaran las facilidades para crear, producir y distribuir la partería como una expresión cultural. En este sentido, preservar la partería tradicional sería no solo una medida para proteger expresiones culturales en extinción, sino una acción positiva en favor de la salud de mujeres indígenas que presentan dificultad de acceso a servicios de salud materna.

CAPÍTULO II. SALUD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS (DDHH)

Hasta ahora, se cuenta con un panorama del proceso salud/enfermedad/atención, en el cual las mujeres poseen características particulares que configuran sus experiencias de vida: indígenas, adolescentes, amas de casa, sin redes de apoyo familiar, empleadas domésticas remuneradas, con baja escolaridad y condiciones socioeconómicas precarias. Estas mujeres han sido valoradas, sólo por ser una emergencia obstétrica que aporta a una estadística o por representar un cuerpo que debe ser controlado, vigilado y atendido para evitar complicaciones. Se trata entonces de mujeres que deben “alinearse” a los estándares del modelo médico hegemónico, donde su opinión no tiene validez y sus capacidades o la posibilidad de desarrollarlas no son valoradas.

Esta visión es la que mantiene el modelo médico hegemónico, cuya mirada de la realidad es fragmentada, pues impulsa el enfoque de riesgo que ya se presentó en el primer capítulo, además, fortalece el paradigma biológico e institucionaliza la violación de derechos de las mujeres.

En este sentido, el panorama planteado refleja un sistema de salud no sólo fragmentado, sino que ha permitido que prevalezcan escenarios que ponen en riesgo la salud de las mujeres, entre ellos los que transgreden sus derechos. Ambas situaciones se conforman por injusticias de reconocimiento que no pueden superarse mediante estrategias parciales de redistribución (afiliación al Seguro Popular o gratuidad) y que requieren de mecanismos diferentes de atención para solucionarlas.

Ahora bien, no podemos dejar de reconocer que actualmente la salud materna forma parte de la agenda de política de salud en México y que esto ha llevado a las reformas de los artículos 2º y 4º Constitucionales, revisión y modificación de la NOM-007-SSA2-1993, la publicación del programa de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 e incorporación de Servicios de Atención a la Salud Materna con enfoque intercultural.

Sin embargo, al realizar la revisión de tales documentos se observó una distorsión en el abordaje de la problemática presentada, debido a que se plantea una agenda de derechos

humanos y enfoque de género, pero que omite las condiciones materiales, políticas y sociales de la población vulnerada. Por lo anterior, el Estado no garantiza un trato justo ni a las mujeres gestantes, ni a las parteras tradicionales, ambas sujetas de investigación en este trabajo. Un claro ejemplo de ello es la introducción del enfoque de interculturalidad y de género en los documentos mencionados como una “forma” de hacer presentes y visibles ante el resto de los ciudadanos a las mujeres y sus necesidades, considerando dentro de éstas, los rasgos culturales.

La introducción tanto del enfoque de género como de interculturalidad es una forma de garantizar su presencia y visibilidad como sujetos colectivos en la toma de las decisiones políticas que les afectan. Es decir, se intenta con ello “abogar” por el disfrute de los derechos de ambos grupos sociales. Debido a lo anterior, es muy interesante la forma en que se distingue tanto a las mujeres solicitantes de la atención, como a las parteras que la brindan, debido a que, en ambos grupos, predominan, relaciones de desigualdad, violación de derechos y pérdida de agencia, debido a que las capacidades tanto de mujeres gestantes como de las parteras son limitadas o no consideradas.

La presencia de ambas líneas, género e interculturalidad, otorgan una condición legal política de reconocimiento afirmativo, no obstante, en la práctica no hay un verdadero ejercicio ni acceso a sus derechos o las posibilidades reales se limitan, así como su acción y participación. Ambos grupos, no logran acceder a escenarios de igualdad de condiciones, es entonces, que se observa la representación fallida puesto que las reglas y los procesos, obstaculizan y niegan su participación. Formalmente, parteras y mujeres embarazadas cuentan con derechos, pero en la realidad, estos ni se ejercen, ni se garantizan.

En virtud de lo expresado, es necesario que las políticas de salud materna doten de mecanismos e instancias necesarias para garantizar que ambos grupos sean vistos por el resto de los agentes involucrados en el proceso de salud materna, pero no desde una mirada cargada de estigmas y estereotipos que contribuye a la marginación o la imagen marginalidad de esta población, sino con una mirada que implique aceptación respetuosa por la existencia de estas mujeres (Ruíz-Resca et al., 2008). Porque, en el ámbito de la justicia, la paridad coloca a todos los sujetos en

el mismo umbral de posibilidades de acceso a los DDHH, así como a su acción y participación (Fraser, 2005).

2.1. Salud materna

El primer elemento conceptual para revisar en este estudio es la salud materna. Antes de extender la explicación, es necesario comentar que en el proceso de investigación y registro de información no se encontraron definiciones puntuales sobre el concepto *salud materna*, no existe unificación de esta dimensión. Por lo que, en adelante se considerarán los conceptos de: salud materna, atención obstétrica, salud materno-infantil, maternidad saludable, entre otros, para su revisión.

En México, es en el artículo 3º, fracción IV de la Ley General de Salud, donde se plasma la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio.

En este sentido, la Ley General de Salud funge como norma secundaria aportando elementos de referencia para poder hacer efectivo el derecho que nos ocupa. En este caso la Ley General de Salud dicta la forma de instrumentación o aplicación del artículo 4º Constitucional y configura las responsabilidades por parte del obligado, en este caso, el Estado mexicano.

Para el tema de la Salud Materna la norma accesoria que se ha formulado es la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (Norma Oficial Mexicana, 2016). Al respecto, podemos señalar igualmente la ausencia de una definición universalmente aceptada, así como de referencias a las atenciones que “deberían” recibir las mujeres.

Para poder plantear una definición sobre salud materna que sea útil para esta investigación, fue necesario revisar lo estipulado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC) y el Protocolo de San Salvador. Los tres documentos posicionan a la salud materna

como un derecho humano inclusivo que debe abarcar la atención oportuna y apropiada durante la atención obstétrica, además del acceso al agua limpia y potable, así como a condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos sanos que devengan en una nutrición adecuada; vivienda digna, condiciones sanas de trabajo, el medio ambiente y acceso a educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Con base en lo anterior, es importante presentar las obligaciones del Estado al respecto, mismas que incluyen el respeto, protección y garantía del derecho en cuestión. Así como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad al otorgar los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Incorporando las normas y principios relativos a la no discriminación, igualdad, participación y rendición de cuentas.

Considerando lo citado, la definición de salud materna que se empleará para fines de la investigación es la siguiente: *la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto, hasta el posparto* (OMS, 2016) y los medios para lograr la consecución del más alto nivel posible de salud de las mujeres (Chávez, 2012), *durante los tres períodos obstétricos mencionados siendo otorgada la atención sin discriminación alguna (género, grupo étnico, al cual pertenezca y clase social).*

La definición propuesta se sustenta además en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH).

2.1.2. La salud materna y los elementos que la conforman.

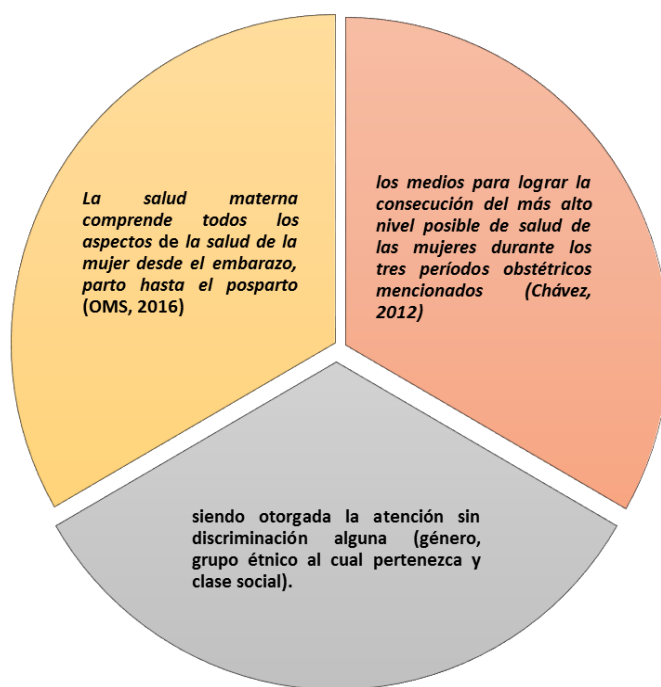
Para definir la categoría “salud materna”, se identifican tres dimensiones:

- a) Correspondiente a los tres momentos obstétricos: embarazo, parto y puerperio.
- b) Medios para lograr la salud en estas tres etapas obstétricas.
- c) Forma en que debe ser brindada la atención a las mujeres.

La primera dimensión aborda elementos de orden biológico, psicológico y social durante las tres etapas obstétricas; la segunda incluye los aspectos estructurales en la atención (desde recursos materiales, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, procedimientos administrativos entre otros) y la tercera, los elementos que condicionan una atención basada en la equidad y no discriminación. Las tres dimensiones a nivel de contexto muestran una interrelación activa y dinámica, en virtud de que interactúan entre sí durante el proceso de atención a la salud materna.

Considerando la concepción anterior, podemos asumir una definición de salud materna que abarca estas tres dimensiones: aspectos relativos a embarazo, parto y puerperio, medios para conseguirlos y no discriminación (Ver figura 1).

Figura 1. Dimensiones de la salud materna



Fuente: elaboración propia.

Con base en las anteriores dimensiones, es preciso establecer el marco analítico en que se desarrolla esta tesis orientada por la perspectiva de DDHH. Cuyos principios rectores son

dos: *interdependencia e indivisibilidad*. Estos dos fundamentos, son los que otorgan la posibilidad no solo de identificar los derechos violados de manera mediata, sino que también permiten captar los derechos de los que depende la realización de estos.

En este sentido, el derecho a la salud se identifica como aquel que integra a otros derechos tales como: el derecho a la protección de la salud, derecho a la integridad física, psicológica y moral, y los derechos relacionados con la igualdad y no discriminación. De tal manera, es posible observar el efecto de la interdependencia e indivisibilidad entre ellos.

Por tanto, este trabajo considera que los tres derechos se superponen e interrelacionan, de tal forma que el panorama en salud materna en el país tiene un hilo conductor: la violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres, situación asociada a indicadores potencialmente peligrosos para las mismas durante el embarazo, parto y puerperio, tales como; alta marginación, baja escolaridad, ser hablante de alguna lengua indígena, ser víctima de violencia de género, unidades médicas sin capacidad resolutive con recursos humanos que consideran a las mujeres como un objeto de intervención y no como sujetos/as con derechos, donde el parto ha dejado de ser visto como un proceso natural pasando a su patologización (Camacaro, 2009) naturalizando la violencia sobre todo en las salas de partos.

2.1.3. Derecho a la Salud

El derecho a la salud es reconocido como un derecho humano fundamental e inalienable, mismo que alcanza reconocimiento a nivel internacional y obliga a los estados a definir garantías y que, en su mala práctica, llega a atentar contra la vida de las personas (Pintado-González y López-Arellano, 2019: 92).

En este sentido, la Observación General 14 del CDESC, describe que: el derecho a la salud [...] es considerado como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención a la salud oportuna y apropiada sino también [...] el acceso al agua limpia potable, y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la

educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (López-Arellano y López-Moreno, 2015: 70-71).

En el ámbito interamericano el “Protocolo de San Salvador” reconoce el Derecho a la Salud en su artículo 10 y establece la posibilidad de medir los alcances de las acciones que los responsables de garantizar el derecho deben cumplir. Las obligaciones establecidas en el “Protocolo de San Salvador” incluyen: el respeto, protección y garantía del derecho, así como los elementos relativos para ejercerlo (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Además, incorpora normas y principios relativos a la no discriminación, igualdad, participación y rendición de cuentas (OMS, 2015).

Ambos instrumentos vinculantes otorgan la posibilidad de analizar el derecho a la salud como un derecho que incluye una visión integral, donde el entorno físico y social adquiere relevancia. El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Así como el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar (UNAM, 2015: 20).

La Observación General 14 del Convenio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEDESC) reconoce el Derecho a la Salud y el “Protocolo de San Salvador” establece la posibilidad de medir los alcances para garantizarlo. Ambos documentos aportan claramente obligaciones establecidas para los Estados, así como los elementos relativos para ejercerlo. Por tanto, ambos instrumentos vinculantes permiten: analizar el derecho a la salud materna como un derecho que incluye una visión integral, donde el entorno físico y social adquiere relevancia.

Desde la perspectiva de DDHH las obligaciones del Estado mexicano en lo relativo al derecho a la salud materna incluyen: respetarlo, protegerlo y garantizarlo. Así como el reconocimiento de elementos para poder ejercerlo: disponibilidad de servicios necesarios para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, accesibilidad a servicios

de salud materna, aceptabilidad de los servicios de salud materna y calidad al otorgar servicios durante el embarazo, parto y puerperio.

2.1.4. Derecho a la Protección de la Salud

La salud es un derecho inherente a la persona, necesario para la supervivencia, el desarrollo físico e intelectual y la convivencia con otros seres humanos y seres políticos, por tanto; la salud, como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de los derechos sociales. En relación con estos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública (Sánchez-Cordero, 2015).

En México, el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor de las titulares de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella. Algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en México, consagrado en el artículo 4º constitucional, es una disposición de carácter programático (Pérez-López, 2001; Luna, 2005), que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos.

El principio de igualdad entre los hombres, entendido como tratamiento en función a las capacidades de cada individuo, se concretiza en el derecho a la protección de la salud al garantizar el Estado la superación de las necesidades individuales. Así el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto” (Escribano, 1976).

El derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el

Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo (Cámara de Diputados, 2017):

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2017) se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al señalar expresamente que:

ARTÍCULO 2º. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

2.1.5. Dimensiones del Derecho a la Protección de la Salud Materna

El derecho a la protección de la salud materna se configura con base en el artículo 4º Constitucional, el cual es otorgado a las mujeres como un presupuesto idóneo para hacerlas titulares de dicha situación jurídica. El supuesto jurídico del cual parte, es el de la existencia de mujeres embarazadas ya sean indígenas o no, para tal supuesto existen derechos y obligaciones. En consecuencia, las mujeres tienen el derecho que se señala en el artículo 4º Constitucional y el Estado tiene la obligación de conceder sus prerrogativas.

Las obligaciones del Estado en materia de DDHH respecto al derecho de protección de la salud materna, implican el respeto, la protección y satisfacción de tal derecho. Las obligaciones del Estado se complementan con cuatro componentes imprescindibles para hacer efectiva la protección a la salud materna: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Así como, dos ejes transversales: no discriminación y perspectiva de género.

En este sentido, para que el derecho a la protección de la salud materna se vea cristalizado el Estado debe respetar y cumplir con sus obligaciones, para que las mujeres indígenas y no indígenas, hagan uso de su derecho en cualquiera de las etapas obstétricas (embarazo, parto y puerperio) por medio de la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, reconociéndose entonces; la facultad de exigir al Estado el cumplimiento de éste.

2.2. Análisis de contenido del Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal (PSMyP) 2013-2018 desde la perspectiva de derechos humanos.

2.2.1. Caracterización del programa

Para fines del trabajo se retoman cuatro ejes para la caracterización del programa: política a la que pertenece, objetivo del programa, papel que tiene el programa dentro de la política y estrategias de implementación relevantes, a continuación, en la tabla 1 se describe cada una de ellas.

Tabla 1. Características del PSMyP 2013-2018

| | |
|---|--|
| <p>Programa o política a la que pertenece.</p> | <p>Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente, Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p> |
| <p>Objetivo del programa</p> | <p>Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.</p> <p>Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.</p> |
| <p>Papel que tiene el programa dentro de la política</p> | <p>El programa ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.</p> |

Fuente: información tomada del PAE SMyP 2013-2018.

El programa, cuyo propósito es obtener resultados que impacten de forma positiva en la salud materna y perinatal en nuestro país, promoviendo a su vez la protección, promoción y prevención de enfermedades relacionadas con la salud materna. Se encuentra integrado por ocho capítulos: iniciando con el Marco Conceptual, Marco Jurídico, Diagnóstico, Alineación con las Metas Nacionales, Organización del Programa, Indicadores y Metas, Matriz de Corresponsabilidad, Transparencia.

2.2.2. El contenido y los DDHH

A continuación, se muestra la forma en que se clasificó la información para poder identificar los derechos referidos en el contenido del documento, se utilizaron cuatro campos: derechos enunciados/descritos, capítulo en el cual se identificaron, las palabras clave o descriptores y las referencias en las cuales se sustenta la enunciación de los derechos, la tabla 2 se simplificó para ser presentada.

Tabla 2. Derechos identificados en el PSMYP 2013-2018.

| <i>Derechos identificados</i> | <i>Capítulo</i> | <i>Referencia</i> |
|--|------------------|-----------------------------------|
| Derecho a la protección de la salud | Introducción | Sin referencia |
| La salud como un derecho social | Marco conceptual | Sin referencia |
| Derechos reproductivos | Marco conceptual | Sin referencia |
| Respeto a la diversidad cultural. | Marco conceptual | Sin referencia |
| Derechos de la embarazada | Marco conceptual | Sin referencia |
| Protección de la salud | Marco jurídico | Art. 31 y art. 61 |
| Derecho a la equidad y no discriminación | Marco jurídico | Basado en la propuesta del CNEGSR |
| Derechos humanos de las mujeres | Diagnóstico | Sin referencia |

| | | |
|---|---------------------------------|----------------|
| Derecho a la información | Diagnóstico | Sin referencia |
| No discriminación relacionada a la interculturalidad | Diagnóstico | Sin referencia |
| Derechos sociales | Alineación con metas nacionales | PND 2013-2018 |
| No discriminación relacionada a perspectiva de género | Alineación con metas nacionales | Sin referencia |
| No discriminación | Alineación con metas nacionales | Sin referencia |
| Derecho a la protección de la salud materna | Organización del programa | Sin referencia |

Fuente: elaboración propia.

En el interior de los capítulos se enuncian o hacen referencia a ciertos DDHH, la revisión permitió identificar los siguientes:

- Derecho a la protección de la salud.
- Derechos de la embarazada
- Derecho a la igualdad y no discriminación
- Derechos humanos de las mujeres
- Derecho a la información
- Derecho a la no discriminación relacionado con la interculturalidad
- Derecho a la no discriminación relacionado con perspectiva de género.

La mayoría de los derechos citados no tienen referencia, sólo se enuncian y no se describen, en cuanto al derecho a la protección de la salud, éste se sustenta en el artículo 31 y 61 de

LGS. Los derechos de la embarazada, si bien no los enuncian ni describen se sustentan en el artículo 1º y artículo 4º constitucional. El derecho a la equidad y no discriminación tiene como marco de referencia la propuesta del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Considerando que no hay una argumentación teórica ni práctica (en todo caso operativa), es necesario realizar una revisión breve al respecto. Se da inicio con la revisión del derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud.

2.2.3. El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el Derecho a la Protección de la salud (DPS) en el artículo 4º constitucional y señala un camino para ponerlos en acción, tal trayectoria se plantea mediante el cumplimiento de obligaciones entendidas de conformidad con los principios rectores. Por tanto, las obligaciones específicas establecidas en el párrafo tercero, artículo 1º de la Constitución son: respetar, proteger, garantizar y promover los derechos.

En este sentido las obligaciones generales son los ejes que permiten hacer exigible un derecho tanto para casos particulares como para adopción de medidas y legislación. Para lograr tal fin es preciso tener presentes cuatro principios rectores: universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Estos principios otorgan la posibilidad no solo de identificar los derechos violados de manera mediata, sino que también permiten identificar los derechos vinculados (Vásquez y Serrano, 2011).

Con base en lo mencionado, se realizó la revisión del derecho a la salud en la tabla 3 se muestra la revisión conceptual, los principios rectores, el derecho vinculado y las obligaciones específicas de parte del Estado.

Tabla 3. Derecho a la Salud.

| Derecho a la salud | Principios rectores | Derechos vinculados | Obligaciones específicas |
|--|---|---|---|
| <p>La Observación General 14 del CDESC, describe que: el derecho a la salud... es considerado como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención a la salud oportuna y apropiada sino también...el acceso al agua limpia potable, y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (López-Arellano y López-Moreno, 2015:70-71).</p> | <p>Universalidad</p> <p>Interdependencia</p> <p>Indivisibilidad</p> | <p>Derecho a la protección de la salud.</p> | <p>Respetar</p> <p>Proteger</p> <p>Garantizar</p> |
| <p>El “Protocolo de San Salvador” reconoce el Derecho a la Salud en su artículo 10 y establece la posibilidad de medir los alcances de las acciones que los responsables de garantizar el derecho deben cumplir. Las obligaciones establecidas en el “Protocolo de San Salvador” incluyen: el respeto, protección y garantía del derecho, así como los elementos relativos para ejercerlo (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Además, incorpora normas y principios relativos a la no discriminación,</p> | <p>Progresividad</p> | | <p>Promover</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| igualdad, participación y rendición de cuentas (UNAM, 2015, p. 20). | | | |
|---|--|--|--|

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4, muestra el despliegue del Derecho a la Protección de la Salud, desde la definición conceptual, los principios rectores, derechos vinculados y las obligaciones por parte del Estado.

Tabla 4. Derecho a la Protección de la Salud.

| Derecho a la protección de la salud | Principios rectores | Derechos vinculados | Obligaciones específicas |
|---|---|---|---|
| <i>“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.</i> ³⁸ | <p>Universalidad</p> <p>Interdependencia</p> <p>Indivisibilidad</p> | <p>Derecho a la igualdad entre hombres y mujeres.</p> <p>Derecho a un medioambiente sano.</p> <p>Derecho al ejercicio de sus derechos culturales.</p> | <p>Respetar</p> <p>Proteger</p> <p>Garantizar</p> |

| | | | |
|--|----------------------|--|-----------------|
| <p>La Ley General de Salud³⁹ en el Artículo 2º define los propósitos, al señalar que:</p> <p><i>El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:</i></p> <p><i>I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;</i></p> <p><i>II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;</i></p> <p><i>III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;</i></p> <p><i>V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y</i></p> <p><i>VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.</i></p> | <p>Progresividad</p> | <p>Derecho a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos y el espaciamiento de estos.</p> <p>Derecho a la alimentación, nutritiva, suficiente y de calidad.</p> <p>Derecho a la información.</p> <p>Derecho a la integridad física, psicológica y moral.</p> <p>Derechos relacionados con la igualdad y no discriminación.</p> | <p>Promover</p> |
|--|----------------------|--|-----------------|

Fuente: elaboración propia

En ambos casos la universalidad de los derechos humanos en su totalidad, en tanto exigencias éticas de la mayor importancia deben ser reconocidos a toda persona, sin excepción. El derecho a la salud debe ser satisfecho de manera inevitable, en virtud que el disfrute de este derecho determina el acceso a la protección de la salud, de no ser satisfecho el derecho a la protección de la salud se afecta el acceso a otro u otros derechos. En este sentido, los derechos humanos forman un conjunto o compendio único, por tal motivo, no pueden establecerse jerarquías ni separaciones entre ellos.

Desde esta postura los Estados están obligados a adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas al logro progresivo de la efectividad de los derechos. Esto implica que el Estado debe hacer la ponderación más cuidadosa de las medidas y los recursos que aplicará, orientándolos a resolver de manera prioritaria las carencias de aquellas poblaciones en situación de mayor marginación económica, social y geográfica (GIRE, 2015).

2.2.4. Configuración del Derecho a la Protección de la Salud Materna.

La intención de las tablas 3 y 4 es mostrar que el derecho a la salud -plasmado en los dos documentos vinculantes internacionales- es el derecho del cual se parte para plantear el derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución y que para hacer tangible tal derecho es la Ley General de Salud donde se enmarcan diversos elementos.

Para la Salud materna la norma accesoria que se ha formulado es la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Es necesario, recordar que se buscaron definiciones de salud materna en los documentos nacionales y no hay unificación de los criterios conceptuales.

Debido a tal situación, se toma como referencia lo estipulado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Observación General 14 del CDESC y el Protocolo de San Salvador. Para fines de este trabajo se reconoce la salud materna como un derecho humano, incluso el cual abarca la atención oportuna y apropiada durante la atención obstétrica, además del acceso al agua limpia potable, y a condiciones sanitarias apropiadas, suministro

adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. En este sentido, las obligaciones del Estado al respecto; incluyen el respeto, protección y garantía del derecho en cuestión, así como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad al otorgar los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Incorporando las normas y principios relativos a la no discriminación, igualdad, participación y rendición de cuentas.

La definición propuesta se sustenta además en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (ONU, 1979). Se considera entonces que el derecho a la protección de la salud aplicado a la atención materna parte de los principios rectores; universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad asociados a cinco derechos, siendo estos: derecho a la salud, derecho a la integridad física, psicológica y moral, derecho a la información y derecho a la no discriminación (ya sea de género, étnica o de clase social). De tal manera que para otorgar tal derecho el estado asume obligaciones específicas (respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo).

El derecho a la protección de la salud materna se configura con base en el artículo 4º constitucional, el cual es otorgado a las mujeres como un presupuesto idóneo para hacerlas titulares de dicha situación jurídica. El supuesto jurídico del cual parte, es de la existencia de mujeres embarazadas ya sea indígenas o no, para tal supuesto jurídico existen derechos y obligaciones. En consecuencia, la mujer tiene el derecho que se señala en el artículo 4º Constitucional y el Estado tiene la obligación de conceder sus prerrogativas.

Las obligaciones del Estado en materia de DDHH respecto al derecho de protección de la salud materna, implican el respeto, la protección y satisfacción de tal derecho. Las obligaciones del Estado se complementan con cuatro componentes imprescindibles para hacer efectiva la protección a la salud materna: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

En este sentido, para que el derecho a la protección de la salud materna se vea cristalizado el Estado debe respetar y cumplir con sus obligaciones, para que las mujeres indígenas y no indígenas, hagan uso de su derecho en cualquiera de las etapas obstétricas (embarazo, parto y puerperio) y adquieran la facultad de exigir al Estado el cumplimiento de este (ver la tabla 5).

Tabla 5. El Despliegue de un derecho: Protección de la Salud Materna.

| <i>Enfoque de DDHH</i> | <i>Atención a la salud materna</i> | | <i>Derechos relacionados con la atención de la salud materna</i> | <i>Obligaciones del estado</i> | <i>Elementos para poder ejercer tales derechos</i> |
|---|---|---|---|--|--|
| Mujer- sujeto de derechos | Atención del EPP | - Embarazo sano -Parto respetuoso -Puerperio seguro | -Derecho a la salud -Derecho a la información -Derecho a la integridad física, moral y psicológica -Derecho a la no discriminación -Derecho a ejercer sus derechos Culturales | Respetar Proteger Garantizar Promover | Disponibilidad Accesibilidad Calidad Disponibilidad |
| Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos | Art. 4° Constitucional Ley General de Salud PND 2013-2018 | | CDESC Protocolo de San Salvador Declaración Universal de | Artículos 1° constitucionales y 2° del Pacto Internacional | Observación General 14 del CDESC y el Protocolo de San Salvador. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | los Derechos Humanos, (CEDAW, 1979) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. | de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). | |
|--|--|--|---|--|

Fuente: Elaboración propia con información del PSMYP 2013-2018.

2.2.5. El reconocimiento de un derecho no asegura su disfrute.

Al realizar el análisis del documento se puede observar que no se especifican de manera clara las obligaciones del Estado en lo que respecta a la protección de la salud de las mujeres en cuanto a la atención durante el EPP y no presenta un sustento en cuanto a conferencias, tratados, convenios y protocolos internacionales relativos a la protección de la salud de la mujer y a la protección de DDHH.

Lo anterior se comenta en virtud de que al interior del documento se manejan términos como; “derechos de las embarazadas”, sin embargo, nunca hacen un claro desglose y descripción de estos. En diferentes apartados se expresa el enfoque basado exclusivamente en la atención biomédica y el enfoque de riesgo, sustentando el modelo de atención obstétrica en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

En cuanto a los aspectos culturales en la atención de la salud materna sólo son considerados en los objetivos, sin encontrarse indicadores de medición adecuados para evaluar acciones

bajo el enfoque de interculturalidad y de seguridad física, psíquica y moral de las mujeres (Ver tabla 6).

Tabla 6. Articulación del PAE con las políticas de interculturalidad

| <i>Objetivos del programa</i> | <i>Indicadores establecidos en el programa</i> | <i>Medios de verificación</i> | <i>Acciones</i> |
|--|---|--|--|
| 1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos. | -Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional. | Censos de embarazadas | -Afiliación al seguro popular. |
| | -Cobertura de Tamiz Neonatal -Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. | Bases de datos de las unidades médicas sobre: Recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, RMM, tasa de mortalidad neonatal | -Afiliación al seguro de gratuidad de medicamentos. -Capacitación al personal de salud sobre: lactancia, etapa pregestacional, atención del parto y emergencias obstétricas, atención al recién nacido |
| 2. Contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo. | -Razón de Mortalidad Materna (RMM). -Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN). -Porcentaje de cesáreas (PC). | Bases de datos de las unidades médicas sobre: RMM TMN PC PPAI | -Intervención, educación y asesoría (de la semana 6-22 y de la 28-41) -Inmunización y quimioprofilaxis |

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| | -Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional (PPAI) | | (de la semana 6-22 y de la 28-41) |
|--|--|--|-----------------------------------|

Fuente: elaboración propia utilizando la metodología de marco lógico.

En la tabla 6. puede observarse la falta de articulación con las políticas de interculturalidad y con las que promueven una vida libre de violencia -incluyendo la institucional- (Becerril-Montekio y Alcalde-Rabanal, 2015). No se indican los medios de verificación que pueden ser desde fuentes de información para verificar los objetivos logrados o fuentes de información para consultar que los resultados esperados han sido producidos.

Se omiten los indicadores para medir la interculturalidad en unidades médicas, los criterios para certificar unidades con competencia intercultural en 1er nivel; así como los contenidos y criterios de autoevaluación de las cédulas para unidades médicas de 2º nivel.

Estas omisiones en materia de salud reproductiva contravienen lo establecido por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) la cual señala que los Estados Parte tienen la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica (1).

Para cerrar este apartado se hace pertinente comentar que las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que son formulados y aplicados y que, por tanto, la adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de las mujeres (OMS, 2017).

1 Naciones Unidas, Comité CEDAW, Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud, 20º periodo de sesiones.

2.3. Una mirada a la salud materna en México. Revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida desde los derechos humanos.

Bajo la consideración de realizar un acercamiento al estudio de la salud materna, se realizó la revisión de más de 80 artículos de investigación, en 49 de ellos se identificaron elementos destacados, los cuales se clasificaron de la manera siguiente: Dimensión situacional, Dimensión estructural y Dimensión cultural. Los buscadores utilizados fueron SciElo, Redalyc, Diltianet, Web of Science, Scopus, LILACS y Science Direct, las bases de datos e informes consultados fueron la del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), en cuanto a informes, la Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna 2010, presentada por el CONEVAL, así como el Informe sobre Mujeres 2013, Salud materna y violencia obstétrica y la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres en el Distrito Federal (2014).

Posteriormente se revisaron documentos internacionales tales como; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Protocolo Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General No. 14, Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, Convención Americana de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Convenio 169 de la OIT y la Declaración Universal sobre Diversidad Cultural. Para poder realizar la revisión de tales documentos se consideraron palabras clave: *derechos, salud materna, equidad y no discriminación*, con la finalidad de clasificar párrafos, artículos e incisos que abordaran o incluyeran tales descriptores.

La revisión de la NOM-007-SSA2-2016 se realizó a la luz de los descriptores mencionados, se clasificaron párrafos, artículos e incisos y se procedió a realizar el análisis de la salud materna desde una postura crítica basada en el respeto de los derechos humanos (DDHH).

Tanto para el análisis cualitativo de documentos internacionales y de la Norma Oficial Mexicana se utilizó el programa ATLAS TI en su versión 6.2.

2.3.1. Contexto en el cual se desarrolla la Norma Oficial Mexicana.

La NOM 007-SSA2-2016, es un documento que dicta los cursos de acción para otorgar atención materna con el propósito de disminuir la mortalidad y morbilidad materna. A continuación, se caracteriza el contexto que da lugar a esta Norma, de acuerdo con tres dimensiones (Buse, 2004): situacional, estructural y cultural.

Desde esta perspectiva las dimensiones del contexto abordan en un primer momento la descripción de la problemática en salud materna, para posteriormente describir los elementos estructurales y finalmente abordar las condiciones étnico/raciales y determinantes socioculturales específicos. Las tres dimensiones muestran un contexto activo y dinámico en virtud de que interactúan entre sí.

2.3.2. Dimensión situacional

En el año 2018 el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) ha referido que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada ha sido de 31.3 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento de 3.5 puntos porcentuales respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado. El grupo de edad con mayor RMM es el de 45 a 49 años. Hasta lo que iba del año las principales causas de defunción han sido hemorragia obstétrica (27.1%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (25.6%) y Aborto (6.0%).

Los estados que notifican mayor número de defunciones son: Chiapas (24), Edo. de México (21), Jalisco (13), Chihuahua y Puebla (12). Las defunciones registradas durante la primera semana de abril de 2018 fueron 172 las cuales representan el 41.9%, para el mismo corte, pero de 2017 se registraron 169 defunciones. Lo descrito muestra un aumento de 3 defunciones (1.6 %) en el 2018 con respecto al 2017 (OMM, 2018).

En años anteriores la tendencia observada en los diferentes estados del país mostró que la probabilidad de morir para una mujer por causas obstétricas era 5 veces mayor en un estado del Sureste comparado con un estado del norte. Lo anterior se asoció a las condiciones de pobreza alimentaria de las mujeres, lo que en su momento llevó a que las mujeres en condiciones de pobreza alimentaria tuvieran tres veces más posibilidades de morir que aquellas que no la padecen. En contraste, el 25% de las fallecidas era beneficiaria del programa Oportunidades.

A nivel contextual se observó que las mujeres fallecidas del 2004-2008 habitaban en localidades de menos de 2500 habitantes (33.39%). Mientras que 67.28% de las mujeres fallecieron en localidades de más de 50 mil habitantes, muy probablemente con servicios de hospitalización. En el período comprendido entre 2003-2007, la Tasa de Mortalidad Materna se presentó en mujeres sin escolaridad y fue cinco veces mayor que en el grupo que había cursado estudios superiores.

Para ese entonces, la RMM oscilaba en un rango de 66.7, en el 2003 a 57.2 por cada 100.000 nacidos vivos. En el año 2009 la RMM llegó a 64.5 en, según datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud. Según el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) solamente 50 % de las muertes maternas ocurridas entre 2004 y 2007 fueron reportadas como egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud (SSA). En este sentido el SINAIS, sugiere la posibilidad de que un número importante de muertes hayan ocurrido en el primer nivel de atención. Por otro lado, los datos disponibles a través de las bases de datos de mortalidad permiten señalar que 75.48% de las mujeres durante el período 2004-2008 fallecieron en una localidad donde se contaba con un hospital.

Las muertes maternas ocurridas durante el período comprendido de 1990 a 2011 ascendieron a 28 042 las cuales en su momento se asociaron a complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio. De las 32 entidades federativas sólo 18 redujeron la RMM, entre los que destaca Colima y Morelos. Las estadísticas del 2010 mostraron que los cinco estados con mayor número de muertes maternas, Oaxaca, Guerrero, Chihuahua, Yucatán y Chiapas, concentraban el mayor número de muertes maternas en mujeres de habla indígena. El período

comprendido entre 1990 y 2008, mostró que de cada ocho defunciones maternas una fue de menores de 19 años (Ochoa, 2014).

2.3.3. Dimensión estructural

En la dimensión estructural vale la pena reflexionar sobre las acciones y estrategias dirigidas a la atención de la salud materna, que en los últimos años se han centrado en disminuir las muertes, en virtud de ser catalogado como un problema de salud pública que a pesar de la implementación de estrategias no se ha podido afrontar de manera adecuada (Rouvier, González, Sesia y Becerril, 2013).

A pesar de los esfuerzos por mejorar la “calidad de la atención materna” las evidencias de investigación muestran que la mujer es vista como un objeto de intervención, no como un sujeto con derechos (Villanueva A., Riega P., Torres J., Yabar C., Alarco O., 2003; Belli, 2015; Villanueva-Egan, 2010), predomina una asimetría entre los prestadores de servicios y las mujeres en el momento de la atención (Villanueva-Egan, 2010, Hamui-Sutton y Cols. 2015), existe una práctica reiterada de procedimientos rutinarios (Pintado, A. Lastra, Z. y Sachse, M., 2014, Sachse y Cols., 2012), deficiencias en las competencias desarrolladas por el personal médico, carencias en la infraestructura y disponibilidad de los recursos, además (Meza y Cols., 2015), el parto ha dejado de ser visto como un proceso natural pasando a su patologización y naturalización de la violencia en las salas de partos (Camacaro, 2009).

Respecto a la violencia durante el parto, se han identificado procedimientos invasivos y no recomendados por la OMS (1985) y la NOM-007-SSA2-2016 pero realizados por el personal médico en las salas de parto: a) la administración de medicamentos (presumiblemente oxitocina), b) episiotomía, c) revisión manual de cavidad uterina y d) tactos vaginales (Sachse y Cols., 2012; Méndez y Cervera, 2009).

A estos procedimientos se suman otros indicadores de violencia como por ejemplo: lenguaje denigratorio (Fernández, 2015), omisión de rehidratación, imposibilidad para la libertad de movimientos durante el trabajo de parto (TP), ausencia de acompañamiento, información durante el TP, demora en la entrega inmediata del recién nacido y la posibilidad de adoptar

una posición cómoda para parir, obligándolas a mantener una posición de cubito dorsal y con las piernas flexionadas (Pintado y Cols., 2014).

Por otro lado, las evidencias muestran que las posibilidades de la población para defender sus derechos son limitadas. En el año 2012, México recibió diez recomendaciones emitidas por el Sistema Internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por deficiencia en la atención de mujeres embarazadas que tuvieron como consecuencia su fallecimiento (CEDAW, 2013).

Pero la dimensión estructural no solo atañe a la infraestructura, recursos materiales, humanos, relaciones interpersonales en el proceso/salud/enfermedad/atención, entre otros elementos que se puedan agregar; incorpora también las condiciones de vida de las mujeres de contextos urbanos y rurales (suburbanos), cuyas características incluyen bajo nivel de escolaridad, empleo inestable, ingresos familiares menores a un salario mínimo (Jusidman, 2009), mínima infraestructura en la vivienda (Freyermuth, 2014), pertenecer a un grupo étnico y falta de acceso a servicios básicos (Perrotta, 2013, Rodríguez y Rodríguez, 2012). Al respecto, Sesia (2009) refiere que tales condiciones de vida representan condicionantes para morir durante el trabajo de parto y puerperio o presentar alguna complicación.

Al respecto Ochoa (2014), muestra que los índices de marginación se relacionan de manera directa con la desigualdad económica, social, educativa y cultural, en virtud de que en 2010 el 8.7% de las mujeres que falleció no había tenido acceso a la educación; el 33.4% fueron mujeres que vivían en localidades de menos de 2 500 habitantes, lo cual nos habla de la inexistencia de servicios de salud en comunidades rurales.

2.3.4. Dimensión cultural

En lo tocante a la dimensión cultural, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han identificado a los grupos étnicos/raciales como aquellos que están entre las situaciones más desfavorables respecto a sus condiciones de vida, y en particular en materia de salud.

Asimismo, se considera que el no contar con la variable de identificación indígena en los datos básicos de salud constituye una falencia importante que limita el diseño de programas y políticas de salud pertinentes. Al respecto existen varios estudios e informes (Del Popolo, 2008; CELADE, 2014a y 2014b; CELADE, OPS y UNFPA, 2013) que han buscado dar cuenta de la importancia de incluir el enfoque étnico en las estadísticas (CEPAL, 2017).

En esta dimensión las evidencias de investigación llevan a identificar determinantes socioculturales específicos: la subordinación de las mujeres y la violencia doméstica, las cuales se consideran con influencia en la victimización de las mujeres (desigualdad de género). Al respecto, Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010:2) explican que las mujeres se encuentran más expuestas que los hombres a recibir maltrato físico de una persona cercana, en todo el mundo la violencia de parte de la pareja es algo que ocurre a diario (Vázquez, 2011; Parada, Guerra, Ramírez, 2012).

Estudios de población a nivel mundial indican que entre un 15% y un 70% de las mujeres ha sufrido agresiones físicas o sexuales por parte de su compañero sentimental en algún momento de sus vidas (ONU, 2016). Esta variable ha sido considerada por Gherardi (2006:62) como factor de riesgo, considerando tal situación como una condición de desventaja para negociar en las relaciones con los hombres. Heise (1998:265) expone que existen factores individuales de violencia contra las mujeres, encontrándose entre ellos: ser testigo de violencia conyugal en la infancia, padre ausente o que rechaza, sufrir abusos en la infancia.

Herrera y Campero (2002), denotan la presencia de vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros (Ariza y Herrera, 2012), aquí, sin embargo, hablamos específicamente de vulnerabilidades que afectan a las mujeres, y particularmente de aquellas que se visibilizan durante el embarazo, parto y puerperio Freyermuth (2014) explica que la sumisión-subordinación se relaciona con la violencia de género, condición que pone en riesgo la salud de la mujer y particularmente la de la mujer embarazada, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación y la convicción, en caso de enfermedad. En su artículo, pone en

evidencia a la violencia de género como coadyuvante o determinante de los riesgos durante la maternidad.

2.3.5. La salud materna. Un problema de salud multidimensional.

Si estudiamos cada dimensión de manera independiente, el panorama en salud materna en México se visualizaría fragmentado, no obstante, en este documento se considera que las tres dimensiones se superponen y se interrelacionan entre sí. De tal forma que el panorama en salud materna en el país tiene un hilo conductor: la violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres, el cual permite identificar elementos potencialmente peligrosos para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

En cada dimensión se identifican elementos, los prioritarios son: desigualdad de género, desigualdad étnica y desigualdad socioeconómica, las cuales según la CEPAL (2017) pueden aumentar hasta nueve veces el riesgo de muerte en las mujeres, sobre todo las mujeres indígenas y aquellas que viven en contextos de bajo índice de desarrollo humano.

2.3.6. Los actores participantes en el diseño de la NOM.

Al revisar el contenido de la NOM se identificaron los actores participantes en el diseño, mismos que no solo muestran las organizaciones e instituciones participantes, sino también los intereses, recursos y relaciones de poder: lo que en algún sentido puede llevar a entender los planteamientos en el contenido normativo del documento en estudio.

Si bien, en esta investigación no estudian las relaciones tejidas entre los diversos actores participantes en la Norma, el contenido planteado permite reconocer la posición de los actores sociales de una determinada comunidad de política pública en salud (profesionales médicos).

2.3.7. La NOM 007-SSA-2016 y su contenido.

La NOM 007 forma parte de una política de salud que abarca los cursos de acción e inacción que afectan el conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y arreglos de financiación del sistema de salud e incluye la política hecha en el sector público (por el gobierno), así como políticas en el sector privado (Nick Black & Rosalind Raine, 2003).

Lo citado puede observarse en el planteamiento del objetivo y campo de aplicación en los cuales se establecen los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y que es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para personal de salud de los establecimientos, para la atención médica en los sectores público, social y privado que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

En este sentido el Artículo 4º constitucional especifica el derecho a la protección de la salud en México, no obstante, tal artículo es considerado por algunos autores como una disposición de carácter programático que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos. Las normas programáticas en una Constitución solamente representan el estímulo y guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio (Da Silva, J. A. (2003).

Desde lo propuesto por Louwi (1996) la NOM 007 surge de una política redistributiva considerando en tanto, que consiste en el establecimiento por parte del poder público de criterios que dan acceso a ventajas, ya no considera casos o sujetos designados de manera individual sino clases de casos o de sujetos; es decir aborda la salud materna a nivel colectivo. Hemos de decir que la arena de la política redistributiva es la más tensa y conflictiva de todas por cuanto en ella son abordados asuntos altamente sensibles como las relaciones de propiedad, poder y prestigio social.

Más adelante se podrá analizar cómo las posturas políticas e ideológicas dan una connotación a la Norma y cómo los intereses de los actores llevan al planteamiento de acciones e intervenciones que finalmente tendrán un desenlace al otorgar atención materna durante el embarazo, parto y puerperio afectando de manera específica a un grupo poblacional matizado

–como ya lo hemos mencionado en el contexto– por características sociales, culturales y económicas particulares (Aguilar-Villanueva, 1996:32-33).

2.3.8. Descripción de la Norma.

En la Norma se identifican 11 apartados en el diseño; introducción, objetivo y campo de aplicación, referencias, definiciones, símbolos y abreviaturas, disposiciones generales, vigilancia epidemiológica, concordancia con otras normas internacionales y mexicanas, observancia de la norma, vigencia, bibliografía y apéndices normativos. Cada apartado se describe a continuación:

En la introducción se reconocen el derecho a la salud, los derechos reproductivos, el derecho a la protección de la salud materna durante el embarazo parto y puerperio y el derecho a la no discriminación.

En este apartado se enuncian los documentos tanto nacionales como internacionales en los cuales se sustenta la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016: Art. 4º constitucional; Ley General de Salud Art. 3º, fracción 4; Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; Plan sectorial de salud 2013-2018, Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las mujeres 2013- 2018; Diversas normas oficiales mexicanas; Declaración del Milenio del 2000 (específicamente objetivos 4 y 5) y la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia 2016-2030.

Dentro de los elementos que resultan relevantes para los objetivos de este estudio se encuentran: el planteamiento de la perspectiva de género, las acciones relevantes enfocadas en la salud materna, las acciones para alcanzar una maternidad segura y la violencia familiar y de género como un factor de riesgo. El apartado de referencias explica que la Norma en estudio se complementa con 28 normas oficiales mexicanas.

El apartado de definiciones enumera conceptos necesarios para el entendimiento de la NOM y define cada uno de ellos. De los conceptos planteados para fines de análisis de contenido reparamos en tres de ellos: calidad, pertinencia cultural y en la ausencia de la definición de violencia ejercida por el personal de salud.

En los símbolos y abreviaturas, se incluyen aquellas/os que son útiles para el entendimiento de la Norma.

Las disposiciones generales es el apartado en el cual se explica el cómo debe ser la atención de la mujer desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio, así mismo se explica la atención que se debe otorgar al recién nacido. Como documentos base para el diseño de este apartado se retoman la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014 y la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias de la Norma.

El capítulo de disposiciones generales explica las acciones que se deben realizar al otorgar atención preconcepcional, atención del embarazo (consulta prenatal y consulta subsecuente), atención del parto y el período de lactancia materna. Así mismo se especifican las responsabilidades de los establecimientos que brindan atención a la salud materna; incluyendo las urgencias obstétricas.

Las disposiciones generales enuncian el tipo de atención y los elementos bajo los cuales se debe otorgar la atención: calidad, oportunidad, integralidad, seguridad. Como elemento de relevancia se reconoce el consentimiento informado por escrito como un requerimiento necesario al realizar procedimientos invasivos.

Otro elemento considerado en este apartado es la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el cual, según la NOM, se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención bajo las condiciones de contar con personal capacitado al respecto.

Se identifican también, procedimientos relacionados con el parto los cuales se pueden clasificar en procedimientos no recomendados y algunos sólo prescritos por indicación médica y bajo argumentación científica. Dentro de los no recomendados se citan: la revisión manual de cavidad uterina y maniobra de Kristeller. Dentro del campo de los no recomendados pero justificados científicamente y por indicación médica se encuentran; analgesia y anestesia, tactos vaginales, colocación de enemas evacuantes, realización de episiotomía, tricotomía y cesáreas.

Dentro de las acciones y procedimientos considerados como prácticas que favorecen el trabajo de parto se encuentra la libre deambulaci3n, libertad de movimientos, ingesta de l3quidos. Punto aparte es la colocaci3n de alg3n m3todo de planificaci3n familiar (MPF) siempre y cuando se haya cumplido con la consejer3a y el consentimiento informado respectivo.

En lo relacionado a atenci3n a la salud dirigida a mujeres de comunidades ind3genas, se especifica que en los establecimientos para la atenci3n m3dica de segundo nivel de atenci3n localizados en regiones ind3genas se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras ind3genas) que apoyen en el proceso de traducci3n a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensi3n de los mismos, como un elemento indispensable para se1alar su conformidad con la realizaci3n de 3stos y que todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

La salud materna y perinatal es un asunto que tambi3n aborda las disposiciones generales, al respecto se especifica que, en todo establecimiento para la atenci3n m3dica, el personal de salud debe:

- Desarrollar acciones de educaci3n para la salud orientadas a favorecer la decisi3n libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

- Promover, impulsar y fortalecer la participaci3n de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboraci3n y ejecuci3n de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de g3nero y los factores ambientales negativos.

- Proporcionar informaci3n completa acerca de: calidad alimentaria y nutricional, uso de medicamentos durante el embarazo, parto y puerperio y lactancia materna, ventajas y t3cnicas de la lactancia materna, cuidados y signos de alarma durante el EPP, signos de inicio de parto y conducta ante los mismos, cuidados de la persona reci3n nacida y signos de alarma,

vigilancia nutricional durante la niñez, prevención de infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas (EDAS), esquema de vacunación, métodos de planificación familiar, tamiz neonatal, cambios físicos y emocionales de la embarazada y la importancia de la participación de la pareja/familia en proceso.

El siguiente apartado, corresponde al registro e información, el cual retoma los procedimientos necesarios relativos a registro de las atenciones obstétricas y de las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente. Especificándose que los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

El apartado de vigilancia epidemiológica se relaciona a las muertes maternas, las cuales se derivan al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que cumple con las disposiciones del Consejo Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman. Se especifica que son objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna. Así mismo se especifican algunos procedimientos básicos para el llenado. Este apartado especifica que la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna debe realizarse conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

La Concordancia con normas internacionales y mexicanas especifica que la Norma concuerda parcialmente con la Guía Internacional de la Organización Mundial de la Salud, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto (2002).

Habiendo revisado cada uno de los apartados que conforman la NOM- 007SSA2-2016 se identificaron acciones estratégicas propuestas para lograr disminuir la mortalidad y morbilidad materna, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres. A continuación, se enlistan:

- Enfoque de riesgo
- Perspectiva de género
- Autocuidado
- Acceso efectivo a servicios de salud de calidad
- Generación y uso efectivo de recursos Atención perinatal con enfoque intercultural.

2.3.9. El “ser” representado en la Norma

El marco analítico propuesto por Roberts, M. J. y Reich, M. R. (2002:1055) permite realizar un análisis del planteamiento de la propuesta. Se identifica en el diseño una postura liberal; en virtud de que considera derechos y oportunidades individuales para posteriormente considerarlos como derechos de una colectividad.

En este sentido, se pueden encontrar en su contenido ideas sobre eficiencia, calidad, derechos humanos, respeto cultural, equidad y elección individual, no obstante, tales conceptos se usan de manera ambigua en la redacción y en algunos casos se omite la definición de estos, no dejando clara ni la postura ni la estrategia para lograrlo, por ejemplo: violencia ejercida por profesionales de la salud, autocuidado y corresponsabilidad.

El abordaje del enfoque de riesgo, el autocuidado, la corresponsabilidad y el “respeto” de ciertos derechos se manejan con presunción de legitimidad y como acciones válidas. A la luz de los derechos humanos y de tratados y convenios internacionales la NOM podría considerarse válida, pero en su contenido no es sustancialmente conforme, en virtud de tomar tales elementos conceptuales como “un marco común de supuestos básicos” que legitiman conocimientos y normas del modelo médico hegemónico, situación que condiciona las formas de convivencia e interrelación entre las mujeres, sus familias y los servicios médicos.

El análisis de contenido permite identificar la postura bajo la que se plantea la NOM encontrándose problema en sus pretensiones éticas o de reconocimiento del “otro” bajo el supuesto respeto de ciertos derechos, no obstante, los elementos que aporta el documento no

respetan, protegen y garantizan la satisfacción de la protección de la salud materna como un derecho. Ejemplo de ello es el planteamiento de la violencia doméstica como un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad materna, pero no así; la violencia ejercida por los profesionales de la salud.

La Norma enuncia procedimientos y prácticas no recomendadas (colocación de enema evacuante, revisión manual de cavidad uterina, tactos vaginales, tricotomía, entre otros), pero no plantea que realizarlas sin consentimiento de la mujer, sin registrarlas en el expediente y realizarlas sin una justificación médica, se incurre en la violación de derechos de las mujeres.

Por otro lado, el documento no considera la omisión de intervenciones tales como: referencia tardía a un nivel de atención con mejor capacidad resolutive (CONEVAL, 2010), retención de restos placentarios secundaria a la intervención médica del parto, lesiones accidentales secundarias a intervenciones médicas durante la atención del parto (Yáñez y Cols., 2011: 91; CDH-DF, 2014).

Desde la introducción el documento da cuenta del reconocimiento de ciertos derechos, pero a lo largo de su desarrollo muestra “lagunas” en virtud de que hay falta de estrategias para garantizarlos. En las disposiciones generales no se justifica ni se argumenta claramente la atención del embarazo, parto y puerperio desde el derecho a la salud o la protección de la salud.

Siguiendo la misma línea se puede decir que la perspectiva de respeto por los derechos sexuales y reproductivos (DSR) se encuentra dispersa y no hay claridad al respecto; en virtud de que se habla de respeto por los DSR (haciendo énfasis en la planificación familiar) pero no los articula congruentemente con el derecho a la autonomía de las mujeres.

La perspectiva de género se centra en la importancia de la mujer relacionada a las “funciones de reproducción social” y las funciones maternas, situación que deja entre ver que para desarrollar tales funciones la mujer requiere ser lo suficientemente “buena” para lograr esa condición esencial de bienestar familiar.

Considerando lo citado, vale la pena reflexionar que la salud materna no significa solamente preocuparse por establecer los cuidados antes del embarazo, durante el embarazo y después

del parto, sino implica considerar también la determinación social en el proceso de atención de la salud materna.

Otra de las acciones estratégicas planteadas en la Norma es la pertinencia cultural, acción que no termina de quedar en claro, puesto que el término se utiliza como “comodín” cuando de población indígena se trata, en virtud de utilizarse para referirse a la adecuación de los servicios de salud materna.

Una acción específica que puede ejemplificar la situación en este tema son las funciones del facilitador intercultural, las cuales se limitan a traducir para que las mujeres comprendan los procedimientos y puedan firmar el consentimiento informado. Lo citado es de vital importancia, en virtud de mostrar la mirada reduccionista del “enfoque” utilizado.

Al respecto la postura de análisis lleva a considerar que la lengua no es sino uno de los muchos componentes de la cultura y a ello debemos sumar rasgos compartidos, estilos de vida y relaciones sociales, entre otros (Albó-Corróns, 2010:148). De tal manera que el facilitador intercultural juega un papel importante para los servicios de salud durante la atención del EPP, papel que no sólo debe limitarse a la traducción, sino que debe ser considerado como un puente de entendimiento de los rasgos culturales simbólicos y pragmáticos de un grupo étnico (Albó-Corróns, 2010:150).

Al interior del documento se identificaron en distintas ocasiones la mención de “elementos culturales” que deben considerarse al momento de brindar atención durante el embarazo, parto y puerperio. No obstante, al intentar identificar tales elementos durante los tres períodos obstétricos solo se encontraron mencionados en la etapa del parto. Siendo omitidos en el embarazo y puerperio.

Siguiendo la línea de “pertinencia cultural” se identificaron algunas estrategias generales, tales como:

1. Atender con calidad y respeto de los derechos humanos de las mujeres, principalmente a su dignidad y cultura.

2. Control prenatal realizado por personal calificado para la atención prenatal, el cual debe contar con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas.

3. La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural en establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.

Estrategias que en la realidad sólo quedan en “buenos deseos”. Los cursos sobre interculturalidad son online (en su mayoría), muy pocos son presenciales y habría que evaluar o verificar el perfil de quien imparte las capacitaciones. Muy pocos profesionales de la salud (particularmente el personal médico) son hablantes de una lengua originaria, y muy pocas unidades médicas de segundo nivel ubicadas en regiones como la Sierra Mazateca, la Sierra Mixe, la Sierra Nororiental en el estado de Puebla, la Sierra Negra en Puebla, la Costa Chica de Guerrero, Chiapas, entre otras, cuentan con obstetras en los tres turnos y los 365 días del año.

Concatenado a lo anterior, nos preguntamos ¿qué características debe poseer un profesional de la salud que cuente con pertinencia cultural?, debe ¿conocer la región?, ¿usos y costumbres de la zona?, ¿hablar alguna lengua originaria? Y finalmente ¿contar con una postura ética para mirar al “otro” (a)?

En cuanto a personal calificado para llevar el control prenatal, ahí se encuentra otro punto a reflexionar, en la mayoría de las unidades médicas de primer nivel se ubican pasantes de medicina y los estudiantes que van a comunidades alejadas geográficamente son los egresados con más bajo promedio.

Ahora bien, es el primer nivel donde las mujeres llevan el control prenatal y ya que han llegado al tercer trimestre son referidas a segundo nivel para atención del parto. En el segundo nivel las mujeres son atendidas por obstetras que en muchas ocasiones no se encuentran en los tres turnos, ni los 365 días del año. En muchos de los casos las mujeres son atendidas por médicos residentes de obstetricia.

Pero la atención durante el parto debe considerar al binomio madre e hijo, por tanto, para poder otorgar la atención del parto debe estar un pediatra o neonatólogo, por lo tanto, si la unidad médica de segundo nivel no cuenta con el recurso humano para la atención, se realiza la referencia de la mujer en el mejor de los casos, en el peor; ni siquiera es recibida y le indican que busque otra unidad.

En cuanto a la atención del parto respetuoso e intercultural, se ha de comentar que, a excepción de las unidades mixtas o integrales ubicadas en el estado de Puebla, el Hospital de las Culturas en Chiapas, el estado de Guerrero con su modelo de partería tradicional, las casas de las mujeres indígenas y el hospital ubicado en Jesús María en Nayarit, no hay reportes o evidencias de atención con pertinencia cultural en los servicios de salud. Existen organizaciones de la sociedad civil que otorgan atención prenatal en Guerrero, Chiapas, Veracruz, Yucatán entre otros, pero no se encuentran vinculadas con los servicios de salud.

Al interior de la Norma el concepto de pertinencia cultural es definido como el “modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido”.

Al respecto la definición citada, lleva a reflexionar la complejidad que representa una sociedad integrada por miembros de diferentes grupos culturales, el mapa o los mapas por regiones, los rasgos producto de cierto origen cultural, el rechazo, aceptación, adopción o adaptación de elementos culturales “del otro”, así como las relaciones entre las personas y las instituciones.

Sin tomar en cuenta los elementos mencionados, la definición de pertinencia cultural parte de un supuesto utópico, donde las situaciones son ideales y no considera los movimientos migratorios, las asimetrías en el acceso a los servicios, el modelo económico imperante — donde la acumulación del capital se ubica en delgadas capas de la población—, y por ende no considera la violación de derechos humanos.

Al respecto, se considera que la definición se queda muy corta al no revalorizar claramente la diversidad de identidades culturales y al no sustentarse en el reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales.

Por tanto, el análisis de las estrategias mencionadas previamente, llevan a plantear los siguientes cuestionamientos:

- ¿Se deben abordar las estrategias desde “la pertinencia cultural” o se deben abordar desde el enfoque de derechos?
- ¿Cómo se define un “parto respetuoso”? esta pregunta se retoma desde el enfoque de derechos humanos y partiendo de la siguiente premisa: la salud materna es un derecho humano inclusivo e interrelacionado a otros derechos, tales como; el derecho a la vida, a la información, derecho a la integridad personal, derecho a la igualdad y derecho a la protección contra toda discriminación. Por tanto, todas las mujeres deben poder parir de forma libre, segura, plena y sin discriminación alguna.
- ¿Por qué en la NOM sólo se refiere la “atención del parto respetuoso con pertinencia cultural” en establecimientos para la atención médica de primer nivel de atención? Cuando la evidencia muestra que los casos de muertes maternas dan cuenta de que la mayor parte de ellas ocurre en el segundo nivel de atención (CONEVAL, 2010).

CAPÍTULO III. INTERCULTURALIDAD Y SALUD MATERNA.

3.1. La revisión del concepto.

La interculturalidad es un proceso complejo, debido a que, en éste, se entretrejen luchas de reconocimiento mismas que son, además, una forma de visibilizar la desigualdad. Empero, como bien apunta Fraser (1995), lo fundamental, es configurar una propuesta teórica de carácter crítico del reconocimiento, que identifique y propugne únicamente aquellas versiones de la política cultural de la diferencia que puedan combinarse de manera coherente con una política social de la igualdad. En este sentido, para fines de este trabajo fue necesario realizar la revisión de algunos conceptos relacionados con la interculturalidad, teniendo como finalidad elaborar un análisis crítico de documentos en materia de política sobre salud materna.

Campos-Navarro y Ruíz-Llanos (2004:644), definen la interculturalidad como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad.

Por su parte, Lerín-Piñón (2004), refiere que la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante.

Ahora bien, en el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe a la relación médico-paciente, también está presente en la relación total que establece el enfermo(a) con el servicio de salud, sea público o privado. En este sentido, Lerín explica que la interculturalidad en salud incorpora las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis

con la medicina occidental. Para Oyarce e Ibacache (1996) la interculturalidad en salud se puede definir como; “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas.

Desde la propuesta de interculturalidad en salud, las relaciones interculturales desarrollan un juego permanente de ideologías, cosmovisiones, valores, normas y comportamientos sociales presentes en la cultura propia a la cual nos adscribimos (mediante un proceso de identidad), las cuales se encuentran en constante interacción con la cultura de nuestros semejantes de diferente origen y que identificamos primero mediante un proceso de extrañamiento (y distanciamiento) para luego tratar de comprenderla como una cultura de la “otredad” (Campos-Navarro, 2004:644).

Al realizar la revisión de documentos relativos al abordaje de la salud intercultural a nivel internacional y nacional se observó que el concepto de interculturalidad está siendo utilizado como una *alternativa superadora* para tratar las diferencias culturales. Al respecto Cárdenas A. (2014), Campos-Navarro (2004) y Lerín-Piñón (2004) en sus investigaciones han mostrado que la interculturalidad es más que una “relación respetuosa entre culturas”, sino que es una relación en la cual se presentan tensiones y conflictos.

A pesar de sus múltiples acepciones, en la presente tesis la noción de interculturalidad que se desarrolla consiste en dar seguimiento a las nociones de Campos-Navarro (2004), Lerín-Piñón (2004) y Cárdenas (2014) quienes reconocen que la interculturalidad implica un juego constante y permanente entre cosmovisiones, valores, normas y demás comportamientos sociales, pero entre los cuales se forman tensiones, conflictos e interacciones que no siempre son respetuosas.

Ahora bien, al indagar en la noción de interculturalidad en documentos internacionales tales como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, el Pacto Interamericano de Derechos Económicos

Sociales y Culturales, la Declaración Universal sobre Diversidad Cultural y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue posible identificar lo siguiente:

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (2018), considerando el *Capítulo III, Artículo 8, inciso a*, establece el “fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos”. Reflexionar lo citado bajo el enfoque de interculturalidad, da pauta al reconocimiento de la necesidad del respeto de las diferencias y prácticas culturales, el derecho de la mujer a decidir sobre sí misma y sus formas de atenderse en el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, también establece la pauta para reconocer que los actos y tratos en el ámbito de la atención médica transgreden principios bioéticos que van más allá del ámbito físico, teniendo alcances en el emocional y social.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación racial, específicamente en el Artículo I e Inciso 1; definen el concepto de "discriminación racial" (2); así como el Inciso 4; apartado a); donde se establece “[...] garantizar a los grupos étnicos en condiciones de igualdad el disfrute o ejercicio de los derechos humanos [...]”, así como “[...]el compromiso de cada Estado parte a no incurrir en ningún acto o práctica de discriminación racial contra personas, grupos de personas o instituciones y a velar por que todas las autoridades e instituciones públicas, nacionales y locales, actúen en conformidad con esta obligación...]”; se retoma también el Artículo 5 de la Convención en el inciso “e”); en el cual se establece “el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

El Protocolo Interamericano de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) en el artículo 10 establece “[...] la obligación de prestar protección a las madres antes y después del parto [...]”, la Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las

2... denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

Expresiones Culturales; documento en el cual se establece; “[...] brindar oportunidad de modo apropiado para creación, producción, difusión y protección de expresiones, actividades, bienes y servicios culturales [...]”. Para en el art.10 retomar lo relativo a la creación y fortalecimiento de capacidades culturales para permitir la forma tradicional de producción de servicios y en el art. 11 especificar, la “integración de la cultura en las políticas públicas y acciones encaminadas a fomentar, promover y proteger la diversidad de las expresiones culturales”.

Por otro lado, la Declaración Universal sobre Diversidad Cultural, en los artículos 4 y 5 (3-4) establece los derechos humanos como garantes de la diversidad y los derechos culturales como marco propicio de la diversidad cultural.

Finalmente se retoma el Convenio 169 de la OIT, en sus artículos 3, 4, 5, 6 y 12; en los cuales se estipula que “[...] los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación [...]”(4), además de “[...] adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados”(5).

Al revisar los documentos citados se identificaron algunos elementos que podrían fungir como medidas a considerar para adecuar los servicios de salud dirigidos a comunidades indígenas (6):

1. Reconocimiento y protección de los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y tomándose debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente.

3 La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana. Supone el compromiso de respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular los derechos de las personas que pertenecen a minorías y los de los pueblos autóctonos.

4 Artículo 3

5 Artículo 4

6 Propuestas sustentadas en los artículos 5, 6 y 12.

2. Respetar la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos.
3. Adoptar, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.
4. Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente; establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.
5. Los pueblos interesados deberán tener protección contra la violación de sus derechos, y poder iniciar procedimientos legales, sea personalmente o bien por conducto de sus organismos representativos, para asegurar el respeto efectivo de tales derechos.
6. Tomar medidas para garantizar que los miembros de dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en procedimientos legales, facilitándoles si fuere necesario, intérpretes u otros medios eficaces.

Se retoma también, la parte V. del Convenio 169 de OIT, en lo correspondiente a Seguridad social y salud en los artículos 24 y 25. Ambos artículos permiten dar cuenta de las obligaciones del Estado en lo relativo a atención de la salud dirigida a los pueblos originarios:

1. Otorgar y extender la seguridad social hacia los pueblos originarios aplicándose ésta, sin discriminación alguna.
2. Velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

3. Organizar los servicios de salud en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
4. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
5. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país.

3.2. Aplicación de lineamientos internacionales y los Derechos Culturales durante el proceso de atención a la salud materna.

Según la OMS cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, el parto y puerperio. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (Alkema L. *et al.*, 2015:387).

El mismo organismo internacional, enuncia los factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto los cuales incluyen (WHO, 2019):

- Pobreza
- Distancia geográfica
- Falta de información
- Inexistencia de servicios adecuados
- Prácticas culturales

Considerando lo anterior, es importante entender la mortalidad materna a partir del paradigma de la determinación social de la salud. Desde este punto de vista, se entiende la salud materna como *objeto complejo* mismo que no puede comprenderse al margen de las fuerzas históricas que actúan en las sociedades y sobre los conjuntos sociales que estructuran determinados modos de vida en los que se oponen procesos protectores y procesos destructores o malsanos (Breilh,2013).

Bajo este enfoque es posible entender que, para que una mujer muera durante el proceso de maternidad, deben converger una serie de factores que van desde la falta de ingresos, el pobre estado nutricional, la falta de medios de transporte, hasta las barreras de acceso de carácter económico, geográfico o cultural a los servicios médicos. A la luz de la determinación social, todos estos elementos se encuentran distribuidos de manera sumamente desigual y no aleatoria en espacios o territorios concretos, como resultado del proceso de acumulación de desventajas que configura los territorios bajo patrones de acumulación/exclusión.

Por tanto, la muerte materna como problema de salud pública requiere de una revisión de políticas públicas donde se cuestione y revise el discurso de interculturalidad, en lugar de validar un modelo vigente que justifique la injusticia cultural. Es decir, que continúe apoyando la falta de reconocimiento de la dignidad humana en su diversidad de manifestaciones en el campo de la salud. Para fines del desarrollo de este trabajo, se tomaron en cuenta documentos que analizan temas de interés para la reflexión crítica que se desea propiciar. A continuación, se describe brevemente cada uno de ellos con sus respectivos, artículos e incisos.

De la ***Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*** “Convención de Belém do Pará”, se considera el *Capítulo III, Artículo 8, inciso a*, donde se establece: “fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos”.

La ***Convención Americana de los Derechos Humanos*** (Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969), resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen

las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, salud, libertad de organización, de participación política, entre otros). Especificando en el artículo 1 que: Los Estados Parte en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Y reiterando en el artículo 2 que, para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano. En este mismo documento se encuentra el artículo 5 en el cual se retoma el Derecho a la Integridad Personal, describiéndose en el que “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (7) y que nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (8). Se ha considerado el artículo 24 en el cual se reitera la “Igualdad ante la Ley Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley”.

La *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*, aporta el Artículo I inciso 1; apartado en el cual se define el concepto de "discriminación racial" (9); y en el inciso 4; apartado a); establece “[...] garantizar a los grupos étnicos en condiciones de igualdad el disfrute o ejercicio de los derechos humanos [...]”, así como “[...] el compromiso de cada Estado parte a no incurrir en ningún acto o práctica de discriminación racial contra personas, grupos de personas o instituciones y a velar por que todas las autoridades públicas e instituciones públicas, nacionales y locales, actúen en conformidad con esta obligación [...]”; se retoma también el Artículo 5 de la Convención

7 Art. 1 del Pacto de San José.

8 Art. 2 del Pacto de San José.

9 Artículo I, inciso 1: explica que: “... denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

en el inciso e); en el cual se establece “el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

El *Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)* en el artículo 10 especifica “[...] la obligación de prestar protección a las madres antes y después del parto [...]”. *Convención para la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*; es el documento en el cual se establece; “[...] brindar oportunidad de modo apropiado para creación, producción, difusión y protección de expresiones, actividades, bienes y servicios culturales [...]”, retomando en el art. 10 lo relativo a la creación y fortalecimiento de capacidades culturales para permitir la forma tradicional de producción de servicios y en el art.11 la “integración de la cultura en las políticas públicas y acciones encaminadas a fomentar, promover y proteger la diversidad de las expresiones culturales”.

La *Declaración Universal sobre Diversidad Cultural* (UNESCO, 2002), en los artículos 4 (10) y 5 (11) establece los derechos humanos como garantes de la diversidad y los derechos culturales como marco propicio de la diversidad cultural. Finalmente, la revisión documental retoma el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en sus artículos 3, 4, 5,6 y 12; en los cuales se estipula que “[...] los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación [...]” (12), además de “[...] adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados” (13.) Al revisar el Convenio 169 de la OIT se

10 La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana. Supone el compromiso de respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular los derechos de las personas que pertenecen a minorías y los de los pueblos autóctonos.

11 Toda persona debe, así, poder expresarse, crear y difundir sus obras en la lengua que desee y en particular en su lengua materna; toda persona tiene derecho a una educación y una formación de calidad que respete plenamente su identidad cultural; toda persona debe poder participar en la vida cultural que elija y ejercer sus propias prácticas culturales, dentro de los límites que impone el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

12 Artículo 3

13 Artículo 4

identificaron algunos elementos que podrían fungir como medidas a considerar para adecuar los servicios de salud en comunidades indígenas (14, 15, 16):

Con base en la revisión de documentos de acuerdo internacionales, se identificaron elementos inherentes a los DDHH que bien pueden aplicarse durante la atención de la salud durante el embarazo, parto y puerperio:

- La mujer es un ser humano.
- Se deben respetar y proteger sus derechos humanos.
- La mujer no debe ser sujeta a acciones violentas.
- Debe tener acceso a las condiciones básicas para su sustentación (alimentación y salud).
- No debe ser discriminada por ninguna condición de orden social (raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, entre otras).
- Debe respetarse su integridad física, psíquica y moral.
- No debe ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- Las mujeres pertenecientes a grupos étnicos tienen derecho a condiciones de igualdad para el disfrute del derecho a la salud.
- No deberán ser sujetas a actos o prácticas de discriminación racial.
- Las mujeres indígenas o no, deben recibir atención y protección antes, durante y después del parto.

14 Artículo 5
15 Artículo 6
16 Artículo 12

- Se deben respetar y reconocer las prácticas y expresiones culturales de las mujeres relacionadas con la salud y la maternidad, así como los actores sociales relacionados con el proceso de atención a la salud materna.

Ahora bien, gracias a la revisión documental anterior, fue posible identificar la necesidad de describir claramente cada una de las dimensiones enlistadas en los documentos como la NOM 007, Programas de Acción Específica y Guías de Práctica clínica para la atención de la salud materna y perinatal, dado que, aunque son mencionados, no se desarrollan con puntualidad.

3.3. Políticas de interculturalidad en salud materna: análisis de contenido desde el enfoque de DDHH, el caso de México.

La política pública mexicana en algunos documentos ha plasmado que las acciones relativas a interculturalidad se sustentan en una “política incluyente y respetuosa de los derechos humanos”, no obstante, en diversos artículos se muestra que la salud materna se encuentra ligada a desigualdades que incluyen acceso a educación, salud, empleo y justicia. Estas desigualdades se ven reflejadas en mortalidad y morbilidad de mujeres indígenas, pobres y analfabetas durante el embarazo, parto y puerperio. En este sentido, se reconoce que la atención a la salud materna tiene sus matices, sobre todo cuando se habla de una política del reconocimiento cultural. Por tanto y en todo sentido, las acciones que se implementen deberán ser coherentes con una política social de la igualdad.

Para desarrollar el apartado se revisaron documentos tales como: Protocolo Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, Convención Americana de los Derechos Humanos, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, así como, Declaración Universal sobre Diversidad Cultural y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 1º y 2º, Ley General de Salud en el Artículo 6, 64 y 96, Plan Nacional de Desarrollo 2012– 2018, inciso VI.2., Objetivo 2.2. y 2.2.3. y el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, apartado 2.

La revisión se realizó con el propósito de identificar las medidas/mecanismos propuestos para hacer efectivos los derechos humanos aplicables en el proceso de “atención a la salud materna con enfoque intercultural”. De modo tal, que en primera instancia se realizó una búsqueda digital de los documentos para posteriormente proceder a su consecuente análisis. Lo concerniente al análisis llevó a vincular los documentos revisados al derecho que tienen los pueblos originarios para recibir atención a la salud otorgada con respeto de su integridad física, psíquica y moral, así como a que se respete la dignidad inherente a su persona y les sea otorgada una atención a la salud libre de toda forma de discriminación.

Las unidades de análisis fueron párrafos, artículos e incisos encontrados en los documentos susceptibles de ser relacionados con las siguientes categorías: derechos, salud, equidad y no discriminación. Las categorías de análisis se tomaron partiendo de la postura teórica adoptada (DDHH) y se expresaron y desglosaron en unidades de estudio.

Para seleccionar las categorías de análisis se fijaron requisitos básicos: que fueran pertinentes con el tema, exhaustivas, homogéneas y finalmente, que en la medida de lo posible ninguna unidad de análisis pudiera simultáneamente ser ubicada en más de una subcategoría

Posteriormente se procedió a realizar la codificación que consiste en la transformación de las unidades de análisis, categorías y subcategorías identificadas en los pasos anteriores, en unidades de registro que permitieron realizar el análisis de la información.

3.3.1. Antecedentes de las políticas de salud intercultural en México.

Las evidencias documentales muestran que las experiencias generadas sobre interculturalidad en México datan de 1940, década que impulso y vio nacer importantes aportes antropológicos en este campo. En su momento, buscaban abatir la desigualdad en salud a través de las parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil, así como acciones implementadas por organizaciones no gubernamentales (Lerín-Pinón, 2004:112). Dentro de los objetivos planteados, se encontraba legitimar, defender o empoderar a los grupos étnicos, así como cuestionar a los sectores dominantes que excluían, subordinaban o discriminaban a dichos actores sociales. La intención era promover una mejor

relación y respeto mutuo entre la población indígena y el personal de salud biomédico (Menéndez, 1981).

El Instituto Nacional Indigenista (INI) y el sector salud mexicano aportaron las propuestas que, en su momento, se reflejaron en la estructura de alrededor de 60 organizaciones regionales, la realización de dos congresos nacionales, la creación de la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, y la introducción de la atención mixta al modelo de atención a la salud (INI, 1992). El primer caso fue el Hospital Comunitario ubicado en Cuetzalan del Progreso, Puebla, el cual fue creado en 1958 como Sanatorio Rural a cargo de la entonces denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), para posteriormente transformarse en el Hospital Integral con Medicina Tradicional, de la Secretaría Estatal de Salud (SESA) de Puebla, en 2003 (Duarte-Gómez y Campos-Navarro, 2004:390).

El modelo de atención mixta se ha replicado en otras unidades hospitalarias de Puebla y fuera de ella, por ejemplo; en el municipio de Jesús María, en el estado de Nayarit. Sin embargo, las acciones y resultados fueron generados sin contar con la participación de las comunidades, ejemplo de ello, es que los grupos étnicos no participaron en el diseño y organización de los programas y actividades aplicadas a los mismos.

A nivel federal, se creó la Coordinación de Salud de los Pueblos Indígenas, que posteriormente cambió de denominación y se constituyó como la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI) en la Secretaría de Salud, cuyo eje de desarrollo se perfilaría hacia la conformación de programas mixtos de atención y posteriormente se reorientó hacia la visión intercultural (INI, 1992).

El año 2006 fue un parteaguas, en virtud de que el gobierno federal modificó varios artículos de la Ley General de Salud, incorporando la “medicina tradicional indígena” en dicho marco legal que en su artículo 6 fracción VI bis indica “...promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” y estableciendo en su artículo 93 que se reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena y que los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a la estructura social y

administrativa, así como a la concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Por lo tanto, la evolución histórica muestra que de alguna manera las políticas de interculturalidad en México buscaron revalidar, legitimar e impulsar la medicina tradicional y especialmente a los curadores tradicionales, sin embargo, lo hicieron partiendo de algunos supuestos y orientaciones teórico/ ideológicas que no tomaron en cuenta una serie de procesos y actores sociales que finalmente limitaron su inserción en el sistema de salud.

Los documentos refieren que las actividades se encontraban orientadas al adiestramiento y control de las parteras empíricas teniendo como objetivo reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. Pero, sobre todo reducir la tasa de natalidad; por tanto, las parteras tradicionales empezaron a manejar y controlar el uso de anticonceptivos.

Parte de las acciones dieron como resultado enfatizar el proceso de biomedicalización de los curadores tradicionales, quienes comenzaron a emplear fármacos convirtiéndose inclusive en dueños de farmacias en sus comunidades (Cortés, 2005). Un ejemplo claro de ello son las parteras, quienes con base en los programas de capacitación de parteras empíricas comenzaron a utilizar oxitocina en el manejo del trabajo de parto y algunos métodos de planificación familiar (17).

Respecto a lo citado se ha de decir que la maternidad y las relaciones de género han evolucionado, que el sistema ha ido imponiendo distintos modelos de maternidad, donde las parteras han entrado a jugar un rol distinto en sus comunidades resultado de imposiciones efectuadas por el sistema médico hegemónico. Por otro lado, se encuentra la forma en que el sistema biomédico ha propiciado tanto la pérdida de identidad en el hacer de las parteras como de sus conocimientos. Al respecto, como bien explica Federici (2010:151) se ha presentado “el despojo de los conocimientos de las mujeres sobre su cuerpo, las parteras han sido perseguidas y condenadas a convertirse en espías del estado si deseaban continuar

17 Trabajo de campo realizado en Cuetzalan Puebla, 2016.

ejerciendo su rol de acompañantes de otras mujeres". De esta forma se promueve la pérdida de la autonomía de las mujeres sobre su vida reproductiva, incluyendo el protagonismo en el parto, visto en dos sentidos: en la atención a otras mujeres y en la toma de decisiones sobre su cuerpo durante el alumbramiento.

Después del 2004, la Dirección de Medicina Tradicional (MTDI) inició con el diseño y presentación de una serie de documentos, un libro, varios folletos, una revista y el diseño de algunos indicadores sobre interculturalidad, dedicando grandes esfuerzos a la implantación del modelo de atención del parto vertical. La propuesta fue aceptada por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), el estado de Hidalgo, San Luis Potosí, Oaxaca entre otros. estados como Querétaro, Puebla, Hidalgo y Veracruz establecieron unidades médicas relacionadas con la medicina tradicional, terapias complementarias y la interculturalidad.

No obstante, y a pesar de que los estados han implantado el programa de interculturalidad y medicina tradicional han presentado serias limitaciones, no solo a nivel presupuestal sino también a nivel ideológico para poder llevar a cabo su implementación. Una limitante más son las acciones de interculturalidad que se han promovido, debido a que se han basado casi exclusivamente en reconocer y trabajar sobre aspectos culturales, a partir de subrayar la 'diferencia' en los usos y costumbres, las cosmovisiones y las formas de vida que caracterizan a los pueblos originarios (Campos-Navarro y Cols., 2017). Sin considerar las desigualdades socioeconómicas que, desde el diseño e implementación iniciales del proyecto hasta la actualidad, continúan profundizándose cada vez más a nivel mundial y particularmente en el país.

López y Blanco (2007:27-28) muestran como los objetivos de diversos Programas Nacionales de Salud han girado alrededor de ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, favorecer la equidad atendiendo prioritariamente a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia se constituyen en problemas de salud pública, con especial énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, la dinámica global de la política económica y social y en particular el monto de los fondos públicos destinados al sector limita el logro de los objetivos planteados.

3.3.2. Marco legal mexicano en materia de interculturalidad.

Las políticas de interculturalidad en México deben tener como bases tratados y convenios internacionales de los que el Estado mexicano es parte, de tal modo que de los documentos revisados previamente sólo uno de ellos es el que no se encuentra ratificado, se trata del Protocolo Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

El PIDESC (2019) es uno de los documentos que aborda lo relativo a las condiciones sociales y económicas básicas necesarias para una vida en dignidad y libertad, y aborda cuestiones tan básicas como el trabajo, la seguridad social, la salud, la educación, la alimentación, el agua, la vivienda, un medio ambiente adecuado y la cultura.

A la luz del PIDESC, un Estado tiene la obligación de tomar las medidas correspondientes “con el máximo de sus recursos disponibles” para encaminarse hacia la plena realización de los Derechos, Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En concreto, un Estado tiene las siguientes obligaciones:

- Respetar los DESC (abstenerse de violarlos).
- Proteger los DESC (impedir que otros los violen).
- Cumplir los DESC (tomar las medidas necesarias para hacerlos efectivos, como aprobar legislación, disponer partidas presupuestarias y otros procesos administrativos)
- Buscar y proporcionar asistencia y cooperación internacional en la realización de los DESC.

Si bien México no ha firmado el PIDESC, sí forma parte de los Estados que han ratificado la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención Americana de los Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, así como, la Declaración Universal sobre Diversidad Cultural y

el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Por lo que, fue pertinente tener tales documentos como referencia para poder realizar el análisis crítico de las políticas de interculturalidad y su aplicación en el país.

Desde el 2001, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a la medicina tradicional en el artículo 2º donde especifica que “La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas [...]; también expresa en el inciso A) “Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para: numeral IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad e inciso B) [...] para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de: III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

El Artículo 1º constitucional, el cual fue reformado el 10 de junio de 2011 señala lo siguiente: “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece”.

También expresa que, queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacionalidad, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra condición que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

La Ley General de Salud en el Artículo 6º señala que “el sistema nacional de salud tiene dentro de sus objetivos”:

IV Bis, Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

VI Bis, Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Así mismo especifica que:

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Artículo 93.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

La revisión documental incitó a analizar el Plan Nacional de Desarrollo 2012– 2018, particularmente el eje correspondiente al inciso VI.2. México Incluyente, en el objetivo 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente y en la Estrategia 2.2.3. en la cual se estableció “fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.”

En las líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2012– 2018, en lo relativo a interculturalidad se enfatizó:

- Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente.

- Fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario, asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida.
- Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica.
- Impulsar políticas para el aprovechamiento sustentable y sostenible de los recursos naturales existentes en las regiones indígenas y para la conservación del medio ambiente y la biodiversidad, aprovechando sus conocimientos tradicionales.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 en el apartado 2 correspondiente a Política Social, Desarrollo Sostenible se define el concepto de *bienestar*, el cual hace referencia a la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (PND 2019-2024:43). También especifica que el “hacer caso omiso de este paradigma no sólo conduce a la gestación de desequilibrios de toda suerte en el corto plazo, sino que conlleva una severa violación a los derechos de quienes no han nacido. Por ello, el Ejecutivo Federal considerará en toda circunstancia los impactos que tendrán sus políticas y programas en el tejido social”. Al respecto, se plantean una serie de programas en los cuales se ubicó el Programa de Salud para toda la población.

El Programa Nacional en mención, considera la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE y en él se especifica, que la atención será sustentada en los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano (PND 2019-2024: 53).

Considerando lo anterior, una política de interculturalidad en México debe tener como finalidad participar en el aseguramiento de un acceso efectivo a los servicios aprovechando debidamente la medicina tradicional. Así como impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales, tomando en cuenta sus valores y organización social.

Aunado a lo expuesto, la política de interculturalidad en salud debe considerar también, el conocimiento de la medicina tradicional indígena y su práctica, así como su desarrollo mediante acciones de capacitación. En el caso de la salud materna fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio respetando su identidad cultural.

Parte de lo establecido en la LGS es que la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud promueva el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud donde se reconozca, respete y promueva el desarrollo de la medicina tradicional indígena.

La finalidad de lo citado es brindar atención culturalmente pertinente, asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de salud, fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortalecer su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.

3.3.3. De los lineamientos de interculturalidad en México.

Hasta este momento la intención ha sido identificar que el Estado mexicano tiene como responsabilidad respetar, proteger y garantizar el respeto por la autonomía de los pueblos originarios, la diversidad cultural, el derecho a ejercer las libertades fundamentales como la libertad de expresión y comunicación en sus respectivas lenguas y proteger las expresiones culturales, así como personas, instituciones, bienes, trabajo, culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados.

La pregunta que queda pendiente es: ¿cómo lo está haciendo? A raíz de ese cuestionamiento, se identificaron una serie de documentos generados en diferentes años en los cuales se aborda el enfoque de interculturalidad y la salud materna, para fines de la investigación se retoman los de edición más reciente y aquellos relacionados a la atención del embarazo, parto y puerperio.

Antes de iniciar con la descripción de cada documento es preciso comentar que la Política de Interculturalidad en Salud fue creada por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), que a su vez depende de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Al momento de revisar los documentos se observó que en varios de ellos no hay fechas de diseño o publicación, ni tampoco se encontraron documentos por medio de los cuales se hace oficial la presentación de estos.

El primer documento revisado es el Modelo de Fortalecimiento Intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional (s/f), en tal documento, se identificaron objetivos, indicadores y metodología. El contenido de dicho modelo, retoma conceptos tales como justicia social, no discriminación, respeto por la autonomía y retribución justa por actividades desempeñadas por los médicos tradicionales, así como la existencia de un código para insertar a las parteras (ver tabla 7).

Tabla 7. Modelo de Fortalecimiento Intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional

| | Objetivo | Indicadores | Metodología |
|---|---|--|---|
| Modelo de fortalecimiento intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional. | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los Servicios de Salud con los aportes del Modelo de Medicina Tradicional. Coadyuvar, desde los recursos y potencialidad es de los Servicios de Salud, al fortalecimiento y desarrollo de | <ul style="list-style-type: none"> Relaciones equitativas entre profesionales de la salud y terapeutas tradicionales. Eliminar por medio de relaciones de justicia social, desigualdades y discriminación. Retribución equitativa por las actividades realizadas y por los servicios que los terapeutas tradicionales brindan en la propia comunidad. | <p>Enriquecimiento mutuo.</p> <p>Es la metodología específica que se propone en lugar de la capacitación convencional unidireccional.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>la medicina tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar la mejor atención para la población. | <ul style="list-style-type: none"> • Contratación de parteras tradicionales usando el “Tabulador Rama Medica, Para Médica y Grupo Afín” del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, • “Código MO2120” correspondiente a la Partera Tradicional indígena. • Respetar la autonomía. Evitando que uno dependa del otro y pierda su esencia. • Infraestructura intercultural • Incorporación de medicinas complementarias. • Capacitación y Sensibilización Intercultural. | |
|---|---|--|

Fuente: Secretaría de Salud, DGPLADES.

Dentro del documento se manejan elementos que por su subjetividad pueden tener un alto grado de dificultad para evaluarlos, ejemplo de ello es: relaciones justas entre terapeutas y profesionales de la salud, eliminación de la desigualdad social y discriminación, retribución justa por actividades realizadas, respeto por la autonomía, comunicación asertiva, reconocimiento y respeto de otros modelos médicos y actitudes de respeto en el proceso de atención. También se retoma otro documento denominado “Acreditación de unidades de salud con criterios de Interculturalidad” (s/f), el cual muestra algunos indicadores para medir

la interculturalidad. En este mismo, se incluye un taller de sensibilización intercultural cuyo objetivo es; compartir la propuesta de sensibilización intercultural en salud a través de talleres para su reproducción y aplicación de estrategias de implantación a fin de lograr Organizaciones de Salud Culturalmente Competentes en todas las entidades del país, adaptando la metodología de dicho taller a las características específicas de cada región y tema de la situación a mejorar.

Las acciones para desarrollar la competencia intercultural en los profesionales de la salud son los siguientes:

- a) Capacitación/sensibilización del personal de salud en el tema de salud intercultural.
- b) Impulso y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena (inclusión en la Ley General de Salud).
- c) Impulso y desarrollo de las Medicinas Complementarias
- d) Atención a la salud de los Pueblos Indígenas.

El documento incorpora estrategias para el fortalecimiento de la medicina tradicional, las cuales se enuncian a continuación:

- a) Difusión del marco legal y normativo, sobre la medicina tradicional hacia la población en general y hacia los terapeutas tradicionales.
- b) Definición de estrategias de vinculación con las parteras y terapeutas tradicionales, para definir acciones conjuntas.
- c) Concertación e impulso al modelo de sistematización que parte de los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” denominado “modelo de auto sistematización”.

Un documento independiente al que se hace referencia presenta indicadores para medir la interculturalidad y se centra sólo en tres criterios: personal de salud bilingüe, recursos humanos con competencia intercultural y de género y difusión de programas de salud en lengua originaria (ver tabla 8).

Tabla 8. Indicadores para medir la interculturalidad en unidades médicas.

| Eje | Criterios para Evaluar | Descriptor del Indicador | Valor o Ponderación |
|--------------------|--|---|---------------------|
| Interculturalidad. | Personal de salud bilingüe | Verificar que para las visitas a localidades indígenas cuando menos uno de los recursos de la unidad médico móvil o de la localidad sea bilingüe. | 5 |
| | Recursos humanos con competencia intercultural y de género | Verificar: 1. Todo el personal de salud deberá acreditar documentalmente la competencia intercultural y/o de género mediante cursos presenciales y/o vía internet. 2. El personal de salud cuenta y conoce los lineamientos de trato intercultural. | 5 |
| | Difusión de programas de salud en la lengua local. | El personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con la simbología adecuada a su cultura. | 5 |

Fuente: Secretaría de Salud, DGPLADES.

Por otro lado, la estrategia para lograr la definición como unidades de salud y servicios con competencia cultural, se estructura con base a los siguientes criterios:

1. Que la unidad de salud incluya los elementos interculturales de la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social.
2. Que la Unidad de Salud oferte servicios específicos interculturales.
3. Que la Unidad de salud haya realizado modificaciones en los procesos de atención y que fomente la participación comunitaria.
4. Que la Unidad de salud forme parte de una red de servicios interculturales.

El fortalecimiento de la medicina tradicional se plantea a partir del reconocimiento de ésta, en la Ley General de Salud, enfocando las acciones en el marco de la propuesta intercultural a dos estrategias principalmente:

1. La difusión del marco legal y normativo, sobre la medicina tradicional hacia la población en general y hacia los terapeutas tradicionales y la definición de estrategias de vinculación con las parteras y terapeutas tradicionales, para definir acciones conjuntas.
2. La concertación y el impulso al modelo de sistematización que parte de los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” denominado “modelo de autosistematización”.

Se plantearon también Criterios para certificar unidades de primer nivel con competencia intercultural, (ver tabla 9) y para evaluar unidades móviles (ver tabla 10).

Tabla 9. Contenidos y criterios interculturales de autoevaluación de las cédulas para Unidades Médicas de Primer Nivel.

| Contenidos interculturales en el formato de autoevaluación para la acreditación de establecimiento de 1er nivel (Sistema de Protección Social en Salud) | | |
|---|--|--|
| Área de verificación | Concepto | Criterio |
| Interculturalidad | Recursos humanos con competencia intercultural y de género | <p>Verificar localidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> Existencia de al menos una persona por turno del equipo de salud con conocimiento bilingüe. Constancia de adscripción al establecimiento. El 60% del personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 hrs. presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente |
| | Lineamientos de trato intercultural | <p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. Difusión y conocimiento al personal de salud de los lineamientos. Presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad. |
| | | |

| | | |
|--|------------------|---|
| | Comités de salud | <p>lineamientos de interculturalidad</p> <p>2. El comité difunde los programas prioritarios en la lengua predominante.</p> <p>3. Documentación de estrategias para la difusión de programas prioritarios con los elementos culturales de la región.</p> |
|--|------------------|---|

Fuente: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

Tabla 10. Contenidos y criterios para evaluar unidades móviles (2012)

| | | |
|-------------------|--|--|
| Interculturalidad | Personal de salud bilingüe | Verificar que para las visitas a localidades indígenas cuando menos uno de los recursos de la unidad médico móvil o de la localidad sea bilingüe |
| | Recursos humanos con competencia intercultural y de género | Verificar: Todo el personal de salud deberá acreditar Documentalmente la competencia intercultural y/o de género mediante recursos presenciales y/o vía internet. El personal de salud cuenta y conoce los lineamientos de trato intercultural |
| | Difusión de programas de salud en la lengua local | El personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con simbología adecuada a su cultura. |

Fuente: Secretaría de Salud.

El análisis temático en la revisión de documentos llevó a identificar las siguientes unidades de análisis: justicia, respeto, intercultural, partería, medicinas complementarias, sensibilización intercultural y competencia cultural. Cada categoría presenta un nivel de implicación alrededor del tema en cuestión.

Lo citado muestra una mirada epistémica diversa sobre la “interculturalidad en salud”, lo que puede verificarse desde la definición, comprensión y análisis del concepto de interculturalidad, el cual es múltiple y variado.

Se observa también que, en los documentos revisados la forma de “aplicar la interculturalidad” se encuentra relacionada con el cumplimiento mediático de intervenciones, que por un lado muestran indicadores posibles de ser medidos objetivamente, pero por otro no garantizan el respeto y cumplimiento de los DDHH y culturales de las mujeres, entre ellas, de las parteras.

Se da por sentado que contar con traductores, unidades médicas “adaptadas” y al capacitar personal de salud en temas de interculturalidad se generará un “efecto dominó”, que modificará la realidad de las parteras y el resto de las mujeres en el trato desigual, asimétrico y poco respetuoso de sus derechos. Al respecto se debe comentar que si bien, la medicina tradicional se ha incluido en la Ley General de Salud, es pertinente reconocer que ello no garantiza que se apliquen las intervenciones planteadas bajo el marco regulatorio respectivo.

La realidad muestra que la atención a los pueblos originarios en materia de salud materna continúa siendo un área frágil, dado que prevalece un panorama de morbilidad invisibilizada, a su vez, continúan presentándose casos de muertes maternas en mujeres pobres, indígenas y analfabetas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social. Al hablar de morbilidad hablamos de aquellos efectos secundarios a procedimientos realizados durante la atención del parto que afectan la integridad física de las mujeres, en este sentido se puede entender que no solo se ha dañado el cuerpo sino la autonomía en su toma de decisiones, la capacidad y las condiciones necesarias para poder decidir sin coerción y discriminación sobre los métodos de planificación familiar, número de tactos vaginales, posición para parir, revisión de cavidad uterina, entre otros.

En este sentido, lo citado se liga a los derechos sexuales y reproductivos los cuales son reconocidos como parte de los derechos humanos y por tanto se deben proteger y garantizar mediante el acceso equitativo a servicios de salud de calidad en todas las etapas de la vida,

acceso a métodos anticonceptivos y la información y educación en salud sexual y reproductiva.

En suma, las acciones enunciadas se sustentan en reconocer la centralidad de derechos como la autonomía y no discriminación como elementos centrales para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta perspectiva, se debe entender la autonomía física como la capacidad y las condiciones necesarias para que libres de coerción y discriminación las mujeres puedan lograr la autodeterminación reproductiva, asegurar su integridad corporal y determinar el uso de su tiempo especialmente para el cuidado de salud en el hogar y el impacto del cuidado sobre la salud (González, A., 2016).

Para cerrar este apartado se ha de comentar que, después de revisar los documentos en mención, fue posible identificar que los indicadores planteados para medir la interculturalidad se limitan a cumplir “estratégicamente” acciones que pueden ser medidas numéricamente (para consumir con requerimientos administrativos), pero en la realidad no se garantiza con ello el respeto de los DDHH, derechos sexuales y reproductivos, derechos culturales y autonomía de las mujeres y de los pueblos originarios de México en materia de salud.

3.3.4. Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional (18).

En relación con la incorporación de la interculturalidad en salud materna, se encontró un documento denominado; “Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional”. La guía explica que “actualmente” las parteras tradicionales mesoamericanas continúan ejerciendo una serie de prácticas y conocimientos heredados de sus antepasados y de los métodos de relación con la naturaleza, que ahora se han logrado sistematizar y entender de manera general, gracias a la metodología de Encuentros de

18 Elaborado por el Gobierno de México, Acciones y programas: Medicina Tradicional. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional>

Enriquecimiento Mutuo, la cual es una metodología planteada por la Dirección de Medicina Tradicional.

Tales encuentros se han realizado en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como la Ciudad de México. También refiere que en la actualidad se cuenta de manera sistematizada con los aportes más importantes de este modelo de partería indígena tradicional. De paso está comentar, que en tal documento no muestran evidencia alguna.

Destacan la sistematización de procedimientos técnicos de las parteras, la relación que guardan con las mujeres, niños, niñas y la familia en general. Así mismo enuncian, pero no profundizan, el modelo instruccional bajo el cual las parteras tradicionales han sido formadas en el modelo de atención tradicional de embarazo, parto, puerperio y recién nacido (maestro – aprendiz), que forma parte del sistema de la medicina tradicional.

De igual manera mencionan que el modelo de atención tradicional del parto presenta algunas debilidades, no obstante, no indican cuales. También hacen hincapié en los múltiples aportes del modelo los cuales según la guía “es fundamental identificar, reconocer y aprovechar”, sin embargo, no los especifican de manera explícita.

En este documento, se detalla que las parteras son consideradas “personal no profesional” autorizado para la prestación de servicios de atención médica, siempre y cuando reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que las habilite a ejercer como tales, misma que debe refrendarse cada dos años. De acuerdo con este documento las parteras se deben sujetar a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría, las cuales serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal (19).

19 Resulta pertinente hacer notar que, desde este planteamiento, la forma de incluir a las parteras resulta discriminatoria. Se les evalúa mediante un procedimiento aplicado a las profesiones médicas (certificaciones) transgrediendo lo establecido en el Convenio de Biodiversidad Biológica *insitu*, donde se explica el deber del Estado para preservar conocimientos, innovaciones y prácticas de comunidades indígenas.

En este sentido, se delimitan los servicios que de acuerdo con la Dirección de Medicina Tradicional pueden prestar las parteras en la comunidad: servicios de obstetricia (20) y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población (no especifican cuáles).

El documento entrevisté los requisitos que las parteras deben cumplir para inscribirse en los cursos de capacitación: ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate y los demás que señale la Secretaría (21). Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto. Corresponderá a la Secretaría realizar periódicamente la supervisión de los servicios que presten las parteras.

Así mismo, se especifican los casos que no podrán atender y las condiciones en las cuales les será permitido otorgar servicios. “No podrán, en ningún caso atender embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto”. El documento es muy claro, en que deben notificar a la Secretaría sobre los incidentes y que no podrán realizar intervenciones quirúrgicas, prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados y provocar abortos.

En el documento también se explican las obligaciones de las parteras al citar que:

20 El documento refiere el ejercicio de servicios de obstetricia por parte de la partera, pero cuando las parteras atienden partos, deben de enfrentar un procedimiento muy complejo para obtener los certificados de nacimiento de los niños o niñas de los cuales atendieron los partos. Sumado a que la mujer recién parida debe asistir a revisión médica a la unidad médica para ser revisada y verificar el nacimiento. Cumpliéndose tal requerimiento se procede a la entrega del certificado de nacimiento. Valdría la pena reflexionar respecto a tal situación, ¿Qué tipo de violencia se ejerce sobre la mujer en el posparto?, ¿Qué derechos se están vulnerando en las parteras al dudar de su integridad moral?

21 En la práctica médica observada durante el trabajo de campo, varias de las parteras no saben leer y escribir, en muchos de los casos hablan lengua originaria y los profesionales de la salud responsables de los programas de interculturalidad no hablan la lengua originaria.

- Deben referir al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presume la posibilidad de partos o puerperios patológicos.
- Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado.
- Dar la información que solicite la Secretaría y otorgar las facilidades en la supervisión de las actividades que realicen.
- Asistir a las reuniones de información a las que sean citadas por la Secretaría.
- Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin.
- Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados.
- Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada.
- Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia.

De no cumplir con las obligaciones citadas, las parteras serán sometidas a las infracciones que la Secretaría de Salud determine (no especifica cuales) (22).

22 El medio de subsistencia de las parteras en diversas zonas de la República Mexicana es su propio ejercicio que en la mayoría de los casos se complementa con cuidado de enfermos, actividades de comercio informal, aplicación de sueros e inyecciones, curaciones tradicionales, etc. Solicitar a las parteras que asistan a sesiones de capacitación implica perder una jornada laboral y el ingreso económico para sus familias. Al entrevistar a las parteras, también hay referencias de la forma en que las capacitan y los temas que se tratan en las sesiones. Al respecto, no se promueven sus prácticas tradicionales, no se transfieren saberes, tampoco les preguntan si aceptan los lineamientos, solo se les solicita que cumplan. De modo tal, que no hay una aprobación y participación de parte de ellas frente a los lineamientos establecidos.

El cierre del documento es el planteamiento del objetivo de la presente guía, el cual versa sobre brindar certeza jurídica (23) a las parteras tradicionales que participan en las redes de servicios de salud tanto de la Secretaría de Salud, como del IMSS Oportunidades, lo cual tiene como finalidad fortalecer su labor, así como a las unidades y servicios de salud específicos donde ellas participan.

23 La certeza jurídica se refiere según Gómetz (en Marcial Pons, 2012) a la posibilidad difundida de prever la gama de las consecuencias jurídicas efectivamente susceptibles de ser espontánea o coactivamente conectadas a actos o hechos, así como al ámbito temporal en el cual tales consecuencias jurídicas se producirán de modo positivo, porque su realización en grados elevados les permite a los individuos programar la propia vida teniendo en cuenta las consecuencias jurídicas a las cuales conlleva cada curso de acción, de modo que puedan programar la propia conducta a la luz de los objetivos que se han propuesto (Luzzati, 2012: 2). Al revisar el documento lo que se observa es la “intención” de generar un marco de acción, pero desafortunadamente, no bien definido para las parteras. El objetivo transversal, se desdibuja al no presentar en el contenido adherencia y respeto por lineamientos internacionales y generar en la operatividad violación de derechos culturales y de género; situaciones que fracturan la visión de inclusión y respeto por la diversidad.

CAPITULO IV. SALUD MATERNA E INTERCULTURALIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. EL CASO DE MILPA ALTA.

Ahora que ya se ha presentado, descrito y reflexionado sobre la documentación disponible respecto de los Derechos Humanos, en este cuarto capítulo, se contextualiza la salud materna e intercultural en el caso mexicano, prestando especial atención a la figura tanto de las parteras como de las pacientes, específicamente en la Ciudad de México.

Para tal fin fue pertinente revisar la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal publicada el 07 de abril de 2011 (la cual se encontraba vigente en el momento de realizar la investigación). El documento se divide en ocho capítulos de los cuales el capítulo cuatro, inciso uno se establece que en el Distrito Federal las personas de distinto origen nacional, huéspedes, migrantes y sus familiares, podían tener sin menoscabo aquellos derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los instrumentos internacionales aplicables, el Estatuto de Gobierno del Distrito Federal y demás ordenamientos aplicables.

Mientras que en el inciso siete, se establece solicitar protección adecuada mediante políticas y programas específicos para niños, niñas, jóvenes, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas discapacitadas, personas con distinta orientación sexual, y demás en mayor grado social de exposición. En los incisos del nueve al quince se plantea que los medios de comunicación generaran el fortalecimiento de la interculturalidad y movilidad humana, además de reconocer los procesos de hospitalidad, interculturalidad, movilidad humana y migración en el contexto de la otredad en un marco de receptividad, respeto, solidaridad y aceptación de la diversidad cultural hacia una convivencia y cohesión social, de igual manera se estableció proteger valores culturales propios y ser protegidos contra cualquier daño físico, psíquico o moral y de todo modo de tortura, pena o trato cruel, inhumano o degradante, no ser molestados en su vida privada, familiar, domicilio o correspondencia, ni sufrir ataques a su honra o reputación y tener acceso a interpretación y traducción cuando su idioma sea distinto al español en procesos y trámites legales. Conocer la ley en mención permitió realizar

el contraste entre lo establecido en las políticas locales y la situación imperante en el campo de la salud vinculada a la interculturalidad.

Como se ha mencionado con antelación, es la partera tradicional la responsable de otorgar cuidados en el embarazo, parto y puerperio en localidades con alto número de población indígena debido a ello resulta necesario conocer el campo de ejercicio en estudio. Iniciaremos comentando que a nivel nacional Yllescas (2017), refiere que 7 de cada 10 parteras son mujeres indígenas, de entre ellas, la mayoría de las parteras tradicionales ha cursado estudios de primaria o menores.

En estados como Jalisco se ha documentado que la partería se mantiene viva aun sin el reconocimiento oficial y que ha estado atrincherada principalmente en comunidades rurales, en donde ha respondido, desde su cosmovisión y posicionamiento social a necesidades locales de atención en salud. En Oaxaca, Puebla, Guerrero y Veracruz, las investigaciones muestran un contexto similar, al tiempo que se evidencia el hecho de que muchas veces la partería ha sido ejercida en condiciones de extrema pobreza (24).

A pesar del proceso acelerado de cambio en la Ciudad de México todavía es posible encontrar presencia de parteras en diversas alcaldías como Coyoacán, Milpa Alta y Xochimilco (25), algunas de ellas fueron contactadas para la realización de esta investigación, con la intención de ampliar los testimonios y recopilación de información para el desarrollo de este proyecto, No obstante, parte de la investigación se desarrolló en Milpa Alta, debido a esto, se presentará una breve descripción sociodemográfica de la citada alcaldía.

4.1. El contexto geográfico: Milpa Alta

La Ciudad de México antes Distrito Federal está dividida administrativamente por dieciséis alcaldías. Milpa Alta se encuentra en el extremo sur de la entidad federativa colindando con la alcaldía Tlalpan, el estado de Morelos y el Estado de México. Milpa Alta cuyo origen más

24 Trabajo de campo realizado en Oaxaca en cinco regiones (2011).

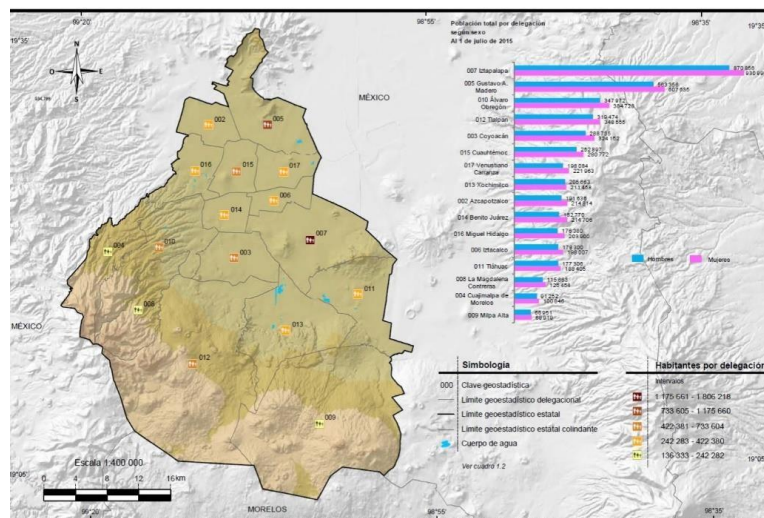
25 Trabajo de campo realizado en Milpa Alta y Culhuacan (2019).

antiguo procede del nombre *Malacachtepec Momoxco* traducido comúnmente como “Lugar rodeado de cerros”, aunque se han generado nuevas interpretaciones desde la primera década del siglo XXI: “El cerro malacatudo, en el momoxtle” o “Entre el cerro del malacate, en el momoxtle”, donde momoxtle se traduce como oratorio o altar” (Wacher, 2006:7).

La urbanización de la Ciudad de México ha representado un cambio significativo en las actividades productivas, Milpa Alta, a diferencia de las alcaldías “centrales” como Miguel Hidalgo o Cuauhtémoc que destacan por sus actividades terciarias (tales como el turismo y los servicios) define todavía su conformación cultural a partir de actividades propias del agro.

Su extensión territorial es de aproximadamente 288.13 km² ocupando el segundo lugar como la demarcación más grande sólo después de Tlalpan (340,07 km²). Según los datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) su población es de 137,927 habitantes. Distribuida con 67,151 (48.7%) que son hombres y 70,776 (51.3%) que son mujeres. De acuerdo con esta información, Milpa Alta congrega el 1.5% de la población total de la capital del país (ver figura 2).

Figura 2. División geostatística delegacional y delegaciones con mayor población.



Fuente: INEGI (2015).

4.2. Datos demográficos

Milpa Alta es la demarcación que cuenta con mayor presencia de grupos étnicos, seguida por Xochimilco y Tláhuac, para los fines que persigue este proyecto es sumamente importante tener en consideración esta información, pues responde al enfoque de género e interculturalidad en un marco de derechos humanos. En términos de fecundidad y mortalidad, Milpa Alta, tiene un promedio de 1.6 hijos nacidos vivos y un porcentaje de 2.3% de hijos fallecidos. También en materia de salud, cuenta con una afiliación del 97.1% a algún servicio, el 68% se encuentra afiliado al Seguro Popular, seguido por el 15.9% al ISSSTE, el 13.2% al IMSS y el resto a PEMEX, o seguros privados (INGEGI, 2015). Con relación a la mortalidad infantil, la tasa estimada por 1000 nacidos vivos en el año 2006 fue de 25.5 (Tasas de mortalidad por delegación y grupos de edad, Distrito Federal 2000-2006), mientras que en el 2000 la tasa de mortalidad materna fue de 61, en el 2001 de 185 y para el 2015 se reportó que no hubo muertes maternas en la Delegación (Razón de Mortalidad Materna, 2015).

En términos económicos, Milpa Alta tiene un porcentaje de población económicamente activa del 52.7%, compuesto en un 65.1% por hombres y sólo un 34.9% por mujeres, contando con el índice más bajo de inserción laboral femenina de toda la entidad (seguido por Tláhuac con el 37.3%). En materia de etnicidad, según los datos proporcionados por INEGI, en Milpa Alta el 20.32% de su población se considera indígena y el 0.97% reconoció ser afrodescendiente. Sobre la conservación y difusión de lenguas indígenas, Milpa Alta cuenta con un 4.10% de población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena, de esos hablantes el 0.22% no hablan español.

Su población de 15 años y más tiene un 56% de escolaridad básica, 26.6% de media superior y sólo 13.9% de superior, sólo el 3.4% no cuenta con escolaridad. Además, su tasa de alfabetización es del 98.9% en grupos etarios que van de los 15 a los 24 años y el 95.8% de 25 años y más.

Es fundamental contar con información sociodemográfica del espacio en que se llevó a cabo la investigación, para tener una mejor comprensión de las historias y testimonios que serán

expuestos más adelante. Conociendo ya las condiciones generales de las mujeres habitantes de esta demarcación, es posible avanzar y conocer sus testimonios en primera persona.

4.4. Las y los informantes clave.

4.4.1. Las parteras.

La noción que guía esta investigación en torno a las parteras tradicionales retoma lo planteado por la Declaración Conjunta OMS UNFPA UNICEF (1993), donde la partería tradicional obedece a los saberes indígenas empíricos transmitidos de generación en generación, pero que también han adquirido mujeres mestizas a través de la práctica y el aprendizaje con parteras indígenas.

Al estudiar la partería tradicional en la Ciudad de México fue posible observar que no existe una sola medicina tradicional, sino que cada zona conurbada y cada terapeuta posee sus propios conocimientos, y aunque existen semejanzas, se debe tomar en cuenta la posibilidad de grandes diferencias (Krotz, E. 2009). Además, se pudo constatar que los grupos de parteras no son sistemas cerrados y estables de origen único, sino que se encuentran relacionados entre sí de modo tal que han recibido influencia tanto de culturas previas como contemporáneas. Esto ha producido un intercambio de conocimiento, así como el acercamiento a nuevas plantas medicinales y el conocimiento de nuevas enfermedades. Asimismo, ha dado paso al intercambio de saberes (26) y, con ello, a la asignación de nombres y funciones específicas basadas en lo que cura o trata cada terapeuta.

Considerando lo anterior, es pertinente comentar que, en la comunidad con la que se participó de la alcaldía de Milpa Alta se identificaron cuatro parteras tradicionales de las cuales, sólo fue posible establecer contacto con dos de ellas (Ángela y Juanita), por lo que se amplió la búsqueda a otras alcaldías, encontrando éxito en Culhuacán, donde fue posible interactuar con otro par (Adelina y Rosa).

26 Véanse los trabajos de Hirose López (2003) y Browner C. (1985).

Método

Este capítulo fue diseñado para conocer la visión del mundo de las parteras, debido a que, es indispensable para entender la dinámica de interacción con el Sistema de Salud en la localidad. En ese sentido, entrevistar a las parteras permitió explorar la práctica de la partería y sus necesidades, las formas de conocimiento y las regulaciones que el Sistema de Salud les impone.

Para realizar el acercamiento con las parteras de manera inicial, se consideró que si bien, cada una de ellas desempeña su labor en un contexto determinado y posee experiencias sobre la partería de manera individual, también es cierto que, a nivel agregado, sus experiencias se construyen en relación con otras parteras y con su ambiente. De modo tal que el instrumento permitió abordar a la partería desde procesos internos, a partir de sus narrativas y la forma en que reconstruyen sus experiencias de vida y las explican.

Para consolidar la recopilación de información en esta investigación, se elaboró un guion de entrevista, tal instrumento fue estructurado por quince preguntas abiertas con las cuales se buscó conocer desde su formación como parteras, los tratamientos utilizados en su práctica cotidiana, así como la relación que mantienen con los servicios de salud de sus localidades.

A través de la aplicación de las entrevistas a profundidad se identificó que las parteras sienten gusto y placer al desempeñar su trabajo, que acuden a sesiones organizadas por los Servicios locales de Salud debido a que sienten la necesidad de aprender, lo cual también es visto como una herramienta para subsistir y satisfacer sus necesidades.

La práctica de la partería satisface necesidades de aprecio, autoestima y reconocimiento para las parteras, dado que los servicios que prestan les permiten sentirse útiles, que forman parte de su comunidad, además de ayudar a la población. El ejercicio de “ser partera” en este rubro muestra una situación complicada dado que, los Servicios de Salud requieren de la subordinación de las parteras para poder tener “control sobre ellas”. Parte de la situación relacionada con las parteras de Culhuacán y Milpa Alta son sus condiciones económicas precarias y la relación asimétrica que mantienen con el Sistema de Salud local.

Al respecto se puede comentar que, de las cuatro parteras entrevistadas, Juanita no sabe leer ni escribir, Adelina estudio hasta el tercer año de primaria, Rosa terminó el bachillerato y Ángela terminó la educación secundaria. Juanita, además de ser partera, en ocasiones cuida de personas enfermas. Ángela, por su parte, vende tamales los fines de semana para complementar sus ingresos. Mientras que, Rosa además de su trabajo como partera y curandera realiza trabajo doméstico no remunerado. Finalmente, Adelina complementa su labor como partera también con trabajo doméstico no remunerado.

Se encontró también que, no hay una organización por parte de las parteras para poder trabajar la gestión de sus necesidades o solicitudes de apoyos.

4.4.2. Ser partera en Milpa Alta y Coyoacán

Las parteras se definieron a sí mismas como “aquellas mujeres que durante el embarazo acomodan a los niños por medio de sobadas, atienden a las mujeres durante el parto y después del parto (durante la cuarentena), ofrecen atención a niños desde recién nacidos hasta los 10 o 12 años, a quienes curan de empacho, de mollera caída, diarrea, espanto, dolor de estómago, entre otras enfermedades. Algunas practican la herbolaria y también son curanderas”.

Rosa:

“Tengo 47 años, nací el 11 de octubre de 1969 mí lugar de nacimiento es la Ciudad de México y ayudaba a mí mamá desde los trece años, la acompañaba a atender partos y me llamaba la atención porque fue una experiencia que me ayudó a darme cuenta del valor y la fortaleza de las mujeres para traer un hijo al mundo”.

Ángela:

“Cuando terminé la secundaria me fui a Salubridad a Tulyehualco y ahí aprendí todo sobre inyectar y vacunar. Recuerdo cuando vi el primer parto, el médico me iba indicando: mira, todo esto se va dilatando y esto se va abriendo así, ¿te espanta?, respondí ¡no! Y él me dijo, si te espantas o te mareas, mejor salte”.

Sra. Rosa:

“Soy partera y curandera y no es la misma cosa. Para empezar como partera el material que utilizo es diferente y yo en lo personal no aplico ningún medicamento, ni ninguna hierba tampoco, es así como dicen, natural. Porque en el trabajo de parto no podemos aplicar ningún tipo de masaje, sólo ligeros apapachitos como para relajar a la parturienta, en los pies ligeramente, no así con presión sino tratando de que esté ella relajada y su cuerpo esté relajado para que pueda hacer el trabajo de parto en la mejor forma. Y en lo de curandera pues sí es diferente, porque, por ejemplo, si es un lastimado pues que mi pomada; si es empacho, mi pomada y la magnesia; si es espanto, espíritus para untar y si es aire también lo mismo espíritus para untar, o huevo o ramo. Para los oídos, el hilo, el alcohol. Para las inyecciones, las jeringas, el medicamento, el alcohol y eso”.

Se pudo observar que las parteras tradicionales son actoras sociales de autoridad en sus comunidades y a la par también especialistas de otras ramas de la salud tradicional; curanderas, rezadoras, hueseras y médicas tradicionales (Pintado, 2013). Lo que las convierte en recursos comunitarios valiosos en la prestación de servicios de apoyo esenciales para la salud y la vida de las mujeres y recién nacidos, sobre todo en regiones rurales, con escasos servicios de salud y difícil acceso geográfico (27)

Como ejemplo, se cita el testimonio de Rosa:

“Cuando venían a consultas con mi mamá, yo escuchaba que las maltrataban sus esposos. Nos llegó a tocar aquí y eso como que a mi mamá no le agradó la idea. Pero una vez, ya estaba yo grande, de 21 o 22 años, todavía antes de que me casara, escuché que una muchacha se estaba quejando con mi mamá porque su esposo le pegaba y que no sé qué, la señora desahogándose -y me le quedo viendo y le digo, ¿en serio así es tu marido? -, sí me

27 Trabajo de campo realizado en la Sierra Norte del Estado de Puebla (2015). Para el capítulo de libro: Convergencias de las Ciencias Sociales en los Estudios de Interculturalidad. Tomo II

contesto la muchacha, -¿de veras?-, sí, y le digo es que tu marido te viola, no tiene relaciones contigo, tu marido te viola y se me queda viendo la muchacha, le dije ¿tú querías embarazarte?, no, contestó la muchacha. Le dije espérame, y estaba su marido ahí afuera. Le digo ¡venga!, ¿qué? Me dijo el hombre, venga, venga, va a agarrar a su esposa, ándele, con confianza, suba y nos va a ayudar. Le dije a mi mamá cuando ya empiece a coronar el bebé, le dices que se agache y que vea cómo va a nacer su bebé, “ay, hija”, “¡sí, mamá, hazlo!” y le digo al muchacho “vas a ver cómo va a nacer tu bebé”, “¿por qué?”, “porque quiero que veas tú cómo nace un bebé, para que veas cómo una mujer sufre en el trabajo de parto, todo lo que pasa para traer a un bebé al mundo, y no nomás es un gusto tuyo que quieras tener un niño o una niña”.

4.4.3. Así cuidan las parteras. Entre la enfermedad y el nacimiento.

En cuanto a las terapias que brindan, se puede decir que llevan implícito un toque terapéutico distinto; la mirada de las parteras hacia las otras, las mujeres a las que brindan la atención. La salud de la mujer, específicamente en el embarazo, el parto y el puerperio son periodos importantes en la vida de las mujeres en las comunidades. La visión de las parteras supera el enfoque de la biomedicina y concibe cuerpos conscientes y sabios que se relacionan con el mundo, dejando de ser una entidad pasiva y dividida entre el pensamiento y el cuerpo.

Así, la maternidad no es vista como un desorden personal y durante este proceso el cuerpo femenino permanece activo ante las fuerzas externas que lo enferman, además de considerar que puede tomar decisiones sobre sí mismo (Scheper-Hughes y Lock, 1987). En este sentido, las parteras consideran que el embarazo, parto y puerperio es una condición en la cual intervienen activamente emociones, y que el camino hacia un parto natural dependerá de encauzar y procesar las emociones involucradas durante esté (Dethlefsen y Dahlke, 2005).

Por tanto, la gestación, el parto y el puerperio son considerados como eventos propios e íntimos en la vida de la mujer que involucran el pudor de ésta. En el caso del parto, el ambiente del hogar propio o de la partera forma parte de la intimidad, la solidaridad y la calidez necesarias para que el parto “salga bien” (Botteri y Bochar, 2019).

A continuación, se presenta la tabla 11 en la cual se plantean los cuidados que otorgan las parteras en sus localidades.

Tabla 11. Cuidados que ofertan las parteras de Milpa Alta y Culhuacan.

| Cuidados | Descripción | Materiales |
|-----------------------------|---|--|
| En la atención del embarazo | <p>Las reciben, inician con un interrogatorio sobre su embarazo y estado de salud, después les revisan los ojos, el cabello, el color de la piel (28).</p> <p>Revisan el abdomen, auscultan la frecuencia cardiaca de la madre y su tensión arterial, también miden el abdomen materno y escuchan la frecuencia cardiaca fetal. Investigan sobre su estado de ánimo y sí las mujeres refieren o dan “señales” de algún tipo de violencia.</p> | <p>Libreta, lápiz, cinta métrica, esfingobaumanometro, estetoscopio, estetoscopio de Pinard y reloj con segundero.</p> |
| En la atención del parto | <p>Primero tratan de tranquilizar a la madre, le permiten acomodarse como más cómoda se sienta (29), toman los signos vitales de la madre, auscultan la frecuencia cardiaca del bebé, les permiten a las mujeres estar acompañadas por quien prefieran. Para tratar el dolor ponen la habitación a oscuras, le dan un té caliente de manzanilla, un trocito de chocolate y dejan que este acompañada por su esposo o una persona que la mujer desee, al familiar le piden que le sobe la espalda y cuando la mujer llora o grita no la limitan.</p> | <p>Cama, sábanas limpias, agua tibia, tijeras (para cortar el cordón umbilical), manzanilla, chocolate, pomada para sobar, una palangana pequeña. Un banquito (para que la mujer pueda parir sentada si así lo desea).</p> |

28 Testimonio de Adelina: *Cuando llega una embarazada de primera vez, primero platicamos, nos conocemos y nos tomamos cierta confianza, sacamos la fecha probable de parto..., para mí lo más importante en esa revisión es verlas a los ojos y en general la mirada, el semblante, ahí hay mucha información de cómo están no solo de salud sino de ánimo. También el rostro es importante, tiene mucha información de su salud y el estado anímico”.*

29 Testimonio de Rosa: *“Nos encomendamos a Dios, acostamos a la mujer, la ponemos cómoda, le ponemos un lienzo para teparle las piernas, apapachándola, que va a estar bien, tratando de tranquilizarla; si vemos que de repente los bebés se dejan de mover, los checamos, oímos su corazón, la presión de la mamá, su temperatura. Les preguntamos cómo quieren que las atendamos, ya nos dicen y ciertas cosas se llegan a hacer. Por ejemplo, la que le gustaba que su esposo estuviera con ella, o nada más su mamá o tomar agua, porque muchas lo hacen”.*

| | | |
|------------------------------|--|---|
| En la atención del puerperio | <p>Indican baño diario, no tener relaciones sexuales por 40 días y no hacer trabajos pesados.</p> <p>Vigilan la alimentación de la mujer recién parida, que como las tres veces al día, que tomé agua para que produzca leche, también vigilan el sangrado vaginal (color, olor y cantidad)³⁰.</p> <p>Vigilan el ombligo del bebé, que el bebé se pegue al pecho y coma, además de que haga del baño.</p> | <p>El puerperio lo pueden vigilar en la casa de la partera (porque ahí atendieron el parto) o en la casa de la mujer (porque la mujer decidió irse a su casa).</p> <p>No requieren nada en especial, pero sí la mujer expresa mareos, debilidad o la ven pálida, le revisan los signos vitales.</p> |
| Otros servicios | Curación de empacho, espanto, aire, caída de mollera, diarrea y dolor de estómago. | Huevo, vaso con agua, ramo de hierbas, espíritus de untar, magnesia, pomada para sobar. |

Fuente: Elaboración propia.

4.4.4. El temazcal. Un abrazo de la madre tierra.

Las parteras transmiten y promueven la confianza de parir de manera “natural” (saber transmitido de una generación a otra). Por ello, posterior al nacimiento las parteras por medio del temazcal favorecen la “sanación” del vínculo de las mujeres con sus propias madres y sus ancestras.

El temazcal es “volver al útero” y sentir el “abrazo del agua, el fuego y la tierra” y ayuda a que las mujeres reconozcan en la labor de su madre lo que hizo para darles vida. El temazcal, representa entonces, el útero de madre y es en éste donde se procesa el duelo por las pérdidas y se abre un camino nuevo a la mujer que ahora se transforma en madre, colocándola en el

30 Testimonio de Ángela: “Ya que nació el bebé les digo que se asean, que se bañen a diario, que coman bien porque pues desecharon sangre, entonces se tienen que alimentar muy bien. De hecho, aquí les doy alimento, sí nacen en la mañana los bebés, hay que darles a las mamás su desayuno, su comida, su cena, y darles sus dos litros de agua. Cuando las atiendo en sus casas a diario las voy a ver. Tenemos que estar oliendo la sangre si no huele mal, sí huele mal y tiene un color feo la sangre, esas son señas de que está mal, pero a mí no me ha tocado”.

lugar de “guía”, de responsable; de mujer empoderada para brindar al nuevo ser el cuidado, protección y amor necesarios para sobrevivir (31). Durante la terapia, las parteras preparan un sahumerio que genera un *aroma particular* y un ambiente especial para la mujer embarazada o puérpera. Antes de que la mujer entre al baño se sahúma para limpiar el cuerpo físico y espiritual, mientras poco a poco se va calentando el interior del temazcal. La mujer embarazada puede ingresar al temazcal pasando el primer trimestre de embarazo.

En la mujer puérpera el temazcal la ayuda a *acabar de parir*, debido a que su cuerpo quedó *abierto* después del parto. El objetivo, es entonces ayudarle a cerrar su cuerpo y regular su temperatura. La partera elige plantas calientes para el baño de temazcal y posparto. El tratamiento consta de tres etapas: La mujer toma el baño del temazcal; después se introduce a la tina con el agua preparada con hierbas y, finalmente la mujer es sobada de cabeza a pies.

Durante el puerperio se tratan síntomas como el dolor, la inflamación e involución uterina. Por medio del baño de temazcal se busca no solo mejorar en la mujer el plano físico sino también el anímico.

Para poder ampliar la información sobre el temazcal, se localizó a Tanya quien es sanadora y temazcalera de la alcaldía Xochimilco. Ella explicó que el baño posparto levanta el estado de ánimo de la madre y que utiliza plantas aromáticas y llenas de color, rosas blancas y rosas, romero, ruda, pirul, albahaca, lavanda, jazmín y algunas otras. En la zona maya de México, en trabajo de campo e investigaciones precedentes (32), fue posible observar baños de posparto realizados con hojas de naranjo agrio, empleados para ayudar a la madre que no genera suficiente leche y desea aumentar la producción láctea.

En otro contexto, como en Oaxaca, el baño posparto es un elemento igual de importante para cerrar el cuerpo de la mujer puérpera, mejorar las molestias relacionadas con dolor asociado con la involución uterina, sangrado transvaginal y apoyo a la lactancia materna. En cuanto a

31 Trabajo campo realizado en Xochimilco (diciembre de 2018), con la sanadora y temazcalera Tanya Patricia Gómez Rugerio.

32 Puede consultarse: Pintado-González (2013). “Medicina tradicional Maya-Yucateca: un estudio sobre esterilidad femenina”. *Boletín Antropológico*. 31(86), julio-diciembre, pp. 154-172. <https://www.redalyc.org/pdf/712/71229244004.pdf>

la lactancia materna a diferencia de la zona maya, las parteras oaxaqueñas utilizan el chamizo macho que es un arbusto que crece en zonas áridas, presenta amplias ramificaciones y se caracteriza por una cubierta escamosa y grisácea, el chamizo macho no presenta brotes de flor. En la zona, es utilizado como forraje para las cabras en pastoreo y para que las cabras produzcan “buena leche”.

4.4.5. Los Servicios de Salud de Milpa Alta: entre las políticas públicas de interculturalidad y la violación de derechos humanos

Para realizar el abordaje de los actores clave relacionados con la salud materna y las parteras se visitó la Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta, así como el Hospital General ubicado en la misma localidad y el Centro de Salud “Gastón Melo”. Se aplicó el instrumento a tres profesionales médicos, los cuales se encuentran vinculados con los temas de salud intercultural, atención primaria y salud materna, de igual manera que con las parteras, el instrumento fue integrado por 15 preguntas de tipo estructurado con respuestas de opción múltiple. Los informantes fueron, la Coordinadora del Programa de Interculturalidad de la Jurisdicción Sanitaria, el director del Centro de Salud de Mixquic y el responsable de Atención Primaria del Hospital General de Milpa Alta.

En México las parteras participan en las redes de la Secretaría de Salud y del Régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (SSA, 2016) otorgando atención durante el embarazo y parto. Lo cual se reafirmó en el desarrollo del trabajo de campo, sin embargo, es pertinente comentar las circunstancias que matizan tal situación. Pese a que en los discursos de la Secretaría de Salud en México las parteras se postulan como uno de los grupos socialmente representativos de la cultura mexicana sobre el cual recaen varias de las intervenciones enmarcadas en el enfoque de la salud intercultural, es necesario comentar que durante las capacitaciones otorgadas para las parteras en la Jurisdicción Sanitaria no se respeta la forma en que estas, adquieren sus saberes, los cuales son transferidos de generación en generación, principalmente mediante un proceso oral y demostrativo.

Las capacitaciones están sesgadas, debido a que no buscan fortalecer ni preservar los conocimientos tradicionales sobre partería, herbolaria y temazcal, al contrario, se centran en marcar las diferencias entre el conocimiento adquirido por medio de la formación académica y la empírica (33), restando con ello legitimidad a las parteras ya que su trabajo no forma parte del conocimiento institucionalizado (34).

Lo anterior, se refleja en el ámbito de la oferta-demanda de los servicios que brindan. En Milpa Alta las parteras no tienen acceso ni al Centro de Salud, ni mucho menos al hospital (35) (36); sin embargo, son supervisadas por la Jurisdicción Sanitaria por medio de entrega de reportes de atención, en los cuales deben especificar los servicios que brindan (37).

33 Testimonio tomado de la entrevista realizada a Adelina partera que ejerce en Culhuacán: “...vimos la placenta previa, lo de la anemia, las vías urinarias, la presión que se eleva, que se hinchen, lo de la preeclampsia, eclampsia, esos temas, ...usan muchos términos médicos, pero debemos aprenderlos, nos dieron una credencial que dice que somos parteras certificadas...”

34 Testimonio tomado de la entrevista realizada a la responsable del Programa de Interculturalidad de la Jurisdicción Sanitaria. “La Jurisdicción en su programa ha implementado talleres para crear capacidades en las parteras, los realizan cada dos meses y se imparten en castellano. En tales actividades no participan grupos sociales o culturales”.

35 Testimonio tomado de la entrevista realizada a la responsable del Programa de Interculturalidad de la Jurisdicción Sanitaria: “Las parteras no tienen relación con el hospital, ni con los CS, sólo envían a las mujeres a las unidades médicas, llegaban a participar en reuniones con las embarazadas, pero ya no. Hace como 10 años, llevaban a la embarazada al hospital, hacían el recorrido y la acompañaban, pero ahora ya no. Cambiaron al director del Hospital y eso se terminó”.

36 Testimonio tomado de la entrevista realizada al responsable de Atención Primaria del Hospital General de Milpa Alta: “Hace como 18 años trabajamos un programa para parteras tradicionales, obviamente fue un choque de mis médicos aquí, ¿cómo me traen a las parteras?, pues sí, es necesario que sepan cómo vigilar el embarazo, como atender al recién nacido. Estuvieron en consulta las metimos a la “toco” y en urgencias para que vieran el proceso de atención médica hospitalaria. Últimamente se están capacitando en la jurisdicción sanitaria de Milpa Alta, las capacitaciones se enfocan a la prevención de enfermedades respiratorias, diarreas, lactancia materna y esquemas de vacunación. Por ahora no tengo contacto con las parteras a lo mejor después se dará, pero ahora no tengo contacto con ellas”.

37 Testimonio tomado de la entrevista realizada a la responsable del Programa de Interculturalidad de la Jurisdicción Sanitaria. “...a las parteras no les interesa involucrarse con la atención el CS, cuesta trabajo traerlas a las capacitaciones, hubo años sin reunirse, cambiaron al responsable de interculturalidad aquí en la Jurisdicción y no dejaron información. Pero las parteras tienen que reportar porque forma parte de un reporte estatal que nos solicitan...”.

El control ejercido sobre ellas va desde condicionar el ejercicio de su actividad y no proporcionarles los certificados de nacimiento (38) contraviniendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud; hasta retirarles sus credenciales de parteras certificadas. Partera que no se certifica, partera que no es considerada como personal calificado para ejercer.

En cuanto al proceso de certificación, se ha de comentar que es una metodología centrada en evaluar la competencia técnica en la atención del embarazo, parto y puerperio; dejando de lado los saberes tradicionales que las parteras aplican en sus comunidades (39). Se suma además que como requisitos las parteras deben saber leer y escribir, cuando como se ha visto algunas de ellas no cursaron ni la primaria. Entonces, una partera que ha ejercido más de 25 años que no sabe leer ni escribir ve su labor condicionada por una certificación que tiene un periodo de vigencia de dos años, con posibilidad a ser renovada si cumple lo que los servicios de salud le solicitan (40).

Respecto a la certificación, la situación que se torna crítica es la entrega de certificados de nacimiento. En estos casos los Servicios de Salud solicitan a las parteras lleven a las mujeres a las unidades de primer nivel para ser “revisadas y valoradas”. Al respecto la NOM 035-SSA3-2012, en materia de información en salud establece en el numeral 11.6. Que *el Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio*

38 Testimonio tomado de la entrevista realizada al director del Centro de Salud: *“Con relación a los certificados de nacimiento epidemiología es quien lleva el censo, ellos manejan los certificados y sí las parteras no entregan el informe no se les otorgan los certificados de nacimiento, es una forma de obligarlas a que informen”*.

39 Testimonio tomado de la entrevista realizada a Rosa partera que ejerce en Culhuacán: *“...la evaluación era oral y vieron como atendemos, yo no tenía miedo, ya te la sabes y lo puedes hacer hasta cerrando los ojos, pero la diferencia es que ellos como que no creían en nosotros, ...nos dieron una credencial que nos acredita como parteras calificadas...”*.

40 En este sentido se debe comentar que las iniciativas públicas se han orientado principalmente a capacitar a las parteras, y a promover la partería profesional. Tal es el caso que, en 2016, el Instituto Nacional de Salud Pública lanzó el “Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería” (iniciativa que fue financiada por la Fundación MacArthur), para reconocer e incorporar a las parteras profesionales en el sistema de salud pública, esto, en respuesta a la necesidad de descongestionar los centros de salud pública. Sin considerar que, en las comunidades indígenas, en donde los conocimientos ancestrales se transmiten oralmente de generación en generación, abundan aun las parteras tradicionales.

*nacional (independientemente de la nacionalidad o situación legal de los padres), en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o **por la persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente**. Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya corroborado el nacimiento, el vínculo madre-hijo(a) y verificado la identidad de la madre mediante una identificación oficial, o a falta de esta última, con el documento respectivo expedido por la autoridad competente.*

El numeral citado se complementa con lo establecido en el numeral 11.7.2 en el cual se estipula: *Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del Sistema Nacional de Salud y fue atendido con la asistencia de una partera facultada por alguna Institución del Sistema Nacional de Salud para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo dentro de las primeras veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento y entregarlo inmediatamente a la madre (o quien corresponda a falta de ésta).*

La normatividad es muy clara, sí la atención del parto se realiza mediante la atención otorgada por una partera certificada los profesionales médicos no deben condicionar la entrega de certificados de nacimiento y tampoco deberían “obligar a la mujer a ser revisada para verificar el nacimiento”. Tal situación lo único que demuestra es falta de respeto hacia la integridad, física y psicológica de las mujeres puérperas, falta de confianza hacia las partera y duda de su calidad moral. Frente a tales condiciones lo único que queda a la partera tradicional es enfrentar la desacreditación de su práctica.

Es así, como las parteras tradicionales van reduciendo su trabajo a realizar ciertas habilidades tales como: sobadas, limpias, manteadas, curación de empacho, susto, aire y otras que no son ofrecidas por los servicios gubernamentales de salud. Ello, implica una drástica reducción en

el número de partos atendidos, lo que atenta directamente contra el ejercicio de su labor y razón de ser (41-42)

Fue posible observar que la remuneración por sus servicios es precaria e inestable (varía de acuerdo con el número de consultas y la capacidad adquisitiva de la mujer que solicita el servicio) y como su trabajo mantiene un vínculo estrecho con las mujeres de sus comunidades en muchas de las ocasiones la remuneración no se encuentra condicionada por el dinero (43)

No obstante, y muy a pesar de la situación económica precaria, las parteras cumplen un rol comunitario importante, pero finalmente terminan subordinándose al modelo biomédico para poder continuar ejerciendo parcialmente su trabajo. Literalmente, deben someterse al adiestramiento que de manera obligada los servicios de salud establecen sin considerar sus necesidades económicas, laborales, familiares y por supuesto las de reconocimiento social por parte de la comunidad (44).

Está última condición no puede minimizarse, dado que se trata del vínculo con la comunidad a través de los años lo que da a la partera el reconocimiento social en su localidad y lugares circunvecinos. Los pobladores saben de sus largas trayectorias y ellas se han ganado el prestigio en la atención de partos, seguimiento y control del embarazo y la atención a los niños.

41 Testimonio tomado de la entrevista realizada a Rosa partera que ejerce en Culhuacán: *“La atención de partos ha disminuido, ya habíamos tenido problemas porque fue cuando empezó a salir lo de gratuidad y como que sí se nos vinieron para abajo. Y ahorita todavía como que más, ya, así como que no ha habido”*.

42 Testimonio tomado de la entrevista realizada a Rosa Partera que ejerce en Culhuacán: *“...ya no atiende tantos partos como antes, a veces son dos o tres en seis meses”*.

43 Testimonio tomado de la entrevista realizada a Ángela partera que ejerce en Tecómitl: *“...llegan luego y me preguntan, “¿cuánto me va a cobrar por la sobada”, les digo “cien pesos”, pero van con mis compañeras y les dicen “¿cuánto por una sobada?”, “250 pesos”, mínimo, entonces ¿con quién van?... A veces me dicen “¿por qué cobran las inyecciones a diez pesos?”, a ver: la gente compra su medicamento, su jeringa y todavía la puesta... y su medicamento le costó bien caro ¡pues no! Hay que mediar esas situaciones. O que me dicen “luego le pago”, pues sí, ni modo que les diga que no”*.

44 Testimonio tomado de la entrevista realizada a la responsable del Programa de Interculturalidad en la Jurisdicción Sanitaria: *“Los temas que se han abordado consideran lo relativo a emergencias obstétricas, se les ha dado conocer como parte del plan de seguridad. Para que las parteras asistan a las sesiones, no hay un programa de incentivos, sólo citan a las parteras y listo, asisten las que tienen interés”*.

Durante el desarrollo del trabajo de campo se pudo constatar que la perspectiva de interculturalidad de parte de los Servicios de Salud en Milpa en el discurso de los directivos considera la implementación de “acciones con base en la no discriminación”.

Retomando lo comentado por la responsable del Programa Interculturalidad, *los médicos deben atender a todas las pacientes que solicitan los servicios de salud materna, si llega la paciente y es hablante de lengua originaria, se busca un traductor* (la paradoja aquí radica en que al cuestionar al responsable de Atención Primaria del Hospital General de Milpa Alta explicó que no cuentan con traductores). Por otro lado, la no discriminación se considera en su aplicación para los y las pacientes; pero no para el ejercicio de la partería tradicional.

A nivel de contexto, la responsable del programa refirió que los censos realizados por la Jurisdicción Sanitaria no han reportado mujeres hablantes de lengua originaria y que ningún profesional de la salud que labora en las unidades médicas habla alguna (45).

Básicamente el tema de interculturalidad que para la responsable del programa es trascendente es lo relacionado con la población migrante, específicamente en la localidad de San Pablo, donde los varones (con mayor frecuencia) se van a Canadá, con esa población se tiene un programa específico, se les realizan estudios de laboratorio y se les da seguimiento.

En cuanto a la salud materna, la médica refirió que las unidades de primer nivel de atención reciben de nivel estatal insumos, tales como, guantes, medicamentos, soluciones, equipos para venoclisis y ácido fólico. Sobre la promoción de DDHH cuentan con material de promoción y todas las actividades se realizan en castellano.

Respecto a las actividades sobre interculturalidad en salud materna que realizan con el Hospital de Milpa Alta, se encuentra la referencia y contra referencia y en caso de requerir un traductor por recibir una mujer hablante de lengua originaria se les apoya en la búsqueda

45 Situación fuera de lugar, dado que Milpa Alta es una de las Delegaciones con los mayores porcentajes de hablantes de lengua indígena en la Ciudad de México (INEGI, 2019)

del traductor. En cuanto a la capacitación sobre interculturalidad del personal que labora en la unidad, la responsable del programa desconoce si el personal del hospital ha recibido capacitaciones. Un dato importante es que la responsable del programa no recibió capacitación alguna para ocupar el puesto y no cuenta con insumos y recursos humanos para implementar el programa.

Relacionando lo previo con el enfoque de DDHH, lo que se pudo documentar es una transgresión de derechos por parte de los Servicios de Salud hacia las parteras. En virtud de que las medidas orientadas a favorecer la interculturalidad en la región no respetan ni protegen el derecho a la identidad cultural tanto de las mujeres como de las parteras tradicionales. Por tanto, es pertinente realizar una revisión objetiva de la implementación del Programa y los resultados que se encuentran reportando.

Para cerrar este apartado, se ha de comentar que los estereotipos bajo los cuales los servicios de salud locales visualizan a las parteras y sus funciones, llevan a los profesionales de la salud a estigmatizarlas y segregarlas, sin considerar que la partería ha sido el medio de subsistencia para las mujeres entrevistadas. El modelo de interculturalidad planteado por los Servicios de Salud en México reproduce un sistema argumentado en la justicia y la equidad, pero que en la práctica discrimina conocimientos, prácticas y valores culturales locales.

La infraestimación de las capacidades de las parteras tradicionales ha llevado a la pérdida de independencia, desacreditación y tristeza en las parteras tanto de Milpa Alta como de Culhuacán. Lamentablemente, las prácticas discriminatorias no son percibidas como tal por el personal médico y mucho menos por las parteras. Los estereotipos y prejuicios que matizan la partería tradicional y que son reforzados mediante las políticas públicas de interculturalidad violentan los derechos de las mujeres y las parteras.

Finalmente, se presentan algunos de los derechos transgredidos en estas relaciones, así como los documentos nacionales e internacionales en los cuales se sustenta tal situación (ver tabla 12).

Tabla 12. Identificación de derechos violentados en las parteras tradicionales.

| Derechos violentados | Sujetos afectados | Documentos y artículos relacionados | Evidencia de transgresión |
|--|--|--|--|
| Autonomía y libre determinación | | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Art. I, II, IV | Negación de Certificados de nacimiento. |
| Derechos culturales incluyendo: respeto por la diversidad cultural, diálogo y cooperación. | Parteras tradicionales | Convenio 169 OIT; Art. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 20, 22 apartado 3, 24, 25, Derechos de los pueblos indígenas (ONU) Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales; Art. 10 y 11 Ley General de derechos culturales; Art 3, 5, 7, 9, 11 y 15 Declaración Universal Sobre la Diversidad Cultural. Art. 1, 2, 4, 5. | No permitir que ejerzan su labor como parteras tradicionales. Obligarlas a certificarse siendo un proceso arbitrario y que no forma parte de sus formas culturales para transferir el conocimiento. No se respeta la diversidad cultural al no reconocerlas como parte de la cultura de la región (náhuatl), aunado a que pertenecen a grupos vulnerables. No se respeta la participación de las parteras como grupo cultural, no se fomenta y promueve el fortalecimiento de saberes tradicionales. La partería no se salvaguarda como un bien cultural. No se respeta a las parteras como personas que representan valores y prácticas socioculturales. |
| Derecho a la no discriminación | | | Las medidas legislativas que les afectan directamente para relacionarse con los Servicios de Salud no han sido consultadas con los grupos de parteras. |
| Derecho a que se respete la dignidad inherente a la persona. | Parteras tradicionales | Convención Interamericana de derechos Humanos; Art. I Convención Internacional Sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Art. Y5 inciso e. | Las medidas que se han implementado para incluirlas en el Sistema Nacional de Salud atentan contra sus costumbres y en algunos casos los procedimientos administrativos (como la solicitud del certificado de nacimiento) violentan a los derechos de las mujeres y los niños y niñas. No se cuenta con instancias específicas para que las parteras y las mujeres violentadas en sus derechos puedan iniciar un procedimiento legal y hacer efectivos los derechos humanos violentados. |
| Derecho a que se respete la integridad física, psíquica y moral. | Mujeres, niños y parteras tradicionales. | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Art. IV | |
| Derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona. | | NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 11.6, 11.7, 11.7.2 y 11.7.3.3. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará" Capítulo III Art. 7 Inciso A, Art. 8 | El programa de interculturalidad no considera el entorno económico, las condiciones sociales y culturales de las parteras y las mujeres que solicitan la atención. Al ubicar las localidades se identificó un alto número de hablantes de lengua náhuatl, y asentamientos de personas migrantes. No obstante, las unidades médicas de primer y segundo nivel no consideran la inclusión de técnicas tradicionales de atención a la salud materna e infantil o en todo caso lo que en la NOM 007 se menciona; la adecuación de servicios con pertinencia cultural. |

Fuente: Elaboración propia.

Para este capítulo, la metodología utilizada fue de tipo cualitativo dado que se estudian las percepciones emergentes de la experiencia de las parteras, lo que permitió entender y explicar la realidad de la partería en la dinámica de las relaciones sociales que mantiene con el Sistema local de Salud. De esta manera se identificaron a los actores sociales del área médica que desde su función social realizan prácticas que violentan los derechos de las parteras y de las mujeres gestantes. La descripción fue obtenida de las entrevistas en profundidad realizadas a las parteras y el cuestionario aplicado a profesionales de la salud y parteras, identificándose los siguiente:

- Los Servicios de Salud Local tratan de mantener control sobre el ejercicio de las

parteras.

- En las parteras se observa una subordinación ideológica ante el sistema, situación que ha perdurado a lo largo de los años de manera histórica justificándose con ello la diferenciación social, discriminación y estereotipos de segregación social para estas mujeres.

Lo citado se reafirma considerando los trabajos de Barbara Ehrenreich (1990) y Teresa Ortiz (2001) que ponen sobre la mesa el papel de control y regulación que ha jugado el modelo biomédico sobre otros modelos tradicionales indígenas de atención al embarazo, parto y puerperio. Autores como Torres-Laguna y Rubio-Domínguez (2005) señalan que el papel de las parteras se ha transformado principalmente por la implementación de programas de salud materna, planificación familiar y maternidad sin riesgos y evidencian que en la actualidad la práctica de la partería tradicional es influenciada por factores diversos, siendo uno de ellos el ejercicio del modelo médico hegemónico que trae consigo la medicalización de los cuerpos, penetrando en los sistemas locales de atención a la salud de manera importante.

Por otro lado, Freyermuth y Manca (2000), así como Brigitte Jordan (1978), son algunas autoras que han estudiado los modelos de capacitación que se han implementado a parteras y parteros tradicionales en distintos estados del país identificando en ellos las relaciones de poder que se gestan en los espacios de capacitación entre parteras y parteros tradicionales con el personal médico y de enfermería encargado de las acciones de seguimiento y capacitación. En esta misma línea de investigación el trabajo realizado por Gómez-García (2017) reafirma las relaciones de poder y la exclusión de las que son sujetas las parteras captadas por la Secretaría de Salud deben considerar tres ejes: medicalización, interculturalidad y exclusión.

CAPÍTULO V. ATENCIÓN INTEGRAL, OPORTUNA Y APROPIADA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO. UNA MIRADA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS.

5.1. Antecedentes de la investigación

En el año 2011 por medio del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur y el Comité Promotor por una Maternidad Segura de Oaxaca participé en un diagnóstico acerca de la calidad de la atención que los Servicios de Salud brindan a mujeres rurales durante el embarazo, parto y puerperio (EPP) en el primer nivel de atención, tomando en cuenta las vertientes de derechos, equidad social e interculturalidad y contemplando la accesibilidad, disponibilidad, universalidad, gratuidad y calidad de la atención en el EPP. Para implementar el proyecto se construyó un instrumento denominado “Índice de Calidad de la Salud Materna” de acuerdo con leyes, normas, lineamientos, manuales y recomendaciones nacionales e internacionales. La información se recopiló en una muestra representativa a nivel estatal con los responsables de 63 centros de salud (CS) rurales de primer nivel y 303 mujeres que habían recibido atención prenatal en los CS en los doce meses anteriores a la implementación del estudio.

Los resultados mostraron que la mayoría de los CS tienen una disponibilidad y accesibilidad limitada porque no brindan atención durante los turnos nocturnos y de fines de semana. La atención no es gratuita aún si las mujeres se encontraban afiliadas al Seguro Popular, dado que gastaban en exámenes de laboratorio y/o ultrasonido. Prácticamente en ninguno de los CS se realiza un abordaje intercultural. La atención en la etapa prenatal en general se realiza de acuerdo con las normas, no obstante, en la atención del trabajo de parto y parto se emplearon comúnmente maniobras innecesarias. La información obtenida por parte de las mujeres acerca de la atención hospitalaria en el parto indicó que la misma situación prevalece en el segundo nivel. La mayoría de los CS sí citan a control puerperal, pero las mujeres sólo acuden para el cuidado de sus bebés y no para ellas mismas. Existe desabasto de medicamentos e insumos necesarios para la atención del parto y las emergencias obstétricas (EO). La mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas con la atención recibida, lo cual evidencia su desconocimiento acerca de sus derechos como personas y como usuarias.

Con base en los estándares de calidad establecidos por el estudio, se concluyó que los CS investigados brindan una atención oportuna durante el embarazo, pero no así durante el parto o el puerperio; y en todos los casos necesitan reforzarse a nivel de infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos para poder dar una atención obstétrica oportuna y de calidad de acuerdo con el nivel normativo para este nivel.

En ese mismo año (2011) realicé una investigación en los Valles Centrales de Oaxaca, se trató de un estudio descriptivo realizado en el periodo comprendido de junio a octubre, para fines de la investigación se abordaron dos unidades públicas de salud que otorgan atención materna durante el embarazo, el parto y el puerperio. La primera Unidad Rural Concentrada (No. 1) atiende tres núcleos básicos y cuenta con cinco consultorios, todos ellos funcionando. La segunda Unidad Rural Concentrada (No. 2) atiende sólo dos núcleos básicos. Ambas se encuentran localizadas a los límites del municipio de Oaxaca de Juárez.

En las unidades médicas se aplicó el instrumento “Diagnóstico de salud materna en el primer nivel de atención” que fue retomado del instrumento denominado “Índice de Calidad de la Salud Materna”. En ambas unidades se entrevistó a personal administrativo para responder al apartado de preguntas y acompañamiento durante la aplicación de las guías de cotejo y observación. Posteriormente, se solicitó el censo de embarazadas de la unidad, para verificar su actualización e identificar a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación (más de tres consultas prenatales y que fueron atendidas durante el parto en la unidad durante el periodo de la investigación).

En el registro se identificaron 36 mujeres con las características mencionadas, de las cuales se localizaron solamente 27, a quienes se les aplicó el instrumento denominado “Cuestionario para mujeres que hayan estado en control prenatal”. La información se procesó en Excel y se analizó utilizando estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes). El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la “Ley General de Salud” en materia de investigación.

La investigación evaluó el control prenatal y la atención durante el parto y el puerperio. La etapa de trabajo de parto como tomo como indicadores: la deambulación, privacidad, poder tomar la posición más cómoda para poder parir, el trato brindado percibido, atención en caso

de urgencia, colocación de catéter venoso periférico al ingresarla a la unidad médica, consentimiento informado verbal durante el desarrollo de procedimientos específicos (tales como tactos vaginales, episiotomía y revisión de cavidad uterina), número de tactos vaginales realizados, administración de medicamentos, apego inmediato, corte retardado del cordón, episiotomías y revisión de cavidad uterina. Durante la etapa de puerperio se buscaron complicaciones asociadas a desgarres, toma de tamiz neonatal, asistencia a control puerperal y cuidados durante el puerperio.

Desde la percepción de las mujeres se encontraron: barreras físicas para tener acceso a la unidad, sobre todo durante las guardias nocturnas. Los vigilantes y el personal de enfermería eran los responsables de controlar los ingresos. Por otro lado, las mujeres consideraron que perdían mucho tiempo (más de tres horas) en el procedimiento para las referencias.

Por medio de las listas de cotejo se verificó que las salas de partos fueran funcionales y estuvieran equipadas con bultos de ropa para atención del parto e instrumental, no obstante, una limitación observada es que no hay área destinada a la deambulaci3n de la mujer gestante.

El 33% de las entrevistadas hablan alguna lengua indígena (mixteca, zapoteca y/o chatina). La unidad no contaba con traductor, el personal no tenía conocimiento de los lineamientos de interculturalidad y los administradores de las unidades médicas no consideraron cumplir con los lineamientos para certificaci3n de unidades culturalmente competentes.

Por otro lado, los resultados muestran la percepci3n de las mujeres atendidas en las unidades en estudio y la violaci3n específica a sus derechos humanos y reproductivos, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminaci3n, a la informaci3n, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva, lo que es resultado de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

5.2. La investigación actual. Un camino ya andado.

Para la nueva investigación el trabajo de campo se desarrolló en el Hospital General de Milpa Alta, unidad médica de segundo nivel de atención, que indica brindar servicios las 24 horas del día los 365 días del año; además de contar con una capacidad instalada de 17 consultorios, 50 camas censables y 34 no censables. En 2019 registró 15 mil 503 consultas externas, 12 mil 846 especializadas, 2 mil 196 odontológicas y 461 de salud mental. Brindó atención a 23 mil 865 urgencias, 22 mil 260 personas con estudios de laboratorio, 6 mil 923 con estudios de radiología, mil 431 con estudios de ultrasonido y 984 de tomografía axial computarizada. En ese mismo año, contabilizó 3 mil 005 egresos hospitalarios, de los cuales 82 correspondieron a personas residentes de otras entidades federativas.

En cuanto a la atención gineco obstétrica en el año 2019 se atendieron 417 nacimientos, de los cuales 302 fueron partos, 115 cesáreas. Los partos atendidos por día fueron 5 y las cesáreas por día fueron 2. La relación de nacimientos por cesárea fue de 27.6 por ciento, por tanto, considerando lo establecido por la Organización Mundial de la Salud la institución de salud se encuentra con un porcentaje por arriba del relacionado con la reducción de muertes maternas y neonatales (Betran, AP., 2015).

Su cobertura territorial comprende principalmente a los 12 poblados de la Delegación Milpa Alta, Xochimilco y Tláhuac, así como, los municipios del estado de México y Morelos que se encuentran al sur de la ciudad

El abordaje del tema en la unidad hospitalaria se realizó mediante un estudio retrospectivo y longitudinal, para la obtención de información se tomaron 110 expedientes de mujeres embarazadas atendidas por trabajo de parto eutócico durante el trimestre comprendido de septiembre a noviembre del año 2019.

Se obtuvo una muestra representativa la cual correspondió a 40 expedientes. Lo que se traduce en un margen de error del 12.42 % con un nivel de significancia estadística del 95%. Para realizar la revisión de expedientes se solicitó autorización por escrito al director de la unidad hospitalaria quien, a su vez, dio la instrucción a la responsable del archivo para que pudiera tener acceso a los expedientes.

La revisión se realizó tomando como marco de referencia la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y se realizó en completo apego al numeral 5.5 en el cual se especifica que “los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer”.

Se diseñó una lista de cotejo para la revisión de expedientes con base en la NOM citada y en apego a los numerales 5.8 al 5.11, referentes a notas médicas y reportes clínicos. Para la verificación e integración del expediente se tomaron como referencia los numerales del 6 al 9 y finalmente los numerales del 10.1 al 10.1.3 para los lineamientos relativos al consentimiento informado.

Sumado a lo anterior, se aplicó de manera aleatoria un instrumento a 5 profesionales médicos responsables de la atención de partos. El procedimiento consistió en visitar a los profesionales en la unidad durante el turno que tenían asignado, explicar la finalidad del estudio, solicitar su participación en el estudio mediante el consentimiento informado y finalmente, aplicación del instrumento el cual fue autoadministrado.

El instrumento fue de tipo estructurado con preguntas cerradas y respuestas de opción múltiple. Se integró en ocho apartados: datos de la unidad médica, datos de los informantes, información general de la unidad, accesibilidad a servicios de atención de partos, gratuidad en la atención, servicios de atención del parto y atención del puerperio. Es necesario especificar que el instrumento es una versión modificada del utilizado en el proyecto denominado “Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca”, del cual fui coautora.

Se utilizaron cuatro listas de cotejo (empleadas en el proyecto citado, las cuales fueron revisadas y modificadas) mediante las cuales se verificó: disponibilidad de información para las mujeres solicitantes de servicios de atención de parto, disponibilidad de información para personal de salud que atiende partos, infraestructura y equipo de atención del parto, medicamentos e insumos en la atención del parto y recursos humanos en la atención del parto y el puerperio.

El procesamiento de la información se realizó utilizando los programas de EXCEL y SPSS en sus últimas versiones.

5.3. El proceso de atención

Como se ha podido observar y considerando lo propuesto por Valentina Fajreldin (2006) el proceso de atención a la salud materna expresa una problemática que debe leerse dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que van desde lo global, nacional y local, y que se visualizan de manera fehaciente en las instituciones de salud, mediante la aplicación de procedimientos de atención establecidos en lineamientos nacionales, que a su vez se manifiestan en la ejecución de procesos administrativos y que finalmente tejen los tipos de relaciones humanas en el proceso de atención a la salud materna, moldeando con ello comportamientos de los profesionales de la salud y condicionando las experiencias colectivas de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.

Considerando lo citado, la macro y microeconomía, la ideología de los profesionales médicos y de las pacientes, entre otros aspectos, determinan dentro del proceso de atención dirigido al embarazo, parto y puerperio propiedades protectoras/benéficas o propiedades destructivas/deteriorantes. De tal modo que, si el proceso terapéutico se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes biopsicosociales de la mujer; mientras que cuando ese proceso se torna en un elemento destructivo, provoca privación o deterioro biológico, psicológico y social (Breilh, 2003).

En salud materna, el ejemplo principal de lo citado son las muertes. Al respecto, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) reportó en la semana 52 del 2019 un total de 690 fallecimientos, y en el 2020 en la semana 23 un total de 934. Mientras que, durante el 2021, específicamente en la semana 24 se reportaron 416 muertes maternas a nivel nacional.

Se puede comprender entonces, que el proceso de atención a la salud materna abarca diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y puede tornarse en este caso

destrutivo por las condiciones en que se desenvuelven las mujeres dentro del proceso de atención.

Considerando lo expuesto, el capítulo final muestra la importancia de conocer en el nivel micro, el proceso de atención del trabajo de parto eutócico como la representación de una práctica social en la cual se refleja la visión sobre la atención a la salud materna de parte de los servicios de salud en una zona conurbada de la Ciudad de México.

Es necesario explicar que las categorías utilizadas para revisar la atención del trabajo de parto eutócico como fenómeno de estudio se encuentran directamente vinculadas con las políticas públicas relativas a la atención materna, por tanto, el marco de referencia para el desarrollo del capítulo son: las recomendaciones “Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” (OMS, 2015), la norma accesoria conocida como la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en la cual se referencia a la atención que debe recibir la mujer durante las tres etapas obstétricas y la Guía Práctica Clínica (2019) “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”.

5.3.1. Las categorías: Atención integral, oportuna y apropiada en trabajo de parto

La atención a la salud materna con *enfoque integral* es aquella que contempla la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio sin importar sus creencias, valores, raza, nacionalidad o etnia (46).

Para que la atención de la salud materna se desarrolle bajo este enfoque, se requiere la participación de la familia durante el proceso terapéutico, así como de equipos inter y multidisciplinarios que realicen actividades preventivas, terapéuticas y educativas bajo una actitud de respeto y calidad en todo momento (S. Peiró, 2003).

46 Definición adaptada de la American Cancer Society (2021), además de sustentarse en lo propuesto en la Observación General 14 del CDESC y el Protocolo de San Salvador.

La finalidad del enfoque de atención integral en la salud materna será entonces mantener la integridad biopsicosocial de la mujer, previniendo complicaciones mediante un manejo estrecho desde la gestación hasta el puerperio.

La *oportunidad de la atención* se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto que busca optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna atención intrahospitalaria del parto con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad maternas y perinatales, contando con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados en complemento con un equipo de respuesta inmediata y especializado que es capaz de evaluar el riesgo reproductivo y obstétrico continuamente (Guía para la Atención del Parto Natural en Maternidades Centradas en la Familia, 2010).

Mientras que la *atención apropiada* es referida como la unión de cuidados empleando valores y principios que buscan respetar la integridad humana, cultural, racial, étnica y socioeconómica de la mujer gestante siendo atendida por profesionales especialistas en ginecología y obstetricia que cuenten con una actualización continua, empleando los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados para valorar el riesgo reproductivo y obstétrico, siempre conduciendo y supervisando la atención obstétrica desde la recepción hasta el egreso del binomio mujer-recién nacido (Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, 2018).

La revisión de las recomendaciones emitidas de parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”, la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” y la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (2019), permitieron identificar puntos de convergencia en intervenciones recomendadas las cuales sirven como puntos de referencia para hablar de atención oportuna y apropiada en la atención del parto (ver tabla 13).

Tabla 13. Atención oportuna y apropiada en el trabajo de parto.

| Oportunidad de la atención | Atención apropiada |
|--|---|
| Comunicación efectiva | Identificación de la mujer con su nombre completo |
| Realizar diagnóstico del embarazo por método de laboratorio o ultrasonográfico | Uso de lenguaje simple y no técnico |
| Intervención de especialistas acorde a la situación | Atención respetuosa de la maternidad |
| Disponer de la capacidad para detectar registrar, asignar y manejar el riesgo reproductivo | Plan de manejo en forma individual |
| Atención en situación de urgencia | Reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo |
| Auscultación de la frecuencia fetal ya sea Pinard, monitor Doppler y en caso de ser necesario uso del tococardiógrafo. | Los procedimientos requieren consentimiento informado |
| Evaluación del tono muscular del útero | Mantener su dignidad en todo momento |
| Pinzamiento tardío del cordón umbilical | Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor |
| Pinzamiento del cordón en caso de desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina, desgarro del cordón, paro cardíaco materno o asfixia fetal. | Favorecer la micción espontánea al momento de entrar a la sala de labor |
| Vigilar involución uterina | Contacto inmediato piel con piel del binomio |
| Informar acerca de los signos de alarma en caso de egreso a domicilio. | Apoyo psicológico en su evolución |
| Alta post natal después del parto vaginal 12 -24 hrs. | Educación acerca de lactancia materna |
| | Continuidad de la atención al menos 72 hrs. Posteriores al parto, de acuerdo con los |

Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. Caracterización de las mujeres.

Se realizó la revisión de 40 expedientes de mujeres atendidas por parto eutócico durante el período comprendido de septiembre a noviembre en el año 2019. De las cuales 20 eran casadas (60%), 12 solteras (36%), 8 unión libre (4%), tal y como se observa en el gráfico 1.

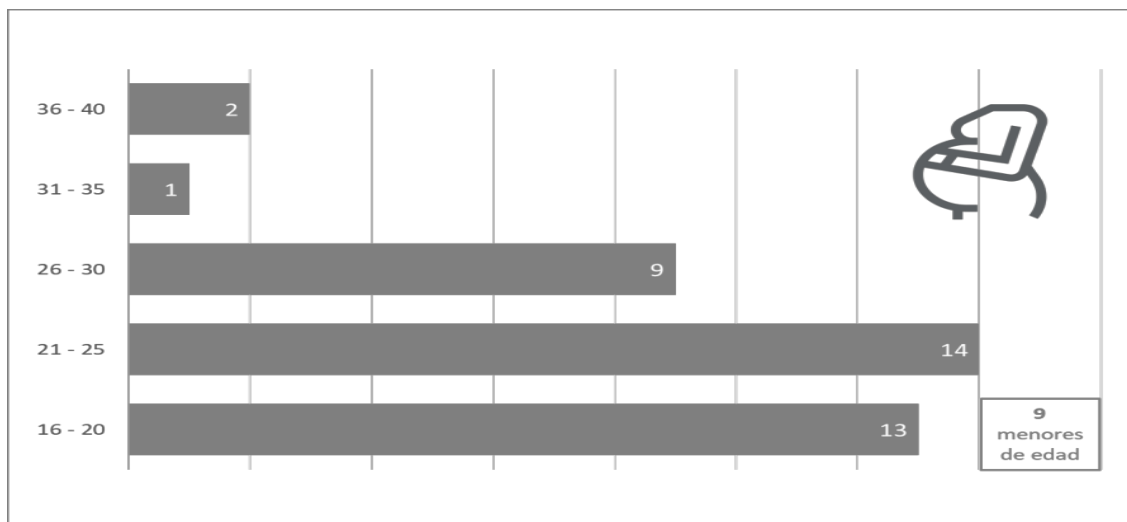
Gráfico 1. Estado civil de las mujeres solicitantes de la atención.



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

El número de consultas prenatales que recibieron las mujeres en promedio fue de 7, teniendo un máximo de 8 y un mínimo de 3, solo dos mujeres no refirieron control prenatal. La edad de las mujeres se clasificó por grupos, encontrándose 13 (33%) mujeres entre los 16 y los 20 años, 14 mujeres entre los 21 y los 25 años (35%), 9 mujeres entre los 26 y los 30 años (23%), 1 mujer entre los 31 y 35 años (5%) y 2 mujeres entre 36 y 40 años (5%), de las 40 mujeres 9 eran menores de edad tal y como se observa (ver gráfico 2).

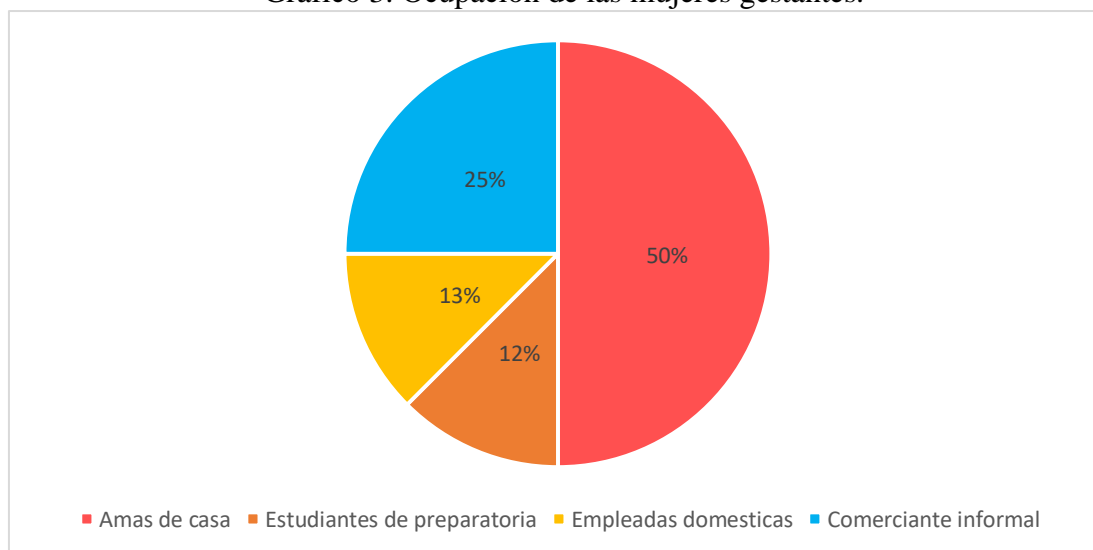
Gráfico 2. Edad de las mujeres gestantes.



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

De las 40 mujeres 20 eran amas de casa (50%), mientras que 5 eran estudiantes de preparatoria (12%), 5 eran empleadas domésticas (13%) y el resto se dedicaba al comercio informal 10 (25%). (ver gráfico 3)

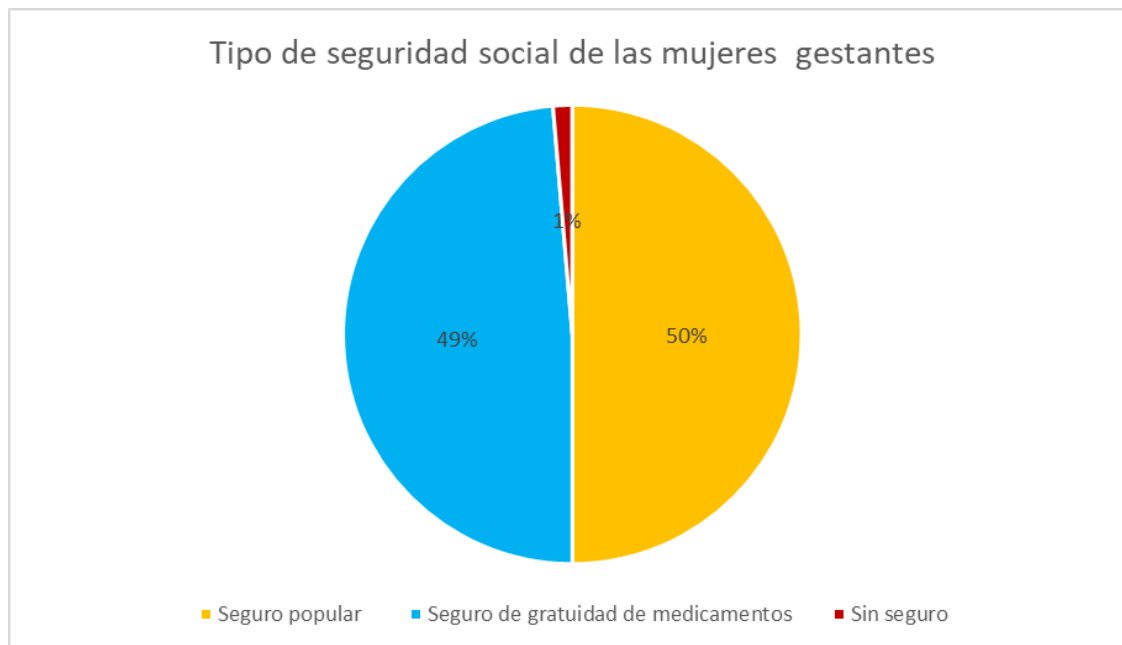
Gráfico 3. Ocupación de las mujeres gestantes.



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

En cuanto al tipo de seguridad social 37 mujeres contaban con el seguro popular (50%), 36 con el seguro de gratuidad de medicamentos (49%) y 1 de ellas no contaba con ningún seguro (1%) (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Tipo de seguridad social de las mujeres gestantes.



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

5.3.2.1. Resultados: el proceso de atención

5.3.2.1.1. La atención de la mujer en el área de admisión de urgencias.

La atención del parto contempla la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante el proceso, siendo prioritario facilitar el parto (SSA, 2016). De tal modo que el personal de las instituciones de salud debe ser consciente de las modificaciones de atención durante el embarazo y parto, ya que implica procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación (GPC, 2014).

Desde el ingreso a la unidad hospitalaria la atención debe ser flexible, dinámica y acorde a la respuesta anatómica y fisiológica de la mujer gestante. Este proceso inicia con la apertura del expediente clínico por parte del personal de trabajo social que a su vez es integrado poco a poco, durante el proceso de atención. El obstetra o personal calificado de salud ubicado en el área de triage obstétrico debe realizar la historia clínica y documentar el estado de salud del binomio madre-hijo, así como determinar y evaluar su diagnóstico y plan de manejo a seguir.

Al respecto, sobre la evaluación de los resultados, es pertinente mencionar que, en la unidad médica de análisis, una de las guardias nocturnas no contaba con ginecobstetra, en virtud de ello, el equipo médico tenía la indicación de referir a las pacientes a otras unidades de salud. Con base en lo anterior, podemos identificar un riesgo latente para las pacientes. Mismo que, además, transgrede lo estipulado en la NOM-007-SSA2-2016, poniendo en manifiesto que la unidad médica no cuenta con el personal médico especializado para garantizar la atención inmediata, correcta y especializada para atender cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, los 365 días del año.

El proceso de atención de las mujeres en la unidad hospitalaria se inició con la recepción de las pacientes en el área de trabajo social para la elaboración de un folio y generación del expediente; posteriormente fueron valoradas en el triage de enfermería obstétrico. En caso de presentar signos de emergencia obstétrica se notificaba al médico del área de triage obstétrico para su revaloración, fue entonces que se identificó e inició el manejo de signos de emergencia obstétrica. Las fases del trabajo de parto en que ingresaron las mujeres fueron: latente (7.5%), activa (82.5%), expulsiva (10%).

Fue el área de urgencias donde se colocó un catéter venoso periférico y se inició con la infusión de dextrosa al 5%. Este procedimiento se realizó en el 100% de las pacientes. Al respecto, resulta pertinente comentar que la solución fisiológica cloruro de sodio (NaCl) es la que produce menores efectos colaterales sobre el binomio madre – hijo a diferencia de la dextrosa al 5%, misma que como puede observarse se aplicó en su totalidad de los casos. La evidencia muestra que la administración de soluciones glucosadas puede producir

hiperglucemia materna y fetal, poniendo en riesgo la seguridad del binomio (Perdomo-Sucre 2007).

Ahora bien, previo al ingreso a hospitalización se solicitaron estudios de laboratorio complementarios a 32 mujeres (80%). Adjunto a los estudios de laboratorio se indicó a cuatro de las mujeres la prueba rápida para identificación de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), para su aplicación es necesario recordar que se requiere del consentimiento informado de la gestante. No obstante, en la unidad de salud, este tipo de pruebas se realizaron sin la autorización de las pacientes —carta de consentimiento informado—. Aunado a ello y a lo apremiante de la situación, tampoco se brindó ninguna clase de consejería u orientación sobre la prueba realizada (47).

De los 40 expedientes analizados, en 36 de ellos se identificaron datos incompletos en las órdenes médicas; el registro clínico de esquema terapéutico; las notas médicas de gineco-obstetricia y la hoja frontal para diagnóstico. La información ausente con frecuencia fue: edad de la paciente, CURP, peso, talla, servicio, número de expediente, fecha, número de cama, folios, dieta, hora de egreso y, finalmente, cédula y firma del profesional del médico.

Particularmente en la hoja de hospitalización, el apartado correspondiente a percepción indígena en 37 expedientes de 40, éste no fue registrado por el personal médico, mostrando las deficiencias del documento. En un expediente, además, la historia gineco obstétrica y el partograma no reportó el número de abortos que refirió la paciente en entrevista con trabajo social. En éste mismo no se encontró nota médica del parto.

En tres expedientes no se encontró la hoja de partograma, en 8 notas médicas la letra era poco legible, una de ellas presentó correcciones y se observó que aplicaron corrector de tinta, mientras que en otras cuatro; se observó ausencia de las notas médicas del parto.

47 La información fue tomada de los expedientes de la muestra, específicamente de las notas médicas de urgencias del turno nocturno en las cuales se solicitó la realización de prueba rápida de VIH. Mismos en que no fue posible reconocer consentimientos informados firmados por las pacientes para poder llevar a cabo la realización de las pruebas.

En cuanto al rubro de los consentimientos informados hubo dos expedientes en los cuales se solicitó a los familiares de las mujeres (una de ellas menor de edad), firmaran un consentimiento informado donde se solicita la autorización para realizar histerectomía total o parcial secundaria a hemorragia uterina en caso de ser necesario. Sí bien el procedimiento no se realizó, la descripción del procedimiento y la justificación no se redactaron de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

5.3.2.1.2. Atención de la mujer embarazada en el área de labor

Posterior al ingreso a la sala de urgencias la continuidad de la atención se otorgó en el área de labor. Ahí se vigilaban de manera constante los signos vitales de la madre en conjunto con el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, así como la evolución del trabajo de parto. Se valoraron contracciones, intensidad del dolor, frecuencia cardiaca fetal y dilatación del cuello uterino.

Al respecto es pertinente explicar que en cinco expedientes el llenado del formato de partograma no se encontró completo. Se omitieron datos obstétricos de la mujer, signos vitales, horas de estancia en labor y dilatación. En esa área la mujer se mantuvo en ayuno, sin acompañamiento, acostada en una camilla y con una vía venosa periférica de acceso.

5.3.2.1.3. Atención de la mujer embarazada en el área de expulsión

La posición para parir en treinta y ocho mujeres fue la de litotomía y según los registros dos mujeres parieron de forma vertical (no obstante, en ambos partos hubo desgarres y una hipotonía uterina).

En cinco de los expedientes no existió concordancia entre la nota médica y las notas de enfermería, sobre todo en un caso en el cual la enfermera describe la realización de la revisión manual de cavidad uterina (RMCU) y en la nota médica no se reportó. Otro caso, corresponde a un expediente donde la enfermera en la nota de la unidad toco quirúrgica describe como el

médico le indica realizar presión a la altura del fondo uterino durante un trabajo de parto prolongado con la finalidad de “ayudar” a que salga el bebé y en la nota médica del mismo servicio no se menciona (este caso se encuentra relacionado con el expediente clínico de un recién nacido con diagnóstico de trauma del nacimiento, según nota médica del servicio de pediatría).

En el expediente referido, no se reportó la valoración de Silverman realizada al recién nacido, mientras que en otro expediente en la hoja de atención del parto de una mujer a la cual se le practicó amniorexis, no se especifica la hora de nacimiento del bebé, el sexo del recién nacido y no se anotaron las calificaciones obtenidas al realizar la valoración de Apgar y Silverman.

Al realizar la revisión de expedientes y en algunos casos contrastar la información obtenida con la experiencia de las mujeres atendidas, se identificó que en la unidad médica se continúan realizando procedimientos no recomendados en la NOM-007-SSA2-2016; siendo el caso de la revisión de cavidad uterina (RCU) y la maniobra de Kristeller (ver tabla 14). Es necesario comentar que varias de las notas médicas donde se realizó el registro de la RCU, el procedimiento es justificado como una técnica profiláctica y no se especifica si fue de tipo instrumentado o no.

Tabla 14. Procedimientos realizados y no recomendados en el trabajo de parto

| Procedimiento | Frecuencia | Proporción |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Revisión manual de cavidad uterina | 37 | 92.5 % |
| Maniobra de Kristeller | 1 | 2.5 % |
| No se menciona procedimiento | 2 | 5 % |
| Total | 40 | 100% |

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

Es necesario mencionar que sólo una nota médica de atención del parto enuncia un consentimiento informado de tipo verbal para realizar la RCU. Otros procedimientos realizados, pero no recomendados fueron: tactos vaginales (se incluyen aquí por la frecuencia con la que fueron realizados), analgesia y anestesia. En cuanto a esto, la tabla 15 muestra que el número de tactos vaginales realizados en promedio fue de 4 (75%) y con un máximo de 9 (2.5%).

Tabla 15. Tactos realizados en el trabajo de parto

| No. de tactos | Frecuencia | Proporción |
|---------------|------------|-------------|
| 1 | 6 | 15 % |
| 4 | 30 | 75 % |
| 7 | 3 | 7.5 % |
| 9 | 1 | 2.5 % |
| Total | 40 | 100% |

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

La revisión de expedientes permitió identificar que durante la atención del trabajo de parto eutócico treinta y seis mujeres presentaron desgarres perineales, los cuales fueron clasificados como de primer, segundo y tercer grado (ver tabla 16).

Tabla 16. Desgarros reportados durante el trabajo de parto

| Procedimiento | Frecuencia | Proporción |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Reparación de desgarros 1er grado | 2 | 5 % |
| Reparación de desgarros 2do grado | 10 | 25 % |
| Reparación de desgarros 3er grado | 2 | 5 % |
| No especificados | 22 | 55 % |
| No referidos en el expediente | 4 | 10 % |
| Total | 40 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

Se identificaron también, otros procedimientos tales como: episiorrafias 36 (90%), orleaje de cérvix 1(2.5%), amniorrexis 3 (7.5%), colocación de sonda vesical 1 (2.5%), masaje uterino 7 (17.5%) y colocación de un tapón vaginal de tres gasas 1 (2.5%).

Los medicamentos más utilizados durante el proceso de atención del parto eutócico fueron los siguientes: ergonovina®, ketorolaco®, carbetocina®, ceftriaxona®, cefotaxima®, paracetamol®, butilhioscina®, diclofenaco® y dexametasona® (ver tabla no. 17).

Tabla 17. Medicamentos más utilizados en la atención del trabajo de parto.

| Medicamento | Indicación | Frecuencia | Proporción |
|---------------|-----------------------|------------|------------|
| Ergonovina | 0.2 mg IM dosis única | 6 | 15 % |
| Ketorolaco | 30 mg. IV cada 8 hrs. | 40 | 100 % |
| Carbetocina | 100 mg DU | 5 | 12.5 % |
| Ceftriaxona | 1 gr. Cada 12 hrs. | 32 | 80 % |
| Cefotaxima | IV cada 8 hrs. | 1 | 2.5 % |
| Paracetamol | 1 gr. Cada 8 hrs. | 2 | 5 % |
| Butilhioscina | 1 ampula IV DU | 1 | 2.5 % |
| Diclofenaco | 75 mg IV cada 12 hrs. | 1 | 2.5 % |
| Dexametasona | 8 mg. IV cada 8 hrs. | 1 | 2.5 % |

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra de expedientes del Hospital General de Milpa Alta.

5.3.2.1.4. Atención al recién nacido

En cuanto a los procedimientos necesarios para brindar atención al recién nacido (RN), se encontró que la valoración de Apgar se reportó en treinta y nueve expedientes, mientras que la valoración de Silverman modificada se registró en treinta y ocho expedientes. En un expediente no se especifica la hora de nacimiento (solo se dejaron espacios), el sexo del recién nacido y no se anotaron los valores obtenidos al realizar la valoración de Apgar y Silverman (se dejaron los espacios vacíos).

En dos expedientes se reportó la valoración de Capurro y en cuanto el corte del cordón umbilical y apego inmediato del RN con su madre, se puede comentar que con relación al primero no se especificó en treinta y ocho expedientes que tiempo tras el parto se realizó el

pinzamiento y corte. Sólo en dos de los expedientes se especifica que fue después de un minuto. En cuanto al segundo procedimiento, se registró el apego inmediato en 32 expedientes, seguido al apego se entrega el RN al pediatra para que se brinden los cuidados inmediatos. En este rubro faltaría verificar que tiempo después se entregó el RN al pediatra con la finalidad de constatar los 30 minutos que indica lo establecido por la Organización Mundial de la Salud para partos eutócicos de bajo riesgo.

Se registraron otros dos procedimientos importantes realizados a RN, en un parto el médico procedió a realizar maniobras de reanimación de manera intrauterina y en otro caso se procedió al lavado gástrico debido a que el RN aspiró meconio durante el trabajo de parto.

5.3.2.1.4. Atención del puerperio

La revisión del puerperio en la unidad médica de segundo nivel no se implementó, debido a que, todas las mujeres son referidas a las unidades de primer nivel. Sólo se estableció cita abierta a urgencias para aquellas que presentaron alguna complicación.

Las horas de estancia hospitalaria con que contaron las mujeres posteriores al parto son de 12 hrs. (38 expedientes). Sin embargo, dos de las mujeres debido a complicaciones presentadas durante el parto, tuvieron una estancia hospitalaria de 24 hrs.

Con base a un programa que se implementó en la unidad médica, el método de planificación familiar que se promociona como de primera elección es el implante subdérmico, de tal modo que treinta y cinco mujeres aceptaron que se les colocara, dos mujeres no aceptaron ningún método de control y en tres se registró que utilizarían el preservativo. De las treinta y cinco mujeres que aceptaron el implante se encontró el consentimiento informado.

En cuanto a las indicaciones médicas relacionadas con el alta de las mujeres, las registradas fueron: dieta normal, baño y deambulación, acudir a urgencias en caso de fiebre o sangrado, sin embargo, la abstinencia sexual en los 40 posteriores al parto sólo fue registrado en 5 expedientes.

5.3.2.1.5. Capacitación del personal (48)

Observando que la unidad “atiende partos los 365 días del año en los tres turnos”, se investigó sobre los cursos y certificaciones con los que cuenta el personal de la unidad médica. Al respecto se documentó que:

La plantilla de personal de enfermería es de doscientos cinco profesionales de la salud, veintiséis con nivel de licenciatura, treinta y uno con postécnico, ciento siete técnicos en enfermería y treinta y un licenciados en enfermería y obstetricia. El perfil de las enfermeras(os) que se ubican en triage obstétrico es de licenciatura.

La plantilla de médicos es de ochenta y ocho distribuidos en los turnos, de los cuales en el área de triage obstétrico se ubican cuatro médicos generales y un médico familiar. Los ginecólogos u obstetras se encuentran tres en el turno matutino, uno en el turno vespertino y tres en el turno nocturno. De los cuales cuatro médicos cuentan con certificación en Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (ALSO por sus siglas en inglés), dos con certificación en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS por sus siglas en inglés), de los demás no tienen registrados los cursos a los que asistieron.

El hospital es campo clínico y de servicio social, por tanto, en ese momento se contaba con cuatro pasantes de medicina y veinte residentes de las especialidades de gineco obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía, urgencias y anestesiología, dos técnicos en inhaloterapia, dos especialistas en imagenología y ocho técnicos, cinco licenciados en el área de laboratorio (no especifico perfiles), once técnicos laboratoristas, tres técnicos en nutrición, un licenciado en nutrición, un psicólogo y catorce trabajadoras sociales.

En general todos los médicos, enfermeras (os) y pasantes asisten a las sesiones que organiza la jefatura de enseñanza del hospital, diariamente asisten cuarenta y cinco personas y van rotando a lo largo de la semana. En cuanto a cursos sobre Derechos Humanos y Género setenta y un profesionales de la salud que laboran en la unidad tomaron esa capacitación y

48 Información obtenida de la entrevista realizada al jefe de calidad del Hospital el 15 de enero del 2019.

dos sobre la Ley contra la violencia de Género, estos cursos son ofertados por medio del aula virtual.

5.3.2.1.6. Infraestructura y equipo

Respecto a la infraestructura, solicité al área de calidad que me permitiera ver los planos de construcción de la unidad médica, situación que no pudo consolidarse, ya que recibí el argumento: “...como está en remodelación el hospital no se quien los tiene...”

Sin embargo, lo que sí pudo observarse es que efectivamente existía un área en remodelación la cual llevaba más de año y medio sin poder concluirse (49), las áreas en remodelación eran precisamente pediatría y sala de expulsión, de las cuales no se presentan fotos porque no me permitieron tomar gráficos. Ante la situación mencionada y por cuestiones de desarrollo de la investigación me centraré en las áreas relacionadas con la atención del parto y el recién nacido.

Iniciaré explicando que la mujer que se presenta a la unidad hospitalaria en trabajo de parto se le ingresa por el área de urgencias, primero pasa a trabajo social donde la persona responsable inicia con el interrogatorio sobre datos socioeconómicos y familiares, información que se registra en el expediente electrónico. Se verifica la presencia de un responsable o acompañante y se refiere al área de triage obstétrico, en esa área una enfermera (o) recibe a la mujer valora signos vitales, toma datos de somatometría y realiza la referencia al área médica (previo registro de la información en el expediente electrónico), el médico responsable del área de triage, continua con el interrogatorio clínico y es donde valora la etapa de trabajo de parto en que se encuentra la mujer, si la mujer se encuentra en fase latente no se ingresa (se regresa a su casa), si se encuentra en fase activa se ingresa.

En la unidad hospitalaria es el profesional de enfermería en turno, ubicado en el área de triage quien recibe y valora inicialmente a la mujer en trabajo de parto, le da una bata, asigna una

49 Según varios informantes clave: enseñanza, ginecólogos, jefa de archivo, entre otros. El motivo de no concluirse la remodelación es que no había recursos, se había recibido un apoyo económico de parte del alcalde, pero luego vino un recorte de presupuesto y hasta febrero del 2019 que me retire del trabajo campo continuaba igual.

camilla, solicita al familiar que se retire y coloca un catéter venoso periférico. Al ingresar a la mujer embarazada, se realiza latoma de muestras de laboratorio y en cuanto hay cama se hace la referencia a la unidad de toco cirugía.

Se pudo verificar que, para brindar atención a la mujer el personal de enfermería cuenta con un esterilizador funcionando, pero en cuanto a insumos básicos sólo cuentan con un termómetro que comparten con la sala de urgencias: la enfermera del turno no sabía si el termómetro era del hospital o de su compañera. Cuentan con un esfigmomanómetro disponible y en buen estado, el estetoscopio auricular lo comparten con urgencias adulto, el área de triage como tal no tiene uno, cuentan con una báscula con estadiómetro, dos sillas, un escritorio con cajones y una computadora. En caso de requerir material y equipo para ingresar a las mujeres a la unidad médica, el personal de enfermería debe solicitarlo en el área de urgencias adulto.

Por medio de las entrevistas se verificó que solo se atienden partos de urgencia y que el servicio se brinda las 24 hrs., los 365 días del año y que la unidad médica cuenta con servicio de banco de sangre en caso de requerirse. Las mujeres que llegan a solicitar atención obstétrica pueden ingresar “sin ningún problema a la unidad médica”. Sin embargo, en la entrada del hospital se tiene un portón que permanece cerrado y es abierto por un policía, el cual solicita a las personas que acuden a consulta mostrar su carnet de citas o algún documento que evidencie a que van al hospital. De tal modo que el policía es quien decide el ingreso al establecimiento de salud.

En cuanto al servicio de traslado de mujeres en caso de urgencia, la ambulancia no siempre tiene gasolina, pero en un caso de una urgencia que necesita traslado de ser necesario se llama a un helicóptero al cual se denomina “Cóndor” (50). En otro de los casos la ambulancia de protección civil también ha apoyado con los traslados. Respecto a la gratuidad de la atención, las mujeres en su mayoría llegaron afiliadas al Seguro Popular o en su caso el área de trabajo social buscó afiliarlas al Programa de Gratuidad. En general las mujeres recibieron atención

50 Se utiliza para referirse a la unidad área de emergencias de la Secretaría de Seguridad Pública.

gratuita siempre y cuando contaran con afiliación al Seguro Popular. En caso de no ser así, el área de trabajo social realizó el cálculo del pago. Los servicios de atención a la salud materna tales como: estudios de laboratorio y ultrasonido son realizados en la institución, no obstante; en caso de requerir ultrasonido se realiza en la unidad médica, pero solo en las mañanas y estos los realizan los ginecobstetras.

Los médicos explicaron que no han recibido mujeres hablantes de lengua originaria, que durante la consulta se permite que entre un familiar con la mujer y que en caso de no tener acompañante se solicita a una enfermera que esté presente durante la consulta y valoración, también expresaron que en ocasiones son las mujeres quienes no desean que su esposo o familiar esté presente durante la consulta, en esos casos no permite que nadie pase.

Los médicos y médicas entrevistados refirieron no haber sabido de casos de urgencias obstétricas relacionadas con las parteras, en este rubro una de las entrevistadas explicó que: “no sabe de la existencia de material en alguna lengua originaria en la unidad médica y también refiere que no cuentan con traductor de náhuatl en el hospital”.

En cuanto a la disponibilidad de información y formatos para el personal de salud, los formatos con los pasos a seguir para atención de hemorragia/preclampsia/eclampsia no se encuentran a la vista, los flujogramas con los pasos a seguir para atención de infección puerperal se encuentran en el área de gineco obstetricia, lo mismo que los formatos para atención de aborto.

Respecto a documentos normativos para la atención del parto y emergencias obstétricas no cuentan con la NOM-007-SSA2-2016, cuentan con la del 2013, la cual no se encuentra disponible en el área de triage obstétrico porque la tiene bajo resguardo la jefa de servicio de urgencias. La guía de referencia rápida para hemorragia obstétrica, así como la guía de práctica clínica de triage, las tiene el médico de triage obstétrico en versión electrónica.

No cuentan con flujogramas con los pasos a seguir en hemorragia/preclampsia/eclampsia debido a que tienen prohibido pegar posters en las paredes. Cuentan con formatos disponibles de partograma, pero los formatos de consentimiento informado para prueba rápida de VIH

no están disponibles porque se encuentran bajo el resguardo del área de epidemiología, donde tampoco cuentan con la guía para aplicación de pruebas rápidas.

En lo relativo a medicamentos e insumos en el área de urgencias, la caja rosa se encuentra incompleta. Es decir, no cuenta con fitomenadiona inyectable de 2 mg., de la caja guinda no se encuentra disponible el Diazepam solución inyectable 10 mg debido a que se encuentra bajo resguardo en la jefatura de urgencias y tampoco se cuenta con tiras reactivas para diagnósticos de tres parámetros (URS-3) sangre, glucosa y albumina. Dentro de otros medicamentos e insumos faltantes se identificó la falta de antihipertensivos, tales como labetalol, alfametildopa, captopril y enalapril.

Respecto a disponibilidad de información y formatos para las usuarias, no se cuenta con catálogo de servicios, ni directorio, horarios de atención a la vista de los usuarios, como no se considera a la población indígena, no hay información en la lengua local que es el náhuatl, el cartel de derechos de los pacientes se ubica en el área de colposcopia y psicología.

Sobre el área para atención de partos, las áreas de labor, expulsión y recuperación, éstas se encontraban juntas. No había separación entre ellas, el área destinada a expulsión contaba con mesa con pierneras, banco y lampara de chicote en buen estado. En este sentido, el área destinada para atención de partos no tenía privacidad, en virtud de estar en un espacio muy reducido. A su vez, no hay área para deambulación de la gestante durante el trabajo de parto y en cuanto a la ropa para atención de partos, es desechable, la enfermera de CEyE explicaba que *“no siempre los bultos traen lo necesario”*, la enfermera entrevistada consideró que los bultos no siempre están completos.

En el área de labor se cuenta con el instrumental básico para la atención del RN, el bulto contiene 1 porta agujas, 1 pinza de disección, 1 tijera recta. El amniotómo, onfalotómo, perilla de caucho y ligaduras de cordón umbilical se ubican en el área de labor, no cuentan con estetoscopio de Pinard. En la unidad de toco cirugía, la mujer se mantiene en vigilancia por el residente y ginecólogo (a) u obstetra de turno, cuando la mujer presenta borramiento total se procede a pasarla a la sala de expulsión (que se encuentra junto, no están divididas

por la remodelación). En cuanto se concluye el trabajo de parto la mujer es referida al área de recuperación posparto y de ahí al área de hospitalización de ginecología.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mortalidad y la morbilidad materna son problemas de salud que, con esta investigación procuraron dejar de considerarse como resultantes de la evolución fisiopatológica del embarazo, parto y puerperio. En este sentido, es que no se justifica el enfoque de riesgo como medio para la implementación de prácticas disciplinarias para el control, no sólo del cuerpo de las mujeres sino también sobre las relaciones sociales que deben entablar durante el proceso salud/enfermedad/atención, así como la toma de decisiones que deben tener como sustento la aceptación de las acciones propuestas, las cuales han sido planteadas desde una postura de protección hacia las mujeres. En cambio, la explícita intención expuesta en la introducción de esta tesis ha sido contemplar a estos fenómenos como consecuencias de la interacción de múltiples determinaciones sociales. Por lo anterior, en este sexto y último capítulo se presentan, a manera de discusión algunas consideraciones sobre los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación. Además, se exponen ideas finales que operan como conclusiones en tres grandes planteamientos.

6.1. DISCUSIÓN

Las consideraciones para discutir, con base en los postulados expuestos a lo largo del trabajo de investigación se resumen en este último capítulo.

Primero, como ya se presentó en secciones anteriores, la atención del parto y el puerperio mediato se otorgaron en la unidad de segundo nivel. Al respecto, puede asegurarse que, con base en la NOM 004-SSA3-2012 (Secretaría de Salud, 2012) el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización y ejercicio del derecho a la protección de la salud, ya que en éste se trata el conjunto único de información y datos personales de las mujeres atendidas, además de contener y hacer constar los diferentes momentos del proceso de la atención médica recibida, incluyendo entre ellas, las intervenciones realizadas por el personal de salud y el estado de salud de las mujeres.

Con relación a lo anterior, es importante informar que los expedientes clínicos revisados contravienen lo establecido en la NOM 004-SSA3-2012, en virtud de que varias de las notas

médicas y reportes, no contenían nombre completo de la paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. Además, las notas en el expediente clínico en diversas ocasiones carecían de fecha, hora y nombre completo de quien estaba encargado de elaborarlo, así como de la firma autógrafa. Aunado a ello, es importante señalar que varias de las notas médicas fueron redactadas con letra poco legible y en una de estas se encontraron enmendaduras y tachaduras, situaciones que complicaban la lectura e interpretación de estas. Finalmente, sobre este primer punto, cabe recalcar que, dentro de las omisiones más relevantes por parte del personal médico, se encontró que en la integración del expediente existió tolerancia a la falta de documentos, tales como; historia gineco obstétrica, nota médica de parto y ausencia de partograma.

Segundo, retomando la relevancia de la NOM 004-SSA3-2012 es importante destacar que, en el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que las autoridades sanitarias garanticen la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados (FLASOG, 2012).

Al respecto, en el caso de estudio, fue posible percatarse que los consentimientos informados para la realización de actos ginecológicos u obstétricos expresaban el nombre del procedimiento, pero no lo describían claramente generando confusión o sumando al desconocimiento de las pacientes y familiares sobre el proceso. Además, entre los fundamentos, no se señalaban los riesgos y beneficios esperados del acto médico que se está autorizando. Es sabido que durante una urgencia derivada del acto autorizado el profesional de la salud puede recurrir al *principio de libertad prescriptiva* en tanto principio ético y científico de orientación y discrecionalidad; no obstante, ningún procedimiento está exento de incidentes en su realización. Por ello se debe proporcionar la información suficiente y clara a la paciente y familiares para que se incluya la autorización para las medidas que se requieran pertinentes.

Siguiendo los preceptos expuestos, el consentimiento informado debe llevar el nombre

completo y la firma de la paciente, en caso de que su estado de salud lo permita. Si en cambio, la imposibilita y no le permite firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente al momento del procedimiento, del tutor o del representante legal.

En esta investigación, este tipo de situación “especial” se presentó en adolescentes embarazadas que ingresaron a la unidad médica, mismas que no se encontraban en situación legal para tomar decisiones. Siendo sus tutores quienes decidieron y firmaron a su nombre. Se suscitaron dos casos particularmente complejos, el primero, de una mujer de 17 años que no pudo firmar consentimiento informado para histerectomía total o parcial en caso de que se presentará una hemorragia obstétrica, por ser menor de 18 años; el consentimiento informado lo firmó su tutor.

El segundo caso fue el de otra menor de 17 años a la cual le realizaron la maniobra de Kristeller y de quien, el recién nacido fue diagnosticado con “trauma del nacimiento”. Cabe señalarse que, en la nota médica del parto no se encontró descripción del procedimiento y en el consentimiento informado que firmó su tutora al ingreso, no se especificó la realización de episiotomía o maniobra alguna relacionada al trabajo de parto. El recién nacido, hijo de la joven, sufrió algún tipo de traumatismo al nacimiento, presentó parálisis facial y un hematoma craneal, situación que no fue notificada a la madre por ser menor de edad, pero tampoco se notificó a la tutora que era la tía de la joven.

En esta situación el Código Civil Federal establece en el artículo 646 que la mayoría de edad comienza a los dieciocho años cumplidos. A su vez, el artículo 647 señala que el mayor de edad dispone libremente de su persona y de sus bienes. Para este caso la médica y el personal de salud de la unidad hospitalaria no consideraron que la joven de 17 años tuviera la madurez para tomar decisiones frente a los daños y perjuicios que había sufrido su hijo.

En este sentido, los profesionales de la salud que conocían de fondo la situación del recién nacido aplicaron lo descrito en los artículos expuestos, argumentando que la edad limitaba la capacidad de disposición de la menor de edad para tomar decisiones y ocultar con ello, la

situación clínica del recién nacido. La muestra está en la nota médica, en la cual no se especificó la hora de nacimiento del bebé, el género y las calificaciones obtenidas al realizar la valoración de Apgar y Silverman transgrediendo con ello lo estipulado en la NOM 007-SSA2-2016.

Se identificó otra situación; la omisión del consentimiento informado, para la realización de la prueba rápida de VIH. Al respecto, la normatividad establece que todas las personas que se realicen una prueba rápida para la detección de la infección por VIH deben recibir consejería previa a la realización a la misma para evaluar el riesgo de exposición. Sin embargo, en los casos en que se realizó la prueba en ninguna nota médica se especificó tal intervención y tampoco se encontró justificación fundamentada en la evaluación de los riesgos de exposición al VIH para la aplicación de la prueba. Es decir, no existió el acompañamiento adecuado.

Al respecto, se debe comentar que esta situación se presentó durante el turno nocturno. Dando la impresión de que más que estar fundamentada la prueba en la protección de la salud de las mujeres; en realidad se realizó como requisito para el acceso a bienes y servicios. En este sentido, se reitera que sustentándose en la Declaración Universal de los Derechos de las Personas con VIH (51) y la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (52) se transgrede un requisito ético indispensable para realizar la prueba rápida de detección de anticuerpos del VIH (53) y con ello se violenta el derecho a la información⁵⁴. Por tanto,

⁵¹ El apartado 7 indica que “la prueba para conocer la condición, o no, de infectado por el VIH, así como cualquier tipo de examen médico, son voluntarios y no pueden realizarse sin el consentimiento de la persona afectada”

⁵² Inciso 5, referente a las medidas de prevención del VIH y promoción de la salud. El cual especifica que las acciones de prevención con relación al VIH/SIDA, así como las de promoción de la salud deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas e inciso 6.3.1.1 el cual especifica que en el caso de las pruebas rápidas debe hacerse con pre y post consejería y se deberá llevar a cabo conforme a los criterios y lineamientos del Manual para Pruebas Rápidas del CENSIDA, disponible en www.censida.salud.gob.mx.

⁵³ Manual para Pruebas Rápidas del CENSIDA. Disponible en www.censida.salud.gob.mx.

⁵⁴ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Numeral XVIII. En el cual se especifica que sólo se podrá restringir el acceso a la información, salvo en aquellos supuestos que sean establecidos por las leyes

ambas situaciones representan acciones de discriminación hacia las mujeres al solicitar atención obstétrica.

Tercero, sobre la atención del trabajo de parto de bajo riesgo, el tratamiento calificado de éste debe garantizar que el procedimiento sea realizado por personas que poseen conocimientos, aptitudes, equipo y tecnología necesaria para realizarlo de forma limpia y segura, teniendo además los medios para referir a las mujeres de manera oportuna en caso de presentarse una complicación obstétrica.

En este sentido, los cuidados obstétricos deben ser una estrategia de atención y organización de los servicios de salud para la atención de las complicaciones en la misma área, con la finalidad de contribuir a disminuir la mortalidad materna y perinatal. Al respecto, las entrevistas realizadas a los profesionales médicos y la revisión de expedientes clínicos dan cuenta de una unidad médica que no brinda atención de urgencias obstétricas las 24 horas del día los 365 días del año, tal y como lo indica la NOM-007-SSA2-2016.

Por otro lado, no se puede perder de vista que las intervenciones dirigidas a las gestantes deben tener como eje central vigilar la salud materna y fetal, así como evaluar la evolución del trabajo de parto, con la finalidad de llevarlo a buen término. Para tal fin, el manejo clínico sustentado en la valoración del interrogatorio y examen físico (incluyendo examen obstétrico y examen ginecológico) llevaran a determinar los objetivos de la atención obstétrica.

Partiendo de lo anterior y vinculándolo con la salud materna se debe comentar que en el artículo 4 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se especifican los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas

nacionales e instrumentos jurídicos internacionales aplicables, numeral XXXIII donde se advierte sobre implementar o ejecutar políticas públicas, programas u otras acciones de gobierno que tengan un impacto desventajoso en los derechos de las personas, y Fracción adicionada, y numeral XXXIV donde se explica que en general cualquier otro acto u omisión discriminatorio en términos del artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf

federales (igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; respeto a la dignidad humana de las mujeres; no discriminación y la libertad de las mujeres).

El artículo 5 inciso 4 define conceptualmente que violencia contra las Mujeres es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público; en el mismo artículo, pero en el inciso 8 se define que los Derechos Humanos de las Mujeres son aquellos derechos inalienables, integrantes e indivisibles de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia. En este sentido, el reconocimiento de las mujeres como personas, desde un punto de vista jurídico formal, funciona como un término ideal de referencia para todos los actos que constituyen los contenidos de esos deberes jurídicos y derechos subjetivos a los que toda mujer debe tener acceso. Desde esta perspectiva la mujer (persona-sujeto de derechos), se vincula jurídicamente con la dignidad, la vida y la integridad física (Aguilar, 2009).

Sobre la vida de las mujeres, es fundamental, no sólo referirse a la vida “biológica” en el sentido más material y hasta simple, sino al sentido que se le confiere en tanto persona. Es decir, el concepto de vida debe abordarse desde una perspectiva biográfica, de manera que en el contexto hospitalario nos interesan aquellas lesiones que infringidas a las mujeres revisten su vida transformándola mucho más allá de en la experiencia hospitalaria.

Al remitirnos a las lesiones que sufren las mujeres, nos referirnos a aquellos procedimientos y actitudes que causan daño y afectan su integridad. Situaciones que pueden dimensionarse, en pérdida de la vida de estas durante la atención del parto o en su caso a la limitación que pueda sufrir una mujer para poder satisfacer determinadas necesidades, sean de naturaleza biológica o social. En este sentido, referiremos la identificación de procedimientos tales como la revisión de cavidad uterina (RCU), maniobra de Kristeller y episiorrafias, con presencia de desgarres en 36 de las 40 mujeres que recibieron atención del parto. Al respecto

se pone a consideración que la RCU es un procedimiento no recomendado tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), la NOM-007-SSA2-2016 y la Guía de Práctica clínica de Atención del Parto de Bajo Riesgo.

Cuarto, en cuanto al proceso de atención se identificó que, en la unidad médica analizada, se realizan procedimientos no recomendados en la NOM-007-SSA2-2016, específicamente, los dos casos de la revisión de cavidad uterina (RCU) y la maniobra de Kristeller. Sobre su uso, la primera técnica es justificada como una técnica profiláctica y por la frecuencia con que se realizó, podríamos afirmar que parece ser una práctica rutinaria. En cuanto a la indicación de la segunda, en las notas médicas no se encontró justificación alguna para realizarla y tampoco se detectó respecto a las episiorrafias, por lo que su empleo sigue siendo cuestionable.

Con relación a la RCU es pertinente comentar que debe practicarse bajo indicaciones precisas, en virtud de no incidir en la disminución de la morbilidad durante el puerperio cuando se hace de rutina (Sachse y Calvo, 2013:35). Por otro lado, esta práctica médica debe realizarse siempre bajo anestesia y/o analgesia y tomando las medidas de asepsia y antisepsia necesarias en virtud de relacionarse con endometritis (IMSS) y hemorragia posparto (Camacho-Villareal y Pérez-López, 2013: 21-26). La revisión de notas médicas dejó en duda el tipo de procedimiento realizado, ya sea, que se haya tratado de exploraciones manuales o instrumentadas de la cavidad uterina; que en varias de las notas solo se hizo referencia a “revisión de cavidad uterina”. En cualquiera de los casos, es necesario que la nota médica incluya las indicaciones específicas para la realización del procedimiento y describa claramente lo realizado.

Corresponde abordar ahora, la realización de la maniobra de Kristeller, que si bien, solo se describió en un expediente; el daño generado violenta el derecho a la vida en la mujer y el recién nacido, así como el derecho a la integridad física tanto de la madre como de su hijo. Ambos derechos se proclaman como dos derechos fundamentales en el Código penal de los Estados Unidos Mexicanos, Título I, capítulo I, artículo 29 párrafo 2º, Art. 6 párrafo 2º. Otra condición adversa identificada son los desgarros perineales reportados en la mayoría de las mujeres atendidas en la unidad. Procedimiento considerado como un factor determinante para las hemorragias posparto por desgarre del suelo pélvico teniendo como secuela

incontinencia anal y dificultad al contacto sexual (Vasconcellos et al., 2018). El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal (Benítez y Verdecia, 2017) con repercusión variable sobre la continencia fecal (Folch et al., 2009).

Los desgarros especificados en los expedientes clínicos fueron en su mayoría *tipo 2* y *3*, teniendo un alto número de ellos sin especificar. Como marco de referencia se ha considerado que el *desgarro tipo 2* se refiere a lesión de mucosas y músculos del periné que requieren suturas y que el *tipo 3* se refieren a aquellas lesiones de grado 2 con lesión de esfínter anal⁹⁷. En este sentido, se observa que hubo presencia de complicaciones en el posparto inmediato, se reportaron 8 atonías uterinas y 7 masajes uterinos, situaciones que refieren presencia de hemorragia en el postparto inmediato (Crespo y Mendieta, 2019: 5-9).

Quinto, desde una visión cualitativa orientada por las ciencias sociales y la perspectiva analítica de género, siguiendo a Nancy Fraser y como se intentó demostrar en este proyecto, se afirma que, la justicia social a través de la representación del feminismo y su intersección con los movimientos y luchas sociales que visibilizan las desigualdades que se entrecruzan, son fundamentales en materia de salud materna y reproductiva para todas las mujeres. Tal como señala Fraser, cuya propuesta desde el feminismo roza siempre con la conciliación y la reconciliación para ampliar las posibilidades de los sujetos, o en este caso sujetas que ocupan una posición de desigualdad social, funciona para reforzar la orientación de esta investigación hacia la defensa de la justicia social.

En este sentido, la propuesta bidimensional o *dualismo perspectivista* de Fraser: redistribución, “destinadas a paliar los efectos de la desigualdad económica y por tanto se centrarían en medidas de ayuda social para los grupos más desfavorecidos” (Butler, 2016: 11-12) y reconocimiento, “contribuyen a fortalecer el grupo, en este caso las comunidades con sexualidades despreciadas, mientras que las de redistribución los disuelven” (Butler, 2016:11-12) englobando en estas políticas, a los grupos que orientan su actuar rumbo al reconocimiento unidos por la clase, sexualidad, género y raza. Nos sirvió para mostrar en dos ejes las intenciones de esta tesis. Por una parte, la búsqueda constante de justicia para las

mujeres que viven y que son acompañadas (aunque también acompañantes como en el caso de las parteras) en el proceso de embarazo y por el otro lado, la dimensión crítica sobre el sistema de salud y sus formas de operar detrás de un discurso de interculturalidad que todavía hoy, se encuentra lejos de conseguir los alcances planteados que cumplan de forma adecuada con el ejercicio y goce desde una perspectiva de derechos humanos con las condiciones dignas de tratamiento para las pacientes.

El reconocimiento de las condiciones sociales de las pacientes propuesto por Fraser puede fungir como herramienta que posibilite la integración intercultural de forma efectiva si se transforma en políticas públicas con perspectiva de género e inclusión étnica bien estructuradas y que se materialicen en una mejor atención médica para todas las mujeres. Al respecto, también podemos considerar las condiciones materiales de las partes que tienen una participación fundamental en el proceso reproductivo y de gestación. Las condiciones desventajosas en que realizan su trabajo impiden que tengan una participación efectiva y activa en espacios como el Hospital de Milpa Alta. Su labor debe ser, también considerada en un verdadero y ampliado ejercicio de integración intercultural donde se tomen en cuenta todas las voces que participan y acompañan a las mujeres. La conjunción entre el desarrollo de políticas públicas y la operatividad institucional resultan fundamentales para el futuro de la salud reproductiva y gestante.

Ese ejercicio, puede complementarse con la propuesta garantista de Luigi Ferrajoli que busca asegurar el pleno acceso y ejercicio de los derechos que en el escenario económico y político internacional del modelo liberal se ven obstruidos, donde se complica pues este mismo afianza y acrecienta desigualdades entre grupos poblacionales. Buscando en cambio la refundación de un Estado social, sobre la base de los principios de sujeción a la ley, igualdad de los ciudadanos e inmunidad de éstos frente a la arbitrariedad, requeriría la distribución de sus prestaciones según la lógica universalista de las garantías de los derechos sociales en vez de intervenciones discrecionales y selectivas de tipo burocrático (Ferrajoli, 2005: 13-30).

Es decir, priorizar las condiciones óptimas de la sociedad frente a las condiciones económicas. La vida y la atención en salud digna, integral y de calidad para cada mujer sin

importar su origen. Este modelo garantista podría abrir un marco de posibilidades en la materialización de la redistribución buscando la consolidación o el incremento sustancial de la justicia social. La violencia sistemática hacia los derechos de las mujeres asociada y entrecruzada estrechamente con otras formas de opresión que se intensifican durante el proceso de embarazo como los altos índices de marginalidad, el origen de clase y el origen étnico.

La interculturalidad como bandera de inclusión por parte de las instituciones, en ejemplos concretos como el de la NOM-007-SSA2-2016 no ha atravesado el *habitus* (Bourdieu, 2000: 8) 55 de los médicos, ni el modelo médico imperante, poniendo en riesgo constante la salud de las gestantes. La violación sistémica de los derechos de las mujeres en el área de la salud, específicamente en la salud materna y reproductiva son una constante. Las mujeres y sus cuerpos siguen siendo despersonalizados, estableciendo con ellas una relación meramente instrumental que incurre en la reproducción de formas de vulnerabilidad y discriminación.

Sexto, es necesario contar con un marco intercultural sustentado en los derechos humanos. Los lineamientos de interculturalidad en salud deben apoyar a que se garantice el respeto a los derechos culturales, esto, dará oportunidad a la modificación sustancial o estructural de las condiciones de las mujeres y las parteras. Plasmar los derechos culturales y el sustento jurídico de estos podría potencializar el reconocimiento, así como la construcción de nichos legales que mejoren sustancialmente las posibilidades de las mujeres afectadas. Quienes, a partir del actuar conforme a los estándares legales establecidos por el Estado, pueden acceder a mecanismos de protección con consecuencias materiales para quienes transgreden sus derechos. Mientras que el derecho a la salud materna no sea una prioridad para el personal

⁵⁵ Se refiere a “las estructuras que son constitutivas de un tipo particular de entorno (v.g. las condiciones materiales de existencia de un tipo particular de condición de clase) y que pueden ser asidas empíricamente bajo la forma de regularidades asociadas a un entorno socialmente estructurado, producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes”. Son el conjunto de las disposiciones sociales en el que las prácticas de un grupo se convierten en nuevas prácticas, es en palabras de Bourdieu el “modo de conducir la vida”.

médico y para las instituciones que ellos integran, la realidad de la interculturalidad seguirá enfrascada.

6.1.1. CONSIDERACIONES FINALES

1. Se observó que las determinaciones de tipo social que presentan las mujeres repercuten en la posibilidad de acceder al derecho a la protección de la salud materna como una garantía jurídica.
2. Se reafirman las relaciones de poder hacia las mujeres (sujetos de derecho) por parte de los profesionales durante el proceso de atención a la salud materna, afectando con ello la salud y la vida no solo de las mujeres sino del feto y de la persona recién nacida.
3. La salud materna tiene sus propios matices es necesario enunciar la salud materna con todo su abanico de necesidades y proceder a enunciar claramente sus dimensiones en documentos tales como la Ley General de Salud y la NOM -007-SSA2-2016. Esta acción de parte del Estado apoyaría de manera determinante en la no limitación e interferencia del disfrute de la salud materna como una garantía jurídica.
4. La interculturalidad debe establecerse teniendo como base el respeto por los derechos humanos y los derechos culturales, para que realmente se pueda considerar como un marco propicio de la diversidad cultural. En este sentido la situación de la partería y la forma en que se “incluye” en las políticas de interculturalidad ha llevado a identificar que el sistema de salud interfiere en la producción y reproducción de la partería tradicional transgrediendo con ello los derechos humanos y derechos culturales tanto de las mujeres como de las parteras.
5. Considerando las situaciones presentadas durante la atención del embarazo, parto y puerperio y retomando lo propuesto por Jaime Breilh (2013), durante el proceso de atención obstétrica se observan condiciones destructivas/deteriorantes que impactan el proceso de atención a la salud materna y que repercuten de manera importante en la madre, feto y persona recién nacida. Violentando de manera sistemática los siguientes derechos: derecho a la protección

de la salud, derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la información, derecho a la integridad física y psíquica, sumando a ellos la transgresión de los derechos culturales.

6. Considerando las investigaciones previas relacionadas al tema en estudio, se considera que el trabajo actual explora a mayor profundidad la atención del parto, amplía la visión de la atención al hablar no solo de atención integral, sino también de oportuna y apropiada dándole a cada dimensión su propia definición. Sumado a lo citado en las investigaciones previas no se identifican claramente los derechos transgredidos, mientras que en esta tesis se identifican de manera clara las violaciones de derechos en la atención del parto.
7. En el mismo sentido, pero retomando la Observación General 14 en su artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se considera que la unidad médica de segundo nivel no cumple con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención que otorga durante la atención de partos.
8. Con base en los resultados obtenidos, la unidad médica no brinda atención oportuna dado que hay muestras graves de comunicación inefectiva, no hay claridad en las notas médicas con relación al pinzamiento tardío del cordón umbilical, por otro lado, dado que no se encontraron algunos partogramas y se desconoce que ocurrió con ellos, se sospecha de falta de seguimiento en algunos trabajos de parto, sumado a que hubo un caso de trabajo de parto prolongado asociado un diagnóstico de trauma de nacimiento en un neonato, además de contar con evidencias en las notas médicas para sospechar de trabajos de partos prolongados debido al uso inadecuado de oxitocina y presencia de un alto número de desgarres, se identifica que la atención no se brinda de forma apropiada.

6.2.CONCLUSIONES

Primeramente, es oportuno recordar que a nivel normativo la forma de poder social que se plantea en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 surge de una propuesta estratégica “para proteger el cuerpo de las mujeres de procesos patológicos durante el EPP”, pero que no actúa así con un sistema de salud que vulnera derechos y garantías individuales como el mexicano. Por lo anterior, el proceso terapéutico se impregna de una visión biologista validando con ello las relaciones desiguales durante el proceso salud/enfermedad/atención (Samaja, 1980).

Aunado a lo anterior, fue posible identificar en el diseño de la NOM que, constantemente se asumen conocimientos y principios normativos que plantean líneas estratégicas en las que no se consideran el ámbito contextual de las mujeres, la estructura social y las instituciones transformadas por un proceso de neoliberalización de la salud y la vida. Estas condiciones excluyen, marginan y reproducen formas de opresión contra los pueblos originarios (prioritariamente a mujeres indígenas y pobres) y sus manifestaciones culturales.

Con base en lo anterior, este trabajo consideró que los problemas del abordaje del derecho a la protección de la salud con perspectiva de género requieren asumir una posición crítica sobre la *naturalización de procesos* construidos, tal y como lo menciona Castro (2014) la asimetría médico-paciente se ha visto arraigada bajo argumentos que sostienen jerarquías injustas teniendo como soporte medidas disciplinarias establecidas por grupos sociales que en términos prácticos limitan e invalidan los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Hasta el momento que la presente se escribe, la NOM no aporta elementos constitutivos para poder determinar la violación específica de derechos durante el proceso salud/enfermedad/atención en salud materna. El discurso del documento normativo “reconoce a la mujer como sujeto de derechos”, pero no otorga elementos para garantizar tal condición.

La situación es semejante con el Programa de Acción Específica, en virtud, que al realizar el

análisis del documento se observó que no se especifican de manera clara las obligaciones del Estado en lo que respecta a la protección de la salud de las mujeres en cuanto a la atención durante el EPP y no presenta un sustento referenciado en conferencias, tratados, convenios y protocolos internacionales en materia de DDHH. De manera indistinta se expresa el enfoque basado exclusivamente en la atención biomédica y el enfoque de riesgo. Los aspectos culturales en la atención de la salud materna sólo son considerados en los objetivos, sin encontrarse indicadores de medición adecuados para evaluar acciones bajo el enfoque de interculturalidad y de seguridad física, psíquica y moral de las mujeres.

Con base en la documentación anterior y, siguiendo a Fraser (2013), podemos decir que las mujeres durante el proceso terapéutico enfrentan daños biopsicosociales que no son independientes de la política en salud materna en México, sino que se derivan de ella. Las estadísticas reafirman lo enunciado, al mostrar que los altos índices de muertes maternas siguen presentándose en mujeres indígenas, con baja escolaridad, empleo inestable, ingresos familiares por abajo del salario mínimo y falta de acceso a servicios básicos.

Desde la perspectiva de DDHH las obligaciones del Estado mexicano en lo relativo a la salud materna son: respetar, proteger y garantizar tal derecho. Así como el reconocimiento de elementos para poder ejercerlo: disponibilidad de servicios necesarios para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, accesibilidad a servicios de salud materna, aceptabilidad de los servicios de salud materna y calidad al otorgar servicios durante el embarazo, parto y puerperio.

La afirmación anterior se sustenta en el artículo 4° de la Constitución y la Ley General de Salud, en la cual se definen los propósitos que persigue la protección de este derecho.

En esta investigación las determinaciones sociales, como pudo observarse a largo del documento, son elementos teóricos fundamentales, en virtud de que permiten poner sobre la mesa la confluencia de condiciones colectivas (económicas, sociales y culturales) que determinan los perfiles de morbilidad y mortalidad en regiones consideradas con bajo índice

de desarrollo humano y con alta presencia de población indígena. Debido a ello, otro elemento conceptual de relevancia dentro de la investigación es la interculturalidad aplicada a la salud materna. En este trabajo, para lograr el abordaje óptimo de dicho concepto se realizó una revisión de documentos relativos al abordaje de la salud intercultural a nivel internacional y nacional, observándose que la categoría “interculturalidad” está siendo empleada como una estrategia para atender las diferencias culturales.

Después de haber realizado el análisis documental y el trabajo de campo respectivo, reafirmamos que la salud materna y el enfoque intercultural no deben plantearse al margen del respeto y protección de los DDHH. Tener este marco referencial, es una forma de garantizar que las mujeres tengan una vida libre de violencia en el plano de la atención a la salud obstétrica. Además, a nivel político e institucional deben existir condiciones que promuevan el disfrute o ejercicio de los DDHH en este campo. La primera condición es considerar que ninguna institución, autoridad nacional o local incurra en prácticas discriminatorias, ya sea de carácter racial, de género, de origen étnico, entre otras; al brindar atención durante el embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. La segunda condición, es identificar y describir claramente tales prácticas.

En segundo término, dentro del campo de la interculturalidad en salud materna prevalece hasta nuestros días, una práctica cultural por excelencia relacionada a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; la partería. Por tanto, una política de interculturalidad debería permitir la producción y reproducción de la partería tradicional con el fin de fortalecer capacidades y transmitir el conocimiento tradicional. En este sentido, promover y proteger la diversidad de las expresiones culturales de los pueblos originarios. Garantizar atención a la salud materna en un contexto de diversidad cultural, implica el goce del derecho a la salud, la protección de la salud y los derechos culturales de las mujeres. Por lo cual, en las políticas públicas sobre la interculturalidad debe reconocerse y protegerse la partería como un valor cultural y una práctica tradicional.

Tal propósito no se llevará a cabo sin el planteamiento de procedimientos legales adecuados

para garantizar el cumplimiento del respeto de los derechos culturales. Como ejemplo ponemos el siguiente: la atención que se otorga a mujeres hablantes de lengua originaria o pertenecientes a un grupo indígena es generalmente brindada en instituciones que geográficamente se encuentran alejadas, y en las que no se cuentan con todo el personal en sus tres turnos (pediatra, neonatólogo, obstetra, anestesiólogo) y, que, además, no disponen de recursos materiales suficientes (56). En estos espacios, la mayoría de las mujeres se encontraban afiliadas al Seguro Popular o contaban con gratuidad en los servicios de atención médica, pero cuando se presentan complicaciones en el embarazo o con el recién nacido, gran parte de las veces no se cuenta con camas disponibles en los hospitales de referencia, no hay material, ni equipo, o personal para atender la urgencia (siendo estos los argumentos para no aceptar la referencia)⁵⁷.

Existen datos e informes sobre muertes maternas en zonas indígenas y de presencia de urgencias obstétricas, así como de acreditación de unidades “interculturales” o en temas de calidad. Sin embargo, la realidad es que éstas para lograr la acreditación “prestan” equipo y material; no cuentan los cursos y cuando surgen los procesos de acreditación “la mayor parte de las unidades andan corriendo” (58). La ausencia de unidades equipadas, no destinar recursos para prevenir muertes maternas (medicamentos, insumos, etc.) así como no contar con personal capacitado para atender partos y recibir al recién nacido, violenta los derechos humanos de las mujeres durante el parto. La obligación de prestar protección a las madres antes y después del parto se cubría con el Seguro Popular y el Seguro de gratuidad para medicamentos, no obstante, quedan fuera situaciones asociadas al “trato en el proceso de atención” o la referencia de sus bebés a otras unidades médicas cuando presentan alguna complicación al nacimiento (59).

⁵⁶ Diario de campo. Hospital Mixto de Huehuetla, Puebla (2015)

⁵⁷ Diario de campo. Hospital General de Milpa Alta (2019).

⁵⁸ Diario de campo. Hospital General de Milpa Alta (2019).

⁵⁹ Es el caso de un recién nacido diagnosticado con trauma del nacimiento, el cual presentó complicaciones hemodinámicas y tardaron más de 72 hrs. Para poder realizar la referencia a una unidad de especialidad que

La Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales (UNESCO, 2005) establece: “[...brindar oportunidad de modo apropiado para creación, producción, difusión y protección de expresiones, actividades, bienes y servicios culturales...]” situación que no existe en la realidad observada. Las parteras son tratadas “como objetos”, de hecho, hay instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social que mediante programas tales como “Oportunidades”, no brindan ningún tipo de retribución económica por sus servicios por considerarlos “voluntarios”. En otras unidades de salud como los hospitales mixtos, no firman un contrato laboral, perciben un salario con base en el número de consultas que proporcionan y no les permiten atender partos -es el caso de Huehuetla, municipio ubicado en el estado de Puebla-(60), como en Oaxaca que el sistema de salud capacita e invita a este grupo de mujeres a sus caravanas itinerantes pero no les permite atender partos y en caso de que esto suceda, los médicos (as) de los centros de salud les niegan los certificados de nacimiento, el mismo caso aplica a Culhuacan y Milpa Alta (61).

Una mujer indígena, de zona rural, se encuentra estigmatizada por triple inequidad (raza, género, etnia), lo que muchas veces repercute en su salud. En este sentido, la salud en las mujeres indígenas tiene un carácter histórico -es precaria desde su nacimiento y precaria hasta su muerte-. La forma en que se nace en las zonas urbanas y las condiciones en las que se nace en una comunidad rural catalogada con alto o medio nivel de desarrollo humano, son por mucho, distintas.

En el caso de la salud materna, particularmente la de las mujeres indígenas tiene una fuerte influencia de la cultura ligada a la tradición. Entonces, las mujeres indígenas, que no sólo se encuentran perjudicadas económica, social y educativamente, sino que deben asumir y

podiera brindar la atención. Situación presentada en la unidad de segundo nivel en la localidad de Milpa Alta durante el trabajo de campo (2019).

⁶⁰ Diario de campo. Hospital Mixto de Huehuetla, Puebla (2015)

⁶¹ Entrevista a profundidad partera AHS, del municipio de Lachigolo en el estado de Oaxaca (febrero de 2019) y Diario de campo. Hospital General de Milpa Alta (2019).

aceptar no sólo el poder ser madre, sino el ¿cómo ser madre?, ¿cómo parir?, ¿cómo educar?, y ¿cómo “atenderse”? A lo anterior debe agregarse la ubicación y el tipo de geografía de la zona, así como la locación de las unidades médicas, con sus respectivos horarios de atención.

En este sentido, es pertinente reconocer la importancia de la interacción de los elementos socioculturales en la generación y mantenimiento de la salud en las mujeres, debido a que la pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos clave del proceso salud/enfermedad/atención, establecen procesos sociales macro que condicionan patrones de salud y enfermedad en lo micro. La continua falta de medicamentos, el pago de servicios como la ultrasonografía (el más frecuente) y falta de personal (químico, radiólogo, obstetra, ginecólogo y ultrasonografista), constatan la falta de capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas y la demora en referencias a unidades para que sean valoradas y atendidas.

La postura de reconocimiento planteada por Fraser (2013), permitió identificar las limitaciones que imposibilitan a las mujeres disfrutar de una atención en condiciones de igualdad y no discriminación a nivel de políticas públicas. Es pertinente especificar los derechos y las garantías que se ofertan a la mujer para recibir atención a la salud materna y con ello tener acceso a la justicia en caso de que sus derechos sean transgredidos y por otro, especificar las dimensiones que revisten al derecho a la protección de la salud en el campo de la maternidad, ya que no se plasman de manera clara en las políticas públicas, lo cual limita las capacidades de desarrollo de las mujeres, excluyéndolas de oportunidades y, por tanto; violentando su dignidad humana. Mientras lo planteado no suceda, las mujeres violentadas durante el proceso de atención en el embarazo, parto y puerperio no pueden aspirar a la justicia social.

Como puede observarse, la finalidad de esta tesis no fue realizar solo un abordaje teórico y crítico de la situación que acontece en el país sobre la salud materna, el interés se centró también en poder verificar la implementación de las políticas públicas en un contexto real. Para tal fin se retomó la configuración del derecho a la protección de la salud materna, con

la finalidad de poder identificar las transgresiones por dimensión (etapa obstétrica: trabajo de parto, los medios para acceder a los servicios de atención a la salud: los que oferta la unidad de segundo nivel de atención y finalmente no discriminación: por género, clase social o grupo étnico), así como los derechos vinculados con el mismo.

La presencia de relaciones de poder ejercidas en las unidades médicas rurales hacia las mujeres se puede percibir en varios momentos del proceso de investigación, ya sea en las consultas durante el embarazo o durante la atención del parto, agudizando la situación en el primer y segundo nivel de atención (62). Con base en lo expuesto, es pertinente no negar la forma en que se “reconoce” a las mujeres al interior de las políticas de salud materna en México. Sobre todo, es necesario observar los elementos que aportan los diversos documentos para que la salud materna sea reconocida como un derecho humano.

El trabajo de campo, del que se desdobra la tercer y última idea de estas consideraciones, (misma que suma a todo el análisis abordado en el Capítulo V) abordó la atención del parto de tipo eutócico y de bajo riesgo en una unidad médica de segundo nivel en una zona conurbada de la Ciudad de México en la cual se revisaron 40 expedientes. El promedio de consultas prenatales fue de 7, con un máximo 8. De las 40 mujeres 9 de ellas eran menores de edad y 2 mujeres se encontraban en un rango de 36 años respectivamente. De tal modo que 11 de ellas (27.5%) se encontraban en edad de riesgo según lo considerado por la NOM 007 y la GPC de Control Prenatal Centrada en la paciente (2017). En 26 de los expedientes revisados se pudo observar que el 65% de las mujeres presentó una determinación social de vulnerabilidad en el trabajo de parto dado que 12 de ellas eran madres solteras, 5 eran estudiantes de preparatoria, 5 se desempeñaban como empleadas domésticas presentando una inestabilidad laboral y económica, sumando a esto, que las 40 mujeres viven en una zona considerada con alto grado de marginación y de difícil acceso por la ubicación geográfica y

⁶² Diario de Campo Hospital General de Milpa Alta, 2019.

vías de transporte.

El 83% de las mujeres ingresó en fase activa de trabajo de parto y solo 7% en fase latente, a su ingreso a la unidad se les abrió expediente clínico electrónico y se les solicitó la firma del consentimiento informado, se pasaron al área de triage obstétrico en esa área se les realizó la valoración clínica obstétrica, al 83% que ingreso en fase activa se le colocó un catéter venoso periférico. A 32 mujeres se les indicó toma de estudios de laboratorio (80%), a la totalidad de ellas se les indicó ayuno.

Dentro de las evidencias revisadas se encontró que no se realizaron monitoreos tocardiográficos de rutina, no se reportaron tricotomías ni colocación de enema evacuante. En contraste a estos hallazgos; no se observó ni se refirió acompañamiento emocional a las gestantes. A cuatro de las mujeres (10%) se les realizó la prueba rápida de VIH sin haberse encontrado el consentimiento informado respectivo. En cinco de los expedientes (12.5%) no hubo concordancia entre lo reportado en la nota médica y la nota de enfermería.

Un 12.5% de los expedientes no tenían partograma, situación que no permite saber si realizaron seguimiento del trabajo de parto de la mujer. Al 82.5% de las mujeres se les puso en posición de litotomía para poder parir y a una de ellas se le realizó la maniobra de Kristeller, considerada en la GPC como una maniobra de alto riesgo con alta posibilidad de causar rotura uterina iatrogénica. En 92.5 % de las mujeres se realizó revisión de cavidad uterina teniendo como justificación para utilizarse “ser una técnica profiláctica”. Es pertinente mencionar que de acuerdo con las GPC revisadas la indicación para realizar la RCU es un desprendimiento de la placenta normo inserta y el procedimiento se realiza para búsqueda de restos placentarios; solo en un expediente hace referencia a tal situación.

Al 75% de las mujeres se realizaron en promedio cuatro tactos y como máximo nueve. En 7.5% de las mujeres se realizó amniotomía, pero no se cuenta con argumentación clínica suficiente en el expediente para determinar las condiciones clínicas de las mujeres a las cuales se les realizó el segundo procedimiento. 36 mujeres presentaron desgarros perineales (90%),

25% fue de segundo grado, 5% de tercer grado y en el 55% de los expedientes no se especificó el tipo de desgarro. Ante tales situaciones se infiere que no se utilizaron estrategias para proteger el periné de las mujeres atendidas.

La revisión de expedientes no refirió analgesia rutinaria durante el trabajo de parto. No obstante, las evidencias de los expedientes no permiten verificar si hubo consentimiento informado verbal para la realización de la episiotomía y analgesia previa (ambos datos no se reportan). En cuanto al corte retardado del cordón y apego inmediato, si bien se reportan ambos procedimientos no hay evidencias adecuadas para verificar que se realiza de manera sistemática y de la forma en que lo indicada la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (2014).

Durante el puerperio inmediato se observó, que la mayoría de los alumbramientos fueron dirigidos, se utilizaron como fármacos uterotónicos carbetocina intravenosa 100 mg. en dosis única (12.5%), ergonovina 0.2 mg vía intramuscular (15%) dosis única. Siguiendo las recomendaciones de la GPC (2014) se indica el uso de oxitocina o ergonovina en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica. Al respecto Hernández-Morales y García de la Torre (2016) comentan que dentro de los factores de riesgo para hemorragia uterina pueden identificarse; tono (atonía o inercia uterina), traumatismo (traumatismo uterino/rotura e inversión uterina), laceraciones en el cuello y la vagina, retención de restos placentarios y presencia de coágulos, así como coagulopatías congénitas o adquiridas (Asturizaga y Toledo, 2014).

Con relación a este punto, siete mujeres presentaron atonía uterina transitoria (17.5%) y solo se encontró un caso de retención placentaria de un 30%. En este sentido, los datos coinciden con el uso de uterotónicos y la realización de 7 masajes uterinos reportados (17.5%). Al respecto, se sugiere que para investigaciones posteriores relacionadas con el manejo del TP uno de los indicadores a evaluar sea el tiempo que cursa la mujer en esta etapa, dado que los trabajos de parto prolongados se encuentran relacionados con agotamiento uterino, uso excesivo de oxitocina y desprendimiento de placenta normo inserta (GPC Vigilancia y

manejo del parto en embarazo de bajo riesgo, 2014).

En el resto de las mujeres se administró oxitocina intravenosa, observándose una diversidad de dosis sobre todo en las mujeres en fase expulsiva, iniciando en la mayoría de los casos con 20 UI de oxitocina. Lo citado no coincide con lo indicado en la GPC de Vigilancia y manejo del parto de bajo riesgo (2014), dado que la guía indica la administración de oxitocina en dosis de 10 UI inmediatamente después del nacimiento del neonato vía IM o IV si hay venoclisis colocada.

Tanto la GPC como los artículos de investigación revisados refieren que una hemorragia obstétrica puede considerarse por la pérdida de más de 500 ml de sangre en el puerperio inmediato o bien considerar el estado hemodinámico de la mujer después de 500 ml., al respecto; se ha de comentar que ningún expediente en las notas médicas refirió pérdidas hemáticas por arriba de 500 ml. Por tanto y considerando que entre el uso de la carbetocina y la ergonovina suman 27.5% de uso de uterotónicos específicos para la prevención de hemorragias posparto y que en los expedientes se reportó que 17.5% de las mujeres presentaron atonía uterina transitoria se infiere que los datos correspondientes a pérdida de sangre menor a 500 ml. en los casos de atonía se manejan de forma ambigua y es necesario verificar en el desarrollo de la práctica clínica que los procedimientos correspondientes a prevención y manejo de hemorragia obstétrica se registren de manera clara y precisa en el expediente clínico tanto por parte de los profesionales médicos como de los de enfermería.

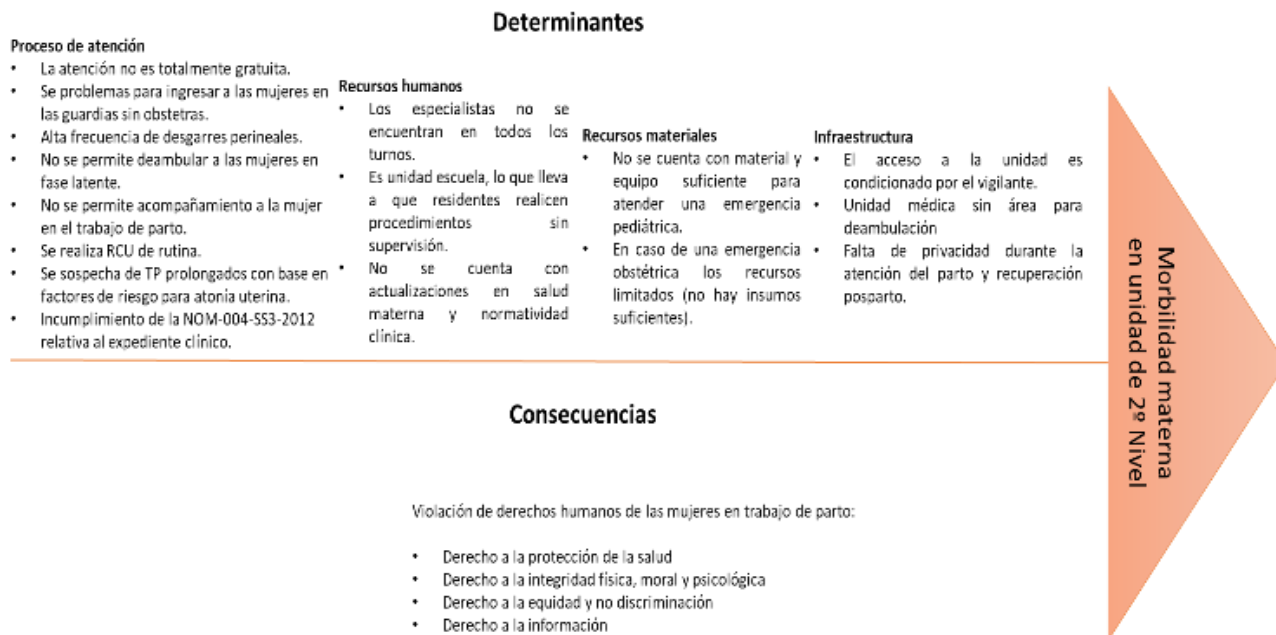
En este mismo rubro se buscaron ávidamente factores de riesgo de tipo clínico para la presencia de las atonías uterinas en los expedientes clínicos y se descartó: la sobre distensión uterina (embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios), infección intraamniótica (fiebre, rotura prematura de membranas prolongada) y las alteraciones anatómico-funcionales del útero (miomas, placenta previa, anomalías uterinas). Sin embargo, no se descartó el agotamiento muscular del útero por trabajos de parto prolongados >12 horas, expulsivos prolongados >2 horas con pujos dirigidos, dado que el 70% de las atonías uterinas se presentaron en mujeres menores de 18 años primigestas y nulíparas.

En cuanto a la atención del parto y el puerperio, se observó que la atención brindada en la unidad de segundo nivel se apega parcialmente a las políticas y programas de salud. Enfrentando con ello, la transgresión de los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto. En este sentido, resulta necesario que la institución de salud afiance la responsabilidad como sector sanitario respecto de la salud de las mujeres durante el proceso de atención (OMS,2017).

Considerando las situaciones presentadas durante la atención del embarazo, parto y puerperio y retomando lo propuesto por Jaime Breilh (2013), durante el proceso de atención obstétrica se observan condiciones destructivas/deteriorantes que impactan el proceso de atención a la salud materna y que repercuten de manera importante en la madre y el bebé. Mientras que, desde el ámbito de los DDHH en la atención del parto y el puerperio inmediato se observa que hay transgresión de derechos de las mujeres atendidas en la unidad de segundo nivel de atención. Enfatizando en este rubro, que no es suficiente con brindar una atención con enfoque centrado en lo biológico durante el parto y el puerperio, sino que es obligación de la unidad médica otorgar atención integral, oportuna y apropiada.

A continuación, se presenta un diagrama en el cual se establecen los determinantes asociados a la morbilidad materna que se encuentran violentando derechos humanos en las mujeres en trabajo de parto, los datos representados fueron obtenidos del trabajo de campo (Figura 3).

Figura 3. Diagrama de determinantes en la violación de derechos en el parto.



Fuente: Elaboración propia con base en trabajo de campo.

Para cerrar este capítulo se ha de comentar que el conocimiento empírico y, sobre todo, ancestral ha sido eliminado de forma paulatina de todas las áreas de conocimiento, principalmente aquellas que tienen que ver con el cuerpo, específicamente el cuerpo de las mujeres y los cuerpos feminizados. La construcción de la verdad científica, desde su origen con el surgimiento del racionalismo, difundió y fortaleció con el reconocimiento institucional la creencia de que el conocimiento científico, así como su método son las mejores y en ocasiones únicas formas que adoptan la verdad.

Dado que el posicionamiento del campo científico médico en la atención de la salud materna “contribuye al mantenimiento del orden simbólico y, por ello, al mantenimiento del orden social” (Bourdieu, 2000; p. 219). Es decir, en la atención de la salud materna predomina un enfoque meramente biológico y científico, donde es necesario impactar en las muertes maternas. Por tanto, los derechos humanos de las mujeres no son considerados como una prioridad social dentro de este campo.

Muy a pesar del discurso de los servicios de salud y del planteamiento de documentos sobre salud materna e interculturalidad, se continúa observando la división entre objetivismo y subjetivismo del conocimiento médico y cultural.

Relacionando lo previo con el enfoque de DDHH, lo que se pudo observar es una transgresión de derechos por parte de los Servicios de Salud hacia las mujeres, los niños y niñas recién nacidas y las parteras, pudiendo enumerar claramente los siguientes:

- Derecho a la protección de la Salud
- Derecho a la integridad física mental y psicológica
- Derecho a la equidad y no discriminación
- Derecho a la información
- Derecho a la identidad cultural
- Derecho a la autonomía
- Derecho a la vida

Se ponen de manifiesto los derechos humanos identificados como violentados los cuales coinciden con los reportados en la Recomendación General No. 31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, durante el periodo comprendido de 2015 al 2017. Con base en la misma recomendación se comenta que la situación evidenciada con la investigación son actos, omisiones, descuidos y falta de diligencia por parte de las y los servidores públicos los cuales en algún sentido obstaculizan o impiden el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres en el trabajo de parto, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas atender el parto centrado en la mujer bajo un enfoque integral y el acceso a políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia, tales condiciones se clasifican dentro de la violencia institucional.

7. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, L. (1996/a). *La Hechura de las Políticas Públicas*, 2ª ed., Miguel Ángel Porrúa.

Albó-Corróns, X. (2010). Interculturalidad y Salud. En: Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Editorial Castilla de la Mancha.

Albó-Corróns, X. (2017). *Inclusión y la construcción de actitudes interculturales en tiempos de transformación*. Ministerio de Educación, Viceministerio de Educación Alternativa y Especial, Serie: Educación, Transformación e Inclusión, documentos de análisis y propuestas.

Alvirde ÁO y Rodríguez AG. (2009) Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. *Arch Inv Mat Inf.*, 1(2), 58-63

Amorós, Celia (2005). «Feminismo y multiculturalismo». Teoría feminista. De la Ilustración a la globalización, vol. 3. Eds. Celia Amorós y Ana de Miguel. Madrid: Minerva Ediciones, pág. 215-264.

Ariza-Sosa, G. R. (2012). *De inapelable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín*. Universidad Nacional de Colombia.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.

Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C et al. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*, Vol. 12(1):57.

Benhabib, S., Butler, J., Cornell, D., y Fraser, N. (1995). *Feminist contentions. A philosophical Exchange*. Routledge.

Breilh J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida.10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Passos Nogueira, Roberto, Ed. Determinacao social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 200.

Bourdieu, P. (1998). "Estrategias de reproducción y modos de dominación". Colección pedagógica universitaria, No. 37-38, enero-junio/julio-diciembre. Pp 2-21.

Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. *Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Paidós.

Butler J., y Fraser N. (2016). *¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo*, Traficantes de Sueños, Madrid, España.

Cárdenas-Rodríguez., R. Terrón-Caro, T. y Pérez-de-Guzmán, V. (2014). Educación, género y diversidad cultural. ¿Convivencia o coexistencia?. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 5(3), pp. 54– 67.

Camacaro C. (2009), Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer – Caracas*. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / N° 32.

Campero L., Herrera C. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema Salud Pública de México, vol. 44, núm. 6, noviembre-diciembre, Instituto Nacional de Salud Pública.

Chávez V. (2012). Salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Revista de derechos humanos, Defensor 6*, 60-64.

Díaz y Navarro (1998). Capítulo 7, pp. 181-182. En: Juan Manual Delgado y Juan Gutiérrez (Editores) *Análisis de Contenido*. Editorial Síntesis.

Ehrenreich, Barbara. (1990) Por su propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres. Taurus: Madrid.

Escribano-Collado, P. (1976). El Derecho a la Salud. Instituto García Oviedo. Editorial Universidad de Sevilla.

Federici S. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpos y acumulación originaria. *Traficantes de Sueños*: Madrid.

Franco-Marina, F., R. Lozano, B. Villa y P. Soliz (2006). *La mortalidad materna en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia*. Herder Editorial.

Fraser, N. (1995). Multiculturalidad y equidad entre los sexos, *Revista de Occidente*. 173, 35-55

Freyermuth G, Argüello Avedaño H, Eroza E. y Cols. (2018). *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. Colección México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Freyermuth Enciso M. (2014). Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En Ángeles Sánchez B(Coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México* (pp. 21-70). Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial ITACA.

Freyermuth, Graciela y Ma. Cristina Manca (2000), "Invisibles y transgresoras: migración y salud reproductiva en los Altos de Chiapas, en Dalia Barrera B. y Cristina Oehmichen Bazan (eds.), Migración y relaciones de género en México, México, GIMTRAP/UNAM, IIA, pp. 203-228.

Gallardo-Ruíz, J. (2002). Medicina tradicional p'urhepecha=Tsinapekua tuá ka iasí anapu. El Colegio de Michoacán.

Gherardi, N. (2016) *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Series Asuntos de Género, CEPAL.

González y Gogeochea (2015). Calidad de la atención del parto en un hospital universitario. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 20.

Hale F. y Vázquez M. J. (2011). Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/sida (ICW Global).

Hamui-Sutton A, Grijalva MG, Paulo-Maya A, et al (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. Revista CONAMED. 20(1),17-26.

Ibrahim, S. y Alkire, S. (2007). 'Agencia y empoderamiento: una propuesta para indicadores internacionalmente comparables', Documento de trabajo 04 de OPHI, Universidad de Oxford.

Jusidman, C. (2009). Desigualdad y Política Social en México. *Revista Nueva Sociedad*, 220.

Jordan, B. (1978). Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Montreal: Eden Press Women's Publications.

Herrera-Moreno, Myriam (2012). Discursos criminológicos sobre la mujer infractora y su prisionalización. En: Mapelli, B., Sordi B., Agudo, T., Herrera, M., y Gutiérrez, F. *Mujeres en las cárceles de Andalucía*. Dykinson.

López-Arellano, O. y López-Moreno, S. (2015). Derecho a la Salud en México. Universidad Autónoma Metropolitana.

Louwi, Theodore (1996). Políticas Públicas, Estudios de Caso y Teoría Política, pp. 89-117. En Aguilar, L. *La Hechura de las Políticas Públicas*, 2ª ed., Miguel Ángel Porrúa

Luna M. (2015) Cuando el aseguramiento en salud no basta: ¿quiénes gastan más en servicios y atención a la salud? *Coyuntura Demográfica*.7, 15-21.

López, López y Puentes (2011). Observatorio de Salud Pública 2010. Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. 13. CIESAS.

Meza A, Mancinas S, Meneses S, Meléndez D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana Salud Pública*. No. 37(4/5):360–64

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, editorial.

Morin, E. (2002), *El método. El conocimiento del conocimiento*, Cátedra, Madrid.

Nancy, J. L. (1992), *Corpus, Métailié*, París.

Oyarce, A., e Ibacache, J. (1996) *Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas*. Presentado en Puerto Saavedra del 4 al 8 de noviembre.

Pérez-López, M. (2001). El derecho constitucional a la protección de la salud. *Alegatos*, 49, 191–206.

Posada-Kubissa, L. (2015). *Filosofía, crítica y (re)flexiones feministas*. Editorial Fundamentos.

Raine R, Hutchings A, Black N. (2003). Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK. *Health Policy*. 63(1), 63-72.

Rodríguez-Rojas y Rodríguez-Hernández, A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Movimiento Científico*, 6(1), 132–143.

Sesia Paola (2009). Muerte materna y desigualdad social. En: Freyermuth y Sesia (coord.). *La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura* pp. 42-54. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México-CIESAS Instituto Nacional de las Mujeres.

Villanueva-Egan LA (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 15(3), 147-151.

Wacher-Rodarte, M. (2006). *Nahuas de Milpa Alta*. México. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, No. 56

Wollstonecraft, M. (2000). *Vindicación de los derechos de la mujer / Mary Wollstonecraft; edición de Isabel Burdiel; [traducción de Carmen Martínez Gimeno]*. Series Feminismos, Ediciones Cátedra.

Cibergrafía

Aguilar, L. (2009). El marco teórico - conceptual de la evaluación de las políticas públicas. <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/dps22/4dps22.htm>

Alkema, L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller AB., Gemmill A, et al. (2015). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the Un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 387(10017), 462-474. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

Asturizaga P. y Toledo-Jaldin (2014). Hemorragia obstétrica. *Rev Med La Paz*, 20(2); Julio – Diciembre. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf

Amoroz Solaegui, I. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. *Revista pueblos y fronteras digital*, 6(11), 8-37. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2011.11.133>

Ariza, G. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *CES Psicología*, 6(1), 134-158. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100009&lng=en&tlng=es

Asamblea General en su resolución 217 A III (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf

Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*. Universidad de la República. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/435>

Batthyány, K, Genta, N. y Perrotta, V. (2013). Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores, *Revista Latinoamericana de Población*, 7(13), 2013, 149-172. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323830085007>

Benítez-González y Verdecia-Ramírez (2017). Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. *CCH, Correo Cient. Holguín* ; 21(2): 583-590, abr.-jun. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/?lang=pt&q=au:%22Verdecia%20Ram%C3%ADrez,%20Marileydis%22>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es.

Brencio Perdomo, Onleda, Gutiérrez Sucre, Pedro, De Vita Marquina, Susana, & Benítez - Guerra, Gidder. (2007). Evaluación de las soluciones hidroelectrolíticas utilizadas en inducción y conducción del trabajo de parto. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(1), 55-60. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000100009&lng=es&tlng=es

Borges-Damas, L. (2018). Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. *Revista cubana de Enfermería*. 34(3). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1615/382>

Botteri, Ester, & Bochar Pizarro, Jacqueline Elizabeth. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/botteri>

Buse, K., Harmer, A. (2004). ¿Poder para los socios?: La política de las asociaciones de salud público-privadas. *Desarrollo* 47, 49-56 <https://doi.org/10.1057/palgrave.desarrollo.1100029>

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico, improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es.

Cámara de Diputados. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º Constitucional*. <http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/250/5.htm>

Campos-Navarro, R., y Ruiz-Llanos, A. (2004). La interculturalidad en la práctica médica del doctor Albert Schweitzer. *Gaceta Médica de México*, 140(6), 643-652. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600013&lng=es&tlng=es.

Campos-Navarro, Peña-Sánchez, Paulo-Maya (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *SALUD COLECTIVA*. 13(3):443-455. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n3/443-455/es>

Castañeda-Camey, X. (1992). Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el Estado de Morelos, *Salud Pública de México*, 34 (5), 528-532. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634507.pdf>

Crespo-Antepara D, Mendieta-Toledo L. (2019). Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 17(3): 5-9 Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1566>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Mortalidad Materna. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>

Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (2018). *Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/recomendaciones_atencion_obstetrica

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010*. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFO_RME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

Contreras, J. M., Both, S., Guedes, A., y Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/980>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013). *Informe de Pobreza en México 2012*. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf

Da Silva J. A. (2003). Aplicabilidad de las Normas Constitucionales. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Doctrina Jurídica No. 149. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1000/1.pdf>

Diario Oficial de la Federación. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

Diario Oficial de la Federación. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-035-SSA3-2012.pdf>

Diario Oficial de la Federación. *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Diario Oficial de la Federación. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Acreditación de Unidades de Salud con Criterios de Interculturalidad.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29322/ElementosInterculturales.pdf>

Duarte-Gómez, M., Brachet-Márquez, V., Campos-Navarro, R., y Nigenda, G. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública de México*, 46(5), 388-398.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500005&lng=es&tlng=es.

Durán González L., Pavón León P., y Gogeoascoechea M., (2007). Calidad de la atención del parto en un hospital universitario. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 7(1), 7-13. <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071b.pdf>

Fajreldin, V. (2006). Antropología médica para una Epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la interdisciplina. *Revista Ciencia y Trabajo* 8(20), 95-102. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-444113>

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Módulo de Capacitación en Pre-eclampsia/Eclampsia. Disponible en: http://www.femecog.org.mx/docs/eclampsia_flasog.pdf

Fraser, N. (2005). redefiniendo el concepto de justicia en un mundo globalizado. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 39(0), 69–105. <https://doi.org/10.30827/ACFS.V39I0.1028>

Freyermuth, G., & Luna Contreras, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5(3), 44–61. <https://rde.inegi.org.mx/index.php/2014/09/07/muerte-materna-y-muertes-evitables-en-exceso-propuesta-metodologica-para-evaluar-la-politica-publica-en-salud/>

Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. (2009). Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. *Cirug Española*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X09000530>

Galvis, Y. T. de, Vélez, L. P. M., Tamayo, J. D. C., & Gómez, J. J. O. (2005). Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *CES Medicina*, 19(2), 19–45. <https://doi.org/10.21615/CESMEDICINA>

Gómez-García (2017). Echar valor: parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000765779

Krotz, E. (2009). La nación ante los derechos de sus pueblos indígenas: sobre cultura y relaciones interculturales desde una perspectiva antropológica. *Revista Época II*. Vol. XV. Núm. 30, Diciembre, pp. 11-27. Disponible en: https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/la_nacion_antelos_pueblosindigenas.pdf

Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal. Marco Normativo, Comisión Nacional de Derechos Humanos. Publicada el 07 de abril de 2011. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/migrantes/OtrasNormas/Estatal/DF/Ley_IAMMHDF.pdf

Granda-Edmundo (2004). *¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy?* *Revista Cubana Salud Pública* 30(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es.

Grupo de información en reproducción elegida GIRE. (2015) Cap.3 *Violencia Obstétrica*, <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>

Guía de Práctica Clínica (2014). *Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea* <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-048-08/ER.pdf>

Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia (2010). Capítulo 2, Atención del parto normal. Disponible en: <http://www.msaf.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Guía Internacional de la Organización Mundial de la Salud. (2002)., *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto*: Guía para obstetras y médicos. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/es/

Guía Práctica Clínica (2019). *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, 11. <http://www.infoforhealth.org/pr/11ledsum.html>

Hernández-Morales y García-de la Torre (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. *Ginecología Obstetricia de México*. Dic;84(12):757-764. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>

Herrera, C., y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008&lng=es&tlng=es

Korsbaek-L., Sámano-Rentería (2007). El indigenismo en México: antecedentes y actualidad, *Revista Ra Ximhai*, 3(1), 195-224. Doi [10.35197/rx.03.01.2007.09.lk](https://doi.org/10.35197/rx.03.01.2007.09.lk)

Krotz, E. (2009). La nación ante los derechos de los pueblos indígenas. *Revista de Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas. Época II*, XV (30). 24-25. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31612027002.pdf>

Lerín-Piñón, Sergio. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es.

Méndez G. y Cervera M. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Revista Salud Pública de México*, 44(2), 129-136.

Meza A, Mancinas S, Meneses S, Meléndez D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana Salud Pública*. 37(4/5), 360-64

Morales, C., Borde, E., Eslava, J., Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15 (6): 797-808. <https://scielosp.org/article/rsap/2013.v15n6/810-813/es/#ModalArticles>

Morales-Andrade E, Ayala-Hernández MI, Morales-Valerdi HF, et al. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 23(2) 61-86. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2018/rmq182a.pdf>

Muñoz-Bauza (2012). Actualización en el uso de uterotónicos. *Revista Española de anestesiología y reanimación*. 59 (2) 91-97. DOI: [10.1016/j.redar.2012.02.019](https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.02.019)

Norma técnica para la atención del parto. (2000). Servicios de Salud de Colombia. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normapar.htm>

Observatorio de Mortalidad Materna (2018). Boletines informativos. <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/#1592444721670-f34e8e09-6fe3>

Observatorio de Mortalidad Materna en México. Sistema de Indicadores

Nacionales. [https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/#:~:text=El%20Observatorio%20de%20Mortalidad%20Materna,la%20mortalidad%20materna%20\(MM\)%2C](https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/#:~:text=El%20Observatorio%20de%20Mortalidad%20Materna,la%20mortalidad%20materna%20(MM)%2C)

Ochoa-Avalos, M. (2014). Ni omisión, ni indiferencia. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(39), 241-247. Recuperado en 30 de enero de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100010&lng=es&tlng=es

OIT (2014). Convenio No. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf

OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. file:///E:/trabajo%20de%20parto/directrices_OMS_parto_es.pdf

OMS. Resumen de orientación. *Tendencias en la mortalidad materna de 2000 al 2017*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?ua=1#:~:text=Los%20c%C3%A1lculos%20para%20el%20a%C3%B1o,431%20000%20a%20485%20000>

Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. *Nota descriptiva N°323. Diciembre de 2015* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* “Artículo 12” <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón, C. (2010). Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México* 78(07):357-364 <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. <https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf>

Peñuelas-Cota JE, Ramírez-Zepeda MG, González-Bon M, Gil-Pineda JA, Cárdenas-Angulo AA, García-Saño NL. (2008). Factores Asociados a Mortalidad Materna *II*(3) 86-90. <https://mydokument.com/queue/factores-asociados-a-mortalidad-materna.html>

Peiró S. (2003). Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. Vol. 29. Núm. 6. Pág. 285-340. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S113835930374194X>

Pintado-González A., y López-Arellano (2019). Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH). *Revista CONAMED, Derechos Humanos y Salud* 24(2), 91-94 <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/conamed/2019/con192.pdf>

Pisanty-Alatorre J. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Publica de México* Vol. 59, pág. 639-649. <https://doi.org/10.21149/8788>

Programa Universitario de Derechos Humanos (2014). *Bases técnico-metodológicas para el informe de México al Protocolo de San Salvador*. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: http://www.pudh.unam.mx/bases_tecnico-metodologico_primer_informe_Protocolo_San_Salvador_derecho_a-la_salud.php

Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Centro nacional de Equidad de Género. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>

Ramírez-López, D. K., Nazar-Beutelspacher, A., Zapata-Martelo, E., Estrada-Lugo, E., y Salvatierra-Izaba, B. (2012). Vulnerabilidad, derechos sexuales y reproductivos de mujeres centroamericanas residentes en dos comunidades de la zona rural de Tapachula, Chiapas, México. *Papeles de población*, 18(72), 113-146., http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252012000200006&lng=pt&tlng=es.

Rangel-Flores Y, y Martínez-Ledezma A. (2017). La investigación en morbilidad materna extrema "near miss" en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(3), 505-511. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.343.2792>

Razón de Mortalidad Materna por Delegación (2015). Ciudad de México. Disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/publicacion_mortalidad_1990_2015/Paginas/Mort_Materna_Deleg.pdf

Recomendación General No. 31/2017. Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

Roberts MJ, Reich MR. (2002) Ethical analysis in public health. *Lancet*. 359(9311):1055-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08097-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08097-2)

Rodríguez-Rojas, Y. L., & Rodríguez Hernández, A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Movimiento Científico*, 6(1), 132–143. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.%x>

Ruiz-Reza, J. Dolores., y Cléro, J.-Pierre. (2008). La actualidad de Mill en la reciente apuesta legislativa para la erradicación de la violencia de género en la consecución de la igualdad efectiva. *John Stuart Mill y La Democracia Del Siglo XXI, 2008, ISBN 978-84-9849-289-7, Págs. 99-140*, 99–140. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6645465>

Ruiz-salguero y Cols. (2015). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL). *La mortalidad materna: ¿por qué difieren las mediciones externas de las cifras de los países?* https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39414/1/S1500951_es.pdf

Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED*, 17(1) 4-15. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57682>

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es.

Samaja Juan (1980). Los caminos del conocimiento. Universidad de Buenos Aires. [https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/6275/mod_resource/content/1/Samaja%20Los caminos del conocimiento.pdf](https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/6275/mod_resource/content/1/Samaja%20Los%20caminos%20del%20conocimiento.pdf)

Sánchez-Bringas, Á. (2013) Género, cuerpo y reproducción: Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. III Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género, 25, 26 y 27 de septiembre de 2013. Desde Cecilia Grierson hasta los debates actuales. *Memoria Académica*. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3391/ev.3391.pdf

Sánchez-Cordero, O. (2000). El Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México, *Simposio Internacional “Por la calidad de los Servicios médicos y la relación médico paciente”*, pp. 3-31. <http://studylib.es/doc/4467095/el-derecho-constitucional-a-la-proteccion-de-la-salud>

Scheper-Hughes, N. y Lock, MM (1987). El cuerpo consciente: un prolegómeno para el trabajo futuro en antropología médica. *Antropología médica trimestral*, 1 (1), 6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico: Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud. http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

Secretaría de Salud Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/17327/dec-acr_00A_1.pdf

Sistema único de vigilancia epidemiológico SUIVE. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/ver_ejecutiva_2010.pdf

Solava, I y Alkire, S. (2007). Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *OPHI working paper 4*, 4-60.

Stewart, F., y Deneulin, S. (2002). Amartya Sen's contribution to development thinking. *Studies in Comparative International Development*, 37(2), 61–70. <https://doi.org/10.1007/BF02686262>

Serrano, S., y Vázquez, L. D. (2011). Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica. 9786070227691. <http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/32155>

Servicios de Salud. Guía de Práctica Clínica: *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf

Tasas de mortalidad por delegación y grupos de edad, Distrito Federal 2000-2006. Disponible en: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda/morta2/204.htm>

Torres-Laguna y Rubio-Domínguez (2005). La partería tradicional en la República Mexicana. Universidad Nacional Autónoma de México. https://nanopdf.com/download/la-parteria-en-mexico-maternidad-sin-riesgos_pdf

UNFPA (2013). *Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

Vasconcellos, A. G. et al. (2018). Revisiting the concept of Innovative Developing Countries (IDCs) for its relevance to health innovation and neglected tropical diseases and for the prevention and control of epidemics. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 12, n. 7, p. 1-20. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27683/2/ve_Carlos_Morel_CDTs_2018.pdf

Yañez-Canal (2018). Praxis de la Gestión Cultural. Universidad Nacional de Colombia. En Carlos Yañez-Canal (editor). La gestión cultural en América Latina: entre distorsiones y potencialidades. Pág. 33-45. <https://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/705/Praxis%20de%20la%20gestio%CC%81n%20cultural.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yllescas-Hernández (2017). Nota de prensa CIMAC Noticias. Disponible en: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/parteras-indigenas-tesoros-vivos-de-mexico/>

8. ANEXOS

ANEXO 1. CÉDULA DE ENTREVISTA A PERSONAL A DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD.

No. De entrevista: _____

IDENTIFICACIÓN

| DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA | | | |
|-----------------------------|--|--------------|--|
| Nombre de la unidad médica: | | | |
| | | | |
| Clues: | | Institución: | |
| Jurisdicción: | | Entidad: | |
| Municipio: | | Localidad: | |
| Tipo unidad: | | | |
| | | | |
| | | Responsable: | |
| Teléfono: | | Correo-e: | |

Instrucciones: rellene con letra de molde la información que se solicita

| | | | |
|-------------------------------|-------|----------------------|--|
| DATOS DE LA ENTREVISTADA (O): | | FORMACIÓN ACADÉMICA: | |
| NOMBRE: | SEXO: | | |
| CARGO: | | ANTIGÜEDAD: | |

| | |
|---|--|
| NÚMERO DE VISITA | |
| NOMBRE DEL ENTREVISTADOR O ENTREVISTADORA | |

| | |
|------------------|----------------------|
| FECHA (dd/mm/aa) | [][] [][] [][] |
| HORA DE INICIO | [][]:[][] |
| HORA DE TÉRMINO | [][]:[][] |
| DURACIÓN | [][]: [][] |
| RESULTADO (*) | [][] |

A) INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA UNIDAD

Instrucciones: En las preguntas de opción marque con una X la respuesta que considere correcta de acuerdo a lo existente en su clínica.

| | |
|-----|---|
| A.1 | ¿La unidad médica atiende partos? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| A.2 | e) No aplica |
| | Si la respuesta a la pregunta A.1 fue afirmativa, responda la siguiente: ¿La unidad médica atiende partos las 24 horas los 365 días al año? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| A.3 | d) No responde |
| | e) No aplica |
| | Si la respuesta a la pregunta A.1 fue afirmativa, responda la siguiente: ¿La unidad médica atiende urgencias obstétricas? |
| | a) SÍ |

| | |
|-----|---|
| | <p>b) No, especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| A.4 | Si la respuesta a la pregunta A.3 fue afirmativa: ¿La unidad médica atiende urgencias obstétricas las 24 horas del día, los 365 días del año? |
| | a) Si |
| | <p>b) No, especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| A.5 | ¿La unidad médica cuenta con banco de sangre? |
| | a) Sí |
| | b) No, especificar: |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |

B) ACCESIBILIDAD FÍSICA

Instrucciones: No lea las respuestas. Espere a que el entrevistado/a conteste a su manera y después elija la opción pertinente de respuesta

| | |
|-----|--|
| B.1 | ¿Las pacientes y sus familiares pueden acceder libremente desde la entrada, durante el horario de servicio de este establecimiento sin encontrar barreras físicas (por ejemplo puertas, rejas cerradas con candado o guardias que impidan la entrada) a las áreas de consulta externa, urgencias, sanitarios, dirección, administración, etc.? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| B.2 | ¿Cuenta esta unidad con servicio de ambulancia con gasolina y chofer? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| B.3 | Si contestó afirmativamente a la pregunta B. 2¿Está disponible el servicio de ambulancia 24 horas, 365 días al año? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |

| | | |
|--------------|---|--|
| B.4 | Sólo para los que no tienen servicios de ambulancia operante: En caso de presentarse la necesidad de un traslado de urgencias ¿Cuál es la conducta a seguir? | |
| | a) El transporte lo gestiona la unidad, el personal de salud o los familiares ante autoridades municipales, iglesia, ONG'S, red social, Gobierno Federal, etc. y es gratuito y disponible. | |
| | Especificar quién lo gestiona y con quién: _____ | |
| | b) No hay transporte disponible | |
| | c) Hay transporte disponible pero no es gratuito | |
| | c) No sabe | |
| | d) No responde | |
| B.5 | e) No aplica | |
| | ¿La unidad médica cuenta con radio, teléfono y WhatsApp para comunicación directa en todo momento con otros establecimientos de primer o segundo nivel? | |
| | a) Sí | |
| | b) No | |
| | c) No sabe | |
| | d) No responde | |
| e) No aplica | | |

C) ACCESIBILIDAD ECONÓMICA (ASEQUIBILIDAD)

| | | |
|--|---|--|
| <i>Instrucciones: Lea las respuestas para que el/la entrevistado/a seleccione la opción pertinente</i> | | |
| C.1 | ¿Los servicios para la atención del embarazo, parto, post parto y urgencia obstétrica que se ofrecen en esta unidad médica son: | |
| | a) Totalmente gratuitos (p.ej. incluyen medicamentos e insumos), | |
| | b) Parcialmente gratuitos (p.ej. la atención médica es gratuita pero no así los medicamentos, insumos o solicitan una cuota de recuperación voluntaria) | |

| | | | | |
|-----|---|----|----|-------------------|
| | c) No son gratuitos | | | |
| | d) No sabe | | | |
| | e) No responde | | | |
| C.2 | Si los servicios de EPP y EO no son totalmente gratuitos: ¿En que se cobra y cuánto se les cobra? | | | |
| | | Sí | No | ¿Cuánto se cobra? |
| | Consulta | | | |
| | Medicamentos | | | |
| | Estudios de laboratorio | | | |
| | Ultrasonido | | | |
| | Pago al médico | | | |
| | Atención del parto en la unidad | | | |
| | Otros gastos (especificar): _____ _____ | | | |

| | |
|------|--|
| | <p>Explicar cuándo sí y cuándo no:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>c) Nunca</p> <p>Explicar el por qué nunca se realiza</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>d) No sabe</p> |
| | <p>e) No responde</p> |
| E.2 | <p>Explicar, ¿en qué momento del trabajo de parto se administra oxitocina?</p> <p>a) En la primera fase</p> <p>b) En la segunda fase</p> <p>c) No la aplica nunca</p> <p>d) No sabe</p> <p>e) No responde</p> |
| E.3. | <p>¿Durante el trabajo de parto aplica algún medicamento?</p> <p>a) Siempre</p> <p>Especificar cuáles medicamentos se aplican y en qué fase del trabajo de parto: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b) A veces</p> <p>Especificar cuáles medicamentos se aplican, en qué fase del trabajo de parto y en cuáles circunstancias se aplican: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>c) Nunca</p> <p>d) No sabe</p> <p>e) No responde</p> |
| | <p>¿Con qué frecuencia se realiza rasurado perineal o púbico?</p> <p>a) Siempre</p> |

| | |
|-----|--|
| E.4 | b) A veces |
| | c) Nunca |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| E.5 | ¿Con qué frecuencia realiza el enema en partos normales? |
| | a) Siempre |
| | b) A veces |
| | c) Nunca |
| | d) No sabe |
| E.6 | e) No responde |
| | ¿Durante el trabajo de parto cada cuanto tiempo monitorea la frecuencia cardiaca del bebé? |
| | a) Cada 40 o 50 minutos |
| | b) Cada 30 o 45 minutos |
| | c) Cada 30 o 60 minutos |
| E.7 | d) No monitorea la frecuencia cardiaca |
| | e) No responde |
| | ¿En qué momento del trabajo de parto valora la frecuencia cardiaca del bebé? |
| | a) Antes, durante y después de las contracciones. |
| | b) Entre las contracciones. |
| E.8 | c) Al ingreso de la mujer a la sala de partos |
| | d) Cuando hay sospecha de sufrimiento fetal |
| | e) En todas las anteriores |
| | Durante el trabajo de parto: ¿le permite moverse libremente a la mujer y adoptar las posiciones que más le acomoden? |
| | a) Siempre |
| E.8 | b) A veces |
| | Explicar cuándo sí y cuándo no: |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| E.8 | c) Nunca |
| | Explicar el por qué nunca se permite |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| E.8 | d) No sabe |
| | e) No responde |

| | |
|------|--|
| E.9 | Durante el trabajo de parto: ¿les permite a las mujeres el consumo de líquidos? |
| | a) Siempre |
| | b) A veces Explicar cuándo sí y cuándo no: _____ _____ _____ |
| | c) Nunca Explicar el por qué nunca se permite: _____ _____ _____ |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| | (Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior): ¿Qué se les da de tomar? Especificar: _____ _____ _____ |
| E.10 | Durante el trabajo de parto: ¿les permite a las mujeres el consumo de alimentos? |
| | a) Siempre |
| | b) A veces Explicar cuándo sí y cuándo no: _____ _____ _____ |
| | c) Nunca Explicar el por qué nunca se permite: _____ _____ _____ |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| | |

| | |
|--|--|
| E.11 | Durante un trabajo de parto, en promedio ¿cuántos tactos vaginales se le realizan a la mujer? |
| | a) 1-2 |
| | b) 3 |
| | c) Más de 3 (especificar) _____ |
| | d) No se realizan tactos vaginales |
| | e) No sabe |
| | ¿De qué depende que realice menos de 2 tactos vaginales?: _____ _____ |
| ¿De qué depende que realice más de tres tactos vaginales?: _____ _____ | |
| E.12 | Antes de realizar el tacto vaginal en trabajo de parto: ¿Se le avisa a la mujer y se le explica el por qué se lo van a realizar? |
| | a) Siempre se le avisa y se le explica |
| | b) Se le avisa, pero no se le explica Explicar el por qué no se le explica: _____ _____ |
| | c) No se le avisa ni se le explica Explicar el por qué no se le avisa ni se le explica: _____ _____ |
| | d) No sabe |
| e) No responde | |
| E.13 (C909A) | En esta unidad, durante la fase de expulsión, si una mujer desea colocarse en una posición semi sentada o en cualquier posición que no sea acostada para tener a su bebé: ¿Se lo permiten? |
| | a) Siempre |
| | b) Veces: Explicar cuándo sí y cuando no: _____ _____ |
| | c) Nunca |

| | |
|------|---|
| | <p>d) Explicar el por qué nunca se permite:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>e) No sabe</p> |
| E.14 | <p>¿Práctica el corte retardado de cordón?</p> |
| | <p>a) siempre</p> |
| | <p>b) a veces</p> <p>Explicar cuándo sí y cuándo no:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>c) nunca</p> <p>Explicar por qué no se practica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>d) No sabe</p> |
| | <p>e) No responde</p> |
| | <p>En caso de haber respondido el inciso a o b, especificar en qué momento se realiza el corte del cordón umbilical: _____</p> <p>_____</p> |
| E.15 | <p>En esta unidad, después de haber salido la placenta: ¿Se realiza la revisión de la cavidad uterina?</p> |
| | <p>a) Siempre</p> <p>Explicar el por qué se le hace siempre la revisión:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | <p>b) A veces</p> <p>Explicar cuándo sí y cuándo no:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| | |
|------|---|
| | <p>_____</p> <p>c) Nunca Explicar el por qué nunca se le hace:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| E.16 | Durante el trabajo de parto, ¿permiten que la mujer pueda estar acompañada por la partera si así lo desea? |
| | a) Sí |
| | b) No (especificar _____ por _____ qué): |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| E.17 | Durante el parto ¿Permiten que la mujer este acompañada por el esposo o alguna familiar? |
| | a) Si, ¿por quién? |
| | b) No, ¿por qué? |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| E.18 | ¿Permiten que durante la atención del trabajo de parto la mujer utilice amuletos espirituales para sentirse más segura? |
| | a) Sí |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| E.19 | ¿Permiten que durante la atención del trabajo de parto la mujer utilice amuletos espirituales para sentirse más segura? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | ¿Entregan la placenta al padre o familiar? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | ¿Qué hacen con las placentas no entregadas? |
| | _____ <p>_____</p> <p>_____</p> |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|---|
| | _____ |
| | _____ |
| E.20 | ¿Permiten que las mujeres realicen rituales con el manejo de la placenta? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| E.21 | Después del parto ¿Permiten la colocación de la faja o ceñidor a la mujer puerpera? |
| | a) Si |
| | b) No, _____ ¿por _____ qué _____ no? |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| E.22 | ¿Se explica o no a las usuarias indígenas monolingües los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida en su lengua originaria? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| E.23 | ¿Se realiza el consentimiento informado a usuarias indígenas monolingües en su lengua originaria? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |
| | Solicitarle al entrevistado (a) que explique ¿Cómo se aseguran de la comprensión de la información por parte de las mujeres? |
| _____ | |
| E.24 | Se cuenta con un traductor hablante de las lenguas originarias de la región |
| | a) Sí, ¿de qué lengua? () Nahuatl () Totonaca () Otro _____ |
| | b) No |
| | c) No sabe |

| | |
|--|----------------|
| | d) No responde |
| | e) No aplica |

F) ACEPTABILIDAD– PUERPERIO

| | |
|-----|--|
| F.1 | En esta unidad médica: ¿A los cuántos días del puerperio se realiza la primera consulta de control a las púérperas y al recién nacido? |
| | a) Durante los primeros 7 días después del parto |
| | b) Después de los 7 días del parto |
| | c) No se realizan consultas de control en el puerperio |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| F.2 | En esta unidad médica: ¿Cuántas revisiones se les ofrecen a las mujeres en el puerperio mediano y tardío? |
| | a) Durante los primeros 7 días después del parto (<i>Especificar el número de consulta que se les ofrecen durante la primera semana después del parto</i>):_____ |
| | a) Después de 7 días del parto (<i>Especificar el número de consulta que se les ofrecen durante la primera semana después del parto</i>):_____ |
| | c) Se señalan tres revisiones sin especificar tiempos |
| | d) No se realizan revisiones |
| | e) Se les pide que vengan pero las mujeres no acuden |
| F.3 | En esta unidad médica, después del nacimiento del bebé, ¿a los cuántos días se toma la muestra para tamizaje de hipotiroidismo? |
| | a) En sus primeros 5 días de vida |
| | b) Después de los primeros 5 días |
| | c) No se toman muestras para tamizaje Explicar el por qué no se toman muestras: _____ _____ _____ |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |

| | |
|------|--|
| F.4. | A las mujeres en la etapa posterior al parto, ¿se les indica bañarse? |
| | b) Si, con agua fría () con agua caliente () |
| | c) No |
| | d) No sabe |
| | e) No responde |
| F.5 | Indican el uso del temazcal posparto o baño de hierbas posparto |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| F.6 | ¿La dieta posparto de la mujer está diseñada con base a alimentos aceptados culturalmente? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| F.7 | ¿Explican las indicaciones a seguir durante el puerperio en la lengua originaria de las mujeres? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| F.8 | ¿Se acuerda con la partera, esposo, pareja o familiar los cuidados que llevará la mujer durante el puerperio o “cuarentena”? |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| F.9 | ¿Se establece comunicación con la pareja de la mujer y se llega a acuerdos con la finalidad de evitar relaciones sexuales durante la cuarentena?, lo anterior, considerando las costumbres |
| | a) Si |
| | b) No |
| | c) No sabe |
| | d) No responde |
| | e) No aplica |

**ANEXO 3. COTEJO DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y
FORMATOS PARA LAS USUARIAS**

Instrucciones: Lea cuidadosamente y verifique que realmente se encuentren en existencia los documentos mencionados. Para considerarse disponible el rubro evaluado el/la entrevistado/a deberá enseñar el documento solicitado. Habiendo verificado los documentos, marque con una X el indicador que refleje el resultado de la evaluación.

| | Programa | Insumos | Opciones de Valoración |
|-----|----------------------|--|--|
| G.1 | COMUNICACIÓN GENERAL | Directorio con horarios de atención de la unidad, a la vista para los usuarios | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| G.2 | COMUNICACIÓN GENERAL | Directorio del personal del centro de salud | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| G.3 | COMUNICACIÓN GENERAL | Nombre(s), puesto(s) y horario(s) de la(s) persona(s) que habla(n) lengua indígena local | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| G.4 | COMUNICACIÓN GENERAL | Cartel con los derechos de los pacientes en el idioma de la región. | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| G.5 | COMUNICACIÓN GENERAL | Cartel con los derechos de los pacientes en lengua originaria | a) Disponible y satisfactorio |

| | | | |
|------|----------------------|---|---|
| | | | <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d) No aplica</p> |
| G.6 | COMUNICACIÓN GENERAL | Material sobre Seguro Popular y mecanismos de afiliación, incluyendo en casos de inconformidad | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d) No aplica</p> |
| G.7 | SALUD MATERNA | <p>Cartillas de salud perinatal</p> <p>Cartilla nacional o cualquiera que incluya a los infantes/niños</p> | <p>a) Disponible</p> <p>b) No disponible</p> <p>c) No aplica</p> |
| G.8 | SALUD MATERNA | Cartilla de embarazada o de embarazo seguro o cualquiera que incluya la salud materna, o cartilla nacional de mujeres de 20 a 59 años | <p>a) Disponible</p> <p>b) No disponible</p> <p>c) No aplica</p> |
| G.9 | SALUD MATERNA | Tríptico u otros medios de promoción y difusión para usuarias sobre cuidados en el embarazo | <p>a) Disponible</p> <p>b) No disponible</p> <p>c) No aplica</p> |
| G.10 | SALUD MATERNA | Material informativo de difusión impreso (carteles, mantas u otros), en audio o audiovisual para la población y las usuarias sobre los signos y síntomas de urgencia obstétrica | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d) No aplica</p> |

ANEXO 4. COTEJO DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Y FORMATOS PARA EL PERSONAL DE SALUD

Instrucciones: Lea cuidadosamente y verifique que realmente se encuentren en existencia los documentos mencionados. Para considerarse disponible el rubro evaluado el/la entrevistado/a deberá enseñar el documento solicitado. Habiendo verificado los documentos, marque con una X el indicador que refleje el resultado de la evaluación.

| | | | |
|-----|---------------|--|---|
| H.1 | SALUD MATERNA | Flujogramas con los pasos a seguir para atención de hemorragia, eclampsia/preclampsia. | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| H.2 | SALUD MATERNA | Flujogramas con los pasos a seguir para atención de infección puerperal/sepsis | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| H.3 | SALUD MATERNA | Flujogramas con los pasos a seguir para atención de aborto | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| H.4 | SALUD MATERNA | NOM-007 de Atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida | a) Disponible (impreso o digital) y accesible b) Disponible pero no satisfactorio c)No disponible d) No aplica |
| H.5 | SALUD MATERNA | Manual de atención de urgencias obstétricas | a) Disponible y satisfactorio |

| | | | |
|------|---------------|--|--|
| | | | <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |
| H.6 | SALUD MATERNA | Lineamientos técnicos de diagnóstico y tratamiento de preclampsia/eclampsia | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |
| H.7 | SALUD MATERNA | Lineamientos técnicos de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |
| H.8 | SALUD MATERNA | <p>Otros manuales de urgencias obstétricas</p> <p>Especificar cuál(es): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |
| H.9 | SALUD MATERNA | Formatos de partograma | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |
| H.10 | SALUD MATERNA | Formatos de historia clínica perinatal | <p>a) Disponible y satisfactorio</p> <p>b) Disponible pero no satisfactorio</p> <p>c) No disponible</p> <p>d)No aplica</p> |

| | | | |
|------|--------------------------|---|--|
| H.11 | VIH e ITS en embarazadas | Formatos de consentimiento informado para diagnóstico de VIH | a) Disponible b) No disponible c) No aplica |
| H.12 | VIH e ITS en embarazadas | Guía para empleo de pruebas rápidas de VIH | a) Disponible (impreso o digital) y accesible b) Disponible pero no satisfactorio c)No disponible d)No aplica |
| H.13 | VIH e ITS en embarazadas | Guía de diagnóstico y referencia de VIH para primer nivel de atención | a) Disponible (impreso o digital) y accesible b) Disponible pero no satisfactorio c)No disponible d)No aplica |
| H.14 | VIH e ITS en embarazadas | Guías de diagnóstico y tratamiento de sífilis | a) Disponible (impreso o digital) y accesible b) Disponible pero no satisfactorio c)No disponible d)No aplica |
| H.15 | VIH e ITS en embarazadas | Formatos de referencia y/o contrareferencia para mujeres embarazadas detectadas con VIH | a) Disponible (impreso o digital) y accesible b) Disponible pero no satisfactorio c)No disponible d)No aplica |

ANEXO 5: (CALIDAD) COTEJO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO

Instrucciones: Lea cuidadosamente y verifique que realmente se encuentre en existencia lo que se solicita. Para considerarse disponible, el rubro evaluado deberá contarse con todo lo solicitado. Habiendo verificado lo anterior, marque con una X el indicador que refleje el resultado de la evaluación.

| | | | |
|-----|---------------|-----------------------------------|--|
| I.1 | GENERAL | Esterilizador | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| I.2 | GENERAL | Termómetro clínico oral o digital | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| I.3 | GENERAL | Esfigmomanómetro | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| I.4 | GENERAL | Estetoscopio auricular | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| I.5 | SALUD MATERNA | Ultrasonido | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible |

| | | | |
|------|---------------|---|---|
| | | | d)No aplica |
| I.6 | SALUD MATERNA | Dophtone | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| I.7 | SALUD MATERNA | Sala de expulsión o un espacio adaptado para atención de parto | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| I.8 | SALUD MATERNA | Mesa con pierneras, banco y lámpara de chicote para examen ginecológico | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| I.9 | SALUD MATERNA | Privacidad en la sala de partos (<i>que nadie ajeno pueda ver a la mujer durante la atención a su trabajo de parto</i>) | a) Sí b) No c) No aplica |
| I.10 | SALUD MATERNA | La sala de labor dispone de espacios de deambulación para las gestantes durante el trabajo de parto | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |
| I.11 | SALUD MATERNA | Ropa suficiente dentro del equipo de atención de partos (<i>4 campos, 2 pierneras, 2 sabanas planas, 1 bata, 4 compresas</i>) | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d)No aplica |

| | | | |
|------|------------------|---|--|
| I.12 | SALUD MATERNA | Instrumental básico del equipo para atención de parto que debe de tener como mínimo lo siguiente: <i>2 pinzas Rochester, 1 porta agujas, 1 pinza de disección, 1 tijera recta, 1 tijera curva, 1 amniotómo , 1 onfalotómo , 1 perilla de caucho, 2 ligaduras de cordón umbilical</i> | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |
| I.13 | SALUD MATERNA | Estetoscopio de Pinard | a) Disponible y satisfactorio b) Disponible pero no satisfactorio c) No disponible d) No aplica |

ANEXO 6: COTEJO: MEDICAMENTOS E INSUMOS (CALIDAD)

Instrucciones: Lea cuidadosamente y verifique que realmente se encuentre en existencia lo que se solicita. Para considerarse disponible, el rubro evaluado deberá contarse con todo lo solicitado. Habiendo verificado lo anterior, marque con una X el indicador que refleje el resultado de la evaluación.

| | | | | |
|--------|---|----|----|----------|
| J.1 | <p>Caja Rosa completa (hemorragia obstétrica). <i>Se considera completa cuando contenga los siguientes conceptos dentro de la caja.</i></p> <p>Observaciones</p> | | | |
| J.1.1 | Listado de lo que contiene una caja rosa | | | Cantidad |
| J.1.2 | Ergometrina solución inyectable 0.2 mg/ml | Sí | No | 2 |
| J.1.3 | Gluconato de Calcio 10% amp. De 10 ml. | Sí | No | 4 |
| J.1.4 | Carbetocina Sol. Inyectable 100 Mg | Sí | No | 1 |
| J.1.5 | Solución hartman solución inyectable 3000 mg k 157 mg ca 54.5 mg cl3880 mg, lactato 2460 mg. agua 1000 ml. | Sí | No | 2 |
| J.1.6 | Venoclisis sin aguja, estériles, desechables con normogotero. | Sí | No | 1 |
| J.1.7 | Catéter para venoclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable, con aguja y conector para jeringa. longitud 25 mm calibre 18 g. | Sí | No | 1 |
| J.1.8 | Tubo para torniquete de látex | Sí | No | 1 |
| J.1.9 | Algodón | Sí | No | 1 |
| J.1.10 | Tela adhesiva, longitud 10 m, ancho 5 cm | Sí | No | 1 |
| J.1.11 | Alcohol desnaturalizado | Sí | No | 1 |
| J.1.12 | Jeringa de plástico grado médico, con pivote tipo luer lock, capacidad de 3 ml, escala graduada en mililitros con divisiones de 0.5 ml y subdivisiones de 0.1 ml, con aguja calibre 22 g y 32 mm de longitud estéril y desechable | Sí | No | 1 |
| J.2 | <p>Caja Guinda completa <i>(Se considera completa cuando contenga los siguientes conceptos dentro de la caja)</i></p> <p>Observaciones</p> | | | |

| | Listado de lo que contiene la caja guinda Tratamiento para preeclampsia-eclampsia) | | | Cantidad |
|--------|---|----|----|------------------|
| J.2.2 | Tiras reactivas de tres parámetros (sangre, glucosa, albumina). | Sí | No | 1 fco. c/ 100 |
| J.2.3 | Nifedipina capsulas de gelatina blanda (10 mg) cápsulas con 20 | Sí | No | 4 cápsulas |
| J.2.4 | Metil Dopa 250 mg. Con 60 tabletas | Sí | No | 1 caja |
| J.2.5 | Solución Hartman solución inyectable na 3000 mg k 157 mg ca54.5 mg cl3880 mg, lactato 2460 mg. agua 1000 ml. | Sí | No | 2 fcos. |
| J.2.6 | Hidralazina 10 mg envase con 20 tab. | Sí | No | 1 caja |
| J.2.7 | Hidralazina 20 mg. Sol. inyectable con 5 ampulas | Sí | No | 2 ampulas |
| J.2.8 | Sulfato de magnesio 1 gr. Solución inyectable de 10 ml. | Sí | No | 4-6 ampulas |
| J.2.9 | Equipo de venocclisis sin aguja, estériles, desechables con normogotero. | Sí | No | 1 |
| J.2.10 | Catéter para venocclisis, de plástico, no radiopaco, estéril y desechable, con aguja y conector para jeringa. longitud 25 mm calibre 18 g. | Sí | No | 1 |
| J.2.11 | Jeringa de plástico grado médico, con pivote tipo luer lock, capacidad de 3 ml, escala graduada en ml con divisiones de 0.5 ml y subdivisiones de 0.1 ml, con aguja calibre 22 y 32 mm de longitud; estéril y desechable. | Sí | No | 1 |
| J.2.12 | Jeringa de plástico grado médico, de 5 ml. De capacidad, escala graduada en ml. Con divisiones de 1.0 ml. Y subdivisiones de 0.2 y aguja de 20 g x 38 mm. De longitud. Estéril y desechable. | Sí | No | 1 |
| J.2.13 | Sonda para drenaje urinario de látex, con globo de autoretenición de 5ml. con válvula para jeringa, estéril y desechable, tipo Foley 2 vías, calibre 16 fr. | Sí | No | 1 |
| J.2.14 | Tubo para torniquete de látex | Sí | No | 1 |
| J.2.15 | Algodón | Sí | No | 1 |
| J.2.16 | Tela adhesiva, longitud 10 m, ancho 5 cm | Sí | No | 1 |
| J.2.17 | Alcohol desnaturalizado | Sí | No | 1 |

Parto y puerperio

| | | | | |
|-----|---------------------------------|----|----|--|
| K.1 | Ergometrina Solución inyectable | Sí | No | |
| K.2 | Inmunoglobulina anti D | Sí | No | |

| | | | | |
|-----|-----------|----|----|--|
| K.3 | Oxitocina | Sí | No | |
|-----|-----------|----|----|--|

Atención cesárea y puerperio quirúrgico

| | | | | |
|------|---|----|----|--|
| L.1 | Butilioscina gragea o tableta | Sí | No | |
| L.2 | Butilioscina solución inyectable | Sí | No | |
| L.3 | Butilioscina con metamizol | Sí | No | |
| L.4 | Carbetocina solución inyectable 100 mg | Sí | No | |
| L.5 | Cefalotina 1 gr solución inyectable | Sí | No | |
| L.6 | Cefotaxima 1 gr. Solución inyectable | Sí | No | |
| L.7 | Clonixinato de lisina inyectable 100 mg | Sí | No | |
| L.8 | Ergometrina 0.2 mg | Sí | No | |
| L.9 | Eritromicina cápsulas/tabletas 500 mg | Sí | No | |
| L.10 | Etofenanato solución inyectable de 1 gr | Sí | No | |
| L.11 | Inmunoglobulina anti D inyectable 0.300 mg | Sí | No | |
| L.12 | Ketorolaco sol. Inyectable 30 mg | Sí | No | |
| L.13 | Metamizol sódico comprimidos 500 mg | Sí | No | |
| L.14 | Metamizol sódico sol. Inyectable 1 gr | Sí | No | |
| L.15 | Oxitocina sol. Inyectable 5UI | Sí | No | |
| L.16 | Paracetamol solución inyectable 500 mg fco. Amp. 50 ml. | Sí | No | |
| L.17 | Paracetamol solución inyectable 1 gr fco. Amp. 100 ml | Sí | No | |
| L.18 | Paracetamol solución oral 100 mg ambase 15 ml. Gotero | Sí | No | |
| L.19 | Paracetamol tabletas 500 mg | Sí | No | |
| L.20 | Tramadol sol. Inyectable 100 mg | Sí | No | |
| L.21 | Tramadol con paracetamol tabletas 375mg/325mg | Sí | No | |

Tratamiento amenaza de aborto

| | | | | |
|------|-------------------------------------|----|----|--|
| M.1. | Indometacina supositorio 100 mg c/6 | Sí | No | |
|------|-------------------------------------|----|----|--|

| | | | | |
|-----|--------------------------------------|----|----|--|
| M.2 | Indometacina supositorio 100 mg c/15 | Sí | No | |
| M.3 | Progesterona perlas 200 mg c/14 | Sí | No | |

Tratamiento amenaza parto pretermino

| | | | | |
|-----|--|----|----|--|
| N.1 | Betamezona Sol. Inyectable 5.3 mg envase con 1 ml. | Sí | No | |
| N.2 | Dexametozona sol. Inyectable 8 mg envase con 2 ml | Sí | No | |
| N.3 | Landometacina supositorio 100 mg c/6 | Sí | No | |
| N.4 | Landometacina supositorio 100 mg c/15 | Sí | No | |
| N.5 | Orciprenalina sol. Inyectable 0.5 mg c/3 envase de 1ml | Sí | No | |
| N.6 | Orciprenalina tabletas 20 mg c/30 | Sí | No | |
| N.7 | Terbutalina sol. Inyectable 0.25 mg c/3 ampolletas | Sí | No | |

ANEXO 7. (CALIDAD) RECURSOS HUMANOS

Instrucciones: Lea cuidadosamente todas las respuestas y anote lo que el/la entrevistado/a conteste marcando con una X la opción pertinente.

Del personal que se menciona a continuación, podría indicarnos ¿Quiénes laboran en la unidad y su disponibilidad?

| | Número Total | Laboran todos los turnos 7 días de la semana | Solo en tiempo parcial | No disponible | No sabe | No responde | No aplica | Hablantes de lengua originaria (en número) |
|------|---|--|------------------------|---------------|---------|-------------|-----------|--|
| O. 1 | Enfermeras(os) | | | | | | | |
| O. 2 | Enfermeras obstétricas o parteras profesionales | | | | | | | |
| O. 3 | Médicas (os) generales | | | | | | | |
| O. 4 | Médicas (os) pasantes | | | | | | | |
| O. 5 | Médico certificado en reanimación neonatal | | | | | | | |
| O. 6 | Auxiliar de salud | | | | | | | |
| O. 7 | Técnico bilingüe | | | | | | | |

En los últimos 12 meses ¿qué cursos de actualización en salud materna tomó el personal de la clínica?

| | Personal | Curso | Duración (horas/días) | Observaciones |
|------|---|-------|-----------------------|---------------|
| P.8 | Enfermeras(os) | | | |
| P.9 | Enfermeras obstetras o parteras profesionales | | | |
| P.10 | Ginecólogos u obstetras | | | |
| P.11 | Anestesiólogos | | | |
| P.12 | Médicos (as) Generales | | | |
| P.13 | médicas o médicos pasantes | | | |
| P.14 | Médico certificado en reanimación neonatal | | | |
| P.15 | Auxiliar de salud | | | |
| P.16 | Técnico bilingüe | | | |

3. ¿La unidad médica ha brindado asesoría a las parteras sobre como recibir asistencia pública para financiamiento de proyectos o actividades?

- 1) Si
- 2) No

Especificar por parte de que institución:

4. ¿En esta unidad se otorgan a las parteras las facilidades para que atiendan el proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres en la región?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles:

- a) Material y equipo
- b) Infraestructura
- c) Recursos económicos
- d) Capacitación

5. ¿La unidad promueve el uso de los servicios de partería en la localidad?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cómo:

6. ¿Considera usted que las actividades de las parteras son útiles o generan un beneficio para las mujeres durante el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio?

- 1) Sí
- 2) No

Especifique por qué:

7. ¿En la unidad médica se han implementado talleres o cursos para crear capacidades y competencias especializadas en las parteras?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo:

8. ¿En la unidad médica se han implementado talleres o cursos para crear capacidades y competencias culturales en los profesionales de la salud?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo:

9. ¿Los cursos o talleres para crear capacidades y competencias especializadas en las parteras se realizan en su lengua originaria?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No aplica, por hablarse alguna lengua en la región.

10. ¿En los cursos de capacitación y sensibilización participan organizaciones de la sociedad civil que promueven y protegen la diversidad de las expresiones culturales?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo:

11. ¿En los cursos o talleres se promueve la colaboración entre grupos sociales o culturales con la finalidad de plantear estrategias de organización en caso de emergencias obstétricas?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles:

12. ¿El Sistema Estatal de Salud realiza actividades para promover la transferencia de técnicas, conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo:

13. ¿El Sistema Estatal de Salud otorga incentivos para realizar actividades y promover la transferencia de técnicas, conocimientos y prácticas culturales de la partería tradicional?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles

14. A cuánto asciende la remuneración o incentivo económico para las parteras por:

- a) Consulta prenatal:
- b) Atención del parto:
- c) Consulta en el puerperio:
- d) Otros/ especifique:

15. ¿Las parteras son contratadas por los servicios de salud?

- 1) Si
- 2) No

Explicar el proceso de contratación de las parteras:

16. ¿Las parteras atienden partos en la unidad médica?

- 1) Si
- 2) No

En caso de la respuesta ser NO, especificar el motivo:

17. ¿Sabe usted si el sistema estatal de salud ha realizado intercambios internacionales de profesionales y terapeutas tradicionales que atienden problemas de salud intercultural?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo:

18. ¿Se implementan programas de atención a la salud materna con enfoque intercultural en esta unidad?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles:

19. ¿Se realiza la difusión de información del programa de salud materna en la lengua de las usuarias?

- 1) Sí
- 2) No

20. ¿El personal de salud y/o el personal bilingüe de apoyo promueven los diferentes programas de salud en las lenguas locales?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles:

21. ¿El personal de salud y/o el personal bilingüe de apoyo promueven y difunde los derechos de los pacientes en las lenguas locales?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles:

21. ¿Sabe usted cuantas unidades mixtas y en que localidades se ubican otras unidades en la entidad?

- 1) Si
- 2) No
- 3) No aplica

Especificar número y localidad:

22. ¿Sabe usted de dónde proviene el recurso financiero para las unidades mixtas?

- 1) Si
- 2) No

Especificar de dónde:

23. ¿Sabe cómo se distribuye el recurso para la atención en las unidades mixtas?

- 1) Si
- 2) No

Explicar cómo:

24. ¿La unidad cuenta con estadísticas para identificar las mejores prácticas en salud materna relacionada con la atención de las parteras?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo se realizan los reportes:

2.5 ¿La unidad cuenta con estadísticas relativas a la identificación de expresiones culturales en salud materna?

- 1) Si
- 2) No

Especificar cuáles y cada cuanto tiempo se realizan los reportes:

ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A MUJERES

Instrucciones: la mujer que se entrevistará debe leer cuidadosamente la información que se presenta en este documento, en caso de que la mujer no sepa leer se deberá leer la información contenida en el documento y aclarar todas las dudas que se presenten antes de iniciar la entrevista.

Se solicita que usted participe en una investigación donde se estudia la atención que le han brindado durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Mixto de Huehuetla, Puebla.

Su participación consiste en que deberá contestar las preguntas que están contenidas en un cuestionario, a usted no le implica ningún riesgo, ni físico, ni moral, ni de ningún tipo, solo deberá contestar las preguntas. La investigación no incluye que usted sea revisada.

La información que usted proporcione se mantendrá de manera confidencial, no se dará a conocer su nombre, ni dirección, ni algún dato que la comprometa.

¿Tiene usted alguna pregunta? _____

¿Desea participar en la investigación? _____

De haber quedado clara la información por favor firme lo siguiente:

Yo, _____, acepto participar en esta entrevista de forma voluntaria. He leído (alguien me ha leído) y entendido lo que me han explicado, entiendo que mis respuestas serán confidenciales en todo momento y por cualquier motivo. Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenía, y todas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Firma

Fecha

ANEXO 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD

Instrucciones: Lea cuidadosamente la información que se presenta en este documento, en caso de contar con dudas respecto a la información aquí contenida sea tan amable de comentarlas antes de iniciar la entrevista.

Se solicita que usted participe en una investigación donde se estudia: el Derecho a la protección de la salud materna en el modelo médico con enfoque intercultural.

Su participación consiste en: contestar las preguntas que están contenidas en un cuestionario, a usted no le implica ningún riesgo, ni físico, ni moral, ni de ningún tipo, solo debe contestar las preguntas.

La información que usted proporcione se mantendrá de manera confidencial, no se dará a conocer su nombre, ni dirección, ni algún dato que la comprometa.

¿Tiene usted alguna pregunta? _____

¿Desea participar en la investigación? _____

De haber quedado clara la información por favor firme lo siguiente:

Yo, _____, acepto participar en esta entrevista de forma voluntaria. He leído y entendido lo que me han explicado, entiendo que mis respuestas serán confidenciales en todo momento y por cualquier motivo. Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenía, y todas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Firma

Fecha

ANEXO11. LISTA DE COTEJO PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO

APENDICE A (Informativo)

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad

| CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO | |
|--|--|
| DI | INTEGRACION DEL EXPEDIENTE |
| 1. | Existe el expediente clínico solicitado |
| 2. | Tiene un número único de identificación |
| 3. | Se incorpora un índice guía en las carpetas |
| 4. | Los documentos están secuencialmente ordenados y completos |
| 5. | Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico |
| 6. | Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras |
| 7. | Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas |
| D2 | HISTORIA CLINICA |
| 1. | Ficha de Identificación |
| 2. | Antecedentes heredo familiares |
| 3. | Antecedentes personales no patológicos |
| 4. | Antecedentes personales patológicos |
| 5. | Padecimiento actual |
| 6. | Interrogatorio por aparatos y sistemas |
| 7. | Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales) |
| 8. | Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros |
| 9. | Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad) |
| 10. | Diagnóstico(s) o problemas clínicos |
| 11. | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico |
| D3 | EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A |
| 1. | Nombre del paciente |
| 2. | Fecha y hora de elaboración |
| 3. | Edad y sexo |
| 4. | Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura) |
| 5. | Resumen del interrogatorio |
| 6. | Exploración física |
| 7. | Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento |

| | |
|------------|---|
| 8. | Diagnóstico(s) o problemas clínicos |
| 9. | Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad) |
| 10. | Pronóstico |
| 11. | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico |
| D4 | ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (D4-D11)x |
| | NOTAS DE URGENCIAS (NU) |
| 12. | Motivo de la consulta |
| 13. | Estado mental del paciente |
| 14. | Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias |
| 15. | Se precisan los procedimientos en el área de urgencias |
| D5 | NOTAS DE EVOLUCION (NE) |
| 12. | Existencia de nota médica por turno |
| 13. | Evolución y actualización de cuadro clínico |
| D6 | NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT) |
| 12. | Motivo de envío |
| 13. | Establecimiento que envía y establecimiento receptor |
| 14. | Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia |
| D7 | NOTAS DE INTERCONSULTA |
| 12. | Criterio diagnóstico |
| 13. | Sugerencias diagnósticas y de tratamiento |
| 14. | Motivo de la consulta |
| D8 | NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O) |
| 12. | Fecha de la cirugía a realizar |
| 13. | Diagnóstico pre-operatorio |
| 14. | Plan quirúrgico |
| 15. | Riesgo quirúrgico |
| 16. | Cuidados y plan terapéutico preoperatorio |
| D9 | NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A) |
| 12. | Evaluación clínica del paciente |
| 13. | Tipo de anestesia |
| 14. | Riesgo anestésico |
| D10 | NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q) |
| 12. | Operación planeada |
| 13. | Operación realizada |
| 14. | Diagnóstico post-operatorio |
| 15. | Descripción de la técnica quirúrgica |
| 16. | Hallazgos transoperatorios |
| 17. | Reporte de gasas y compresas |
| 18. | Incidentes y accidentes |
| 19. | Cuantificación de sangrado |
| 20. | Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios |
| 21. | Estado post-quirúrgico inmediato |
| 22. | Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato |

| | |
|------------|---|
| 23. | Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico |
| D11 | NOTA POST-ANESTÉSICA (NPO-A) |
| 12. | Medicamentos utilizados |
| 13. | Duración de la anestesia |
| 14. | Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia |
| 15. | Cantidad de sangre o soluciones aplicadas |
| 16. | Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano |
| 17. | Plan manejo y tratamiento inmediato |
| D12 | NOTA DE EGRESO |
| 1. | Nombre del paciente |
| 2. | Edad y sexo |
| 3. | Fecha y hora de elaboración |
| 4. | Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura) |
| 5. | Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario |
| 6. | Días de estancia en la unidad |
| 7. | Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año |
| 8. | Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios |
| 9. | Resumen de la evolución y el estado actual |
| 10. | Manejo durante la estancia hospitalaria |
| 11. | Diagnóstico(s) final(es) |
| 12. | Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso |
| 13. | Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus) |
| 14. | Problemas clínicos pendientes |
| 15. | Plan de manejo y tratamiento |
| 16. | Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria |
| 17. | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico |
| D13 | HOJA DE ENFERMERIA |
| 1. | Identificación del paciente |
| 2. | Hábitus exterior |
| 3. | Gráfica de signos vitales |
| 4. | Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento) |
| 5. | Procedimientos realizados |
| 6. | Valoración del dolor (localización y escala) |
| 7. | Nivel de riesgo de caídas |
| 8. | Observaciones |
| 9. | Nombre completo y firma de quien elabora |
| D14 | DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO |
| 1. | Fecha y hora del estudio |
| 2. | Estudio solicitado |
| 3. | Problema clínico en estudio |
| 4. | Especifica incidentes o accidentes |
| 5. | Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos) |
| 6. | Nombre completo y firma del médico |

| | |
|---|--|
| D15 | REGISTRO DE LA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES |
| 1. | Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos |
| 2. | Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión |
| 3. | Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión |
| 4. | En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente |
| 5. | Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión |
| D16 | TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO) |
| 1. | Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social |
| 2. | Nombre completo y firma del médico |
| D17 | CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO* |
| 1. | Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico |
| 2. | Nombre o razón social del establecimiento médico |
| 3. | Título del documento |
| 4. | Lugar y fecha |
| 5. | Acto autorizado |
| 6. | Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado |
| 7. | Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva* |
| 8. | Nombre y firma de la persona que otorga la autorización* |
| 9. | Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente) |
| 10. | Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado |
| 11. | Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan |
| * En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico. | |
| D18 | HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO |
| 1. | Nombre y dirección del establecimiento |
| 2. | Nombre del paciente |
| 3. | Fecha y hora del alta hospitalaria |
| 4. | Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria |
| 5. | Resumen clínico |
| 6. | Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo |
| 7. | En su caso, nombre completo y firma del médico |
| 8. | Nombre completo y firma de los testigos |
| D19 | HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO |
| 1. | Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador |
| 2. | Fecha de elaboración |
| 3. | Identificación del paciente |
| 4. | Acto notificado |
| 5. | Reporte de lesiones del paciente en su caso |
| 6. | Agencia del ministerio público a la que se notifica |

| | |
|------------|--|
| 7. | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación |
| 8. | Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica |
| D20 | NOTA DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL |
| 1. | Se integra copia en el Expediente Clínico |
| 2. | Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora |
| 3. | Fecha y hora de elaboración |
| D21 | ANÁLISIS CLÍNICO |
| 1. | Existe congruencia clínico-diagnóstica |
| 2. | Existe congruencia diagnóstico-terapéutica |
| 3. | Existe congruencia diagnóstico-pronóstico |
