



Instituto Nacional de Salud Pública

**Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración
en Sistemas de Salud**

Edilberto Hernández Cárdenas

**Tesis: “Retos de implementación de intervenciones
interculturales en salud: el caso del parto vertical en
Oaxaca”**

Comité de tesis:

Director: Dr. Miguel Ángel González Block

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Dra. Ileana Beatriz Heredia Pi

Lugar Cuernavaca, Morelos, a 09 de agosto de 2013

RETOS DE IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES INTERCULTURALES: EL CASO DEL PARTO VERTICAL EN OAXACA.

Resumen

Objetivo. Analizar e identificar los elementos facilitadores y las barreras de la implementación del parto vertical en Oaxaca. **Material y métodos.** Estudio de caso con metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas, observación participativa y revisión documental, realizado en 2012 en tres unidades médicas en Oaxaca, un hospital general, un centro de salud y un hospital comunitario. Durante el trabajo de campo se obtuvo información a través de 16 entrevistas semiestructuradas con principales actores involucrados en el proceso de implementación del parto vertical en el estado. Se hizo una revisión documental de las políticas nacionales de salud para la atención del parto en mujeres indígenas en las instituciones del sistema de salud mexicano. Para facilitar la identificación de las barreras y facilitadores se tomó como base los Dominios Principales del Marco Consolidado de Investigación de Implementación de LJ Damschroder. Además de la autorización de los directivos estatales para el estudio, se pidió el consentimiento informado de los entrevistados. **Resultados.** El parto vertical fue implementado en Oaxaca en el año 2009, facilitaron su implementación el interés personal de un médico especialista, la participación de las autoridades de los servicios de salud del estado, la aceptación de esta intervención por médicos en formación, parteras profesionales, las evidencias científicas, las redes sociales, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y organizaciones de la sociedad civil; obstaculizaron su implementación la falta de infraestructura, el idioma, falta de respeto y reconocimiento de la medicina tradicional, la no participación de las comunidades en la toma de decisiones, el cambio constante de los tomadores de decisiones, el sindicato de la secretaría de salud, la desconfianza de las usuarias a las unidades de salud, falta de médicos especialistas capacitados en la atención del parto, falta de difusión de las ventajas del parto vertical, la resistencia médica y fenómenos naturales. **Conclusiones.** El parto vertical en los servicios de salud debe ser un servicio oportuno y accesible desde el punto de vista cultural para garantizar a las

mujeres indígenas el acceso y la utilización de los servicios de salud. La implementación de intervenciones interculturales requiere de la participación social de diferentes actores para la generación, consolidación y la sostenibilidad de acciones que favorezcan la sensibilidad cultural en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de atención, mejorando la calidad de los servicios para su mayor aceptabilidad social.

Palabras clave: implementación; parto vertical; indígena, Oaxaca; sistema de salud.

Introducción

Las desigualdades sociales y económicas en México tienen profundas raíces y son cada vez mayores, asumen diversas expresiones y son multifactoriales. Las poblaciones indígenas del país han enfrentado los mayores rezagos socioeconómicos en comparación con los no indígenas, lo anterior se manifiesta en condiciones, niveles y esperanzas de vida desventajosas¹. La mortalidad materno infantil constituye una evidencia de la falta de garantía en el derecho a la salud y la vida, lo que se sustenta en que, desde el punto de vista epidemiológico, la gran mayoría de esas muertes son prevenibles con condiciones de vida favorables y un sistema de salud adecuado a las realidades locales de los pueblos y comunidades indígenas². Los indígenas reportan menor utilización de servicios ambulatorios de salud que los no indígenas, por ejemplo, el porcentaje de indígenas que atendieron su último parto en hospitales (76.4%) fue menor que el de las no indígenas (93.8%)³. Las desigualdades e inequidades constituyen una limitación estructural para la igualdad de oportunidades y disfrute pleno de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud⁴.

Sin embargo, en México contamos con un marco jurídico que está bien enfocado para responder la atención de los pueblos indígenas. El Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que en el territorio mexicano no debe de existir discriminación; el Art. 2° se reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las

comunidades indígenas, en el apartado B III, asegura el acceso efectivo de los indígenas a los servicios de salud mediante la ampliación de cobertura del sistema nacional de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional. El Art. 4º habla sobre el derecho a la protección de la salud⁵. En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, nuestro país estableció indicadores y metas concretas para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio entre ellos el objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y el objetivo 5: Mejorar la salud materna⁶.

Por otro lado, hay esfuerzos del Sistema de Salud Mexicano para mejorar y garantizar el pleno acceso y la utilización total de la población indígena a los servicios de salud, pero particularmente los obstétricos. En 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria con el fin de que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) extendiera su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. En 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación en el país. En 1979 surge el Programa IMSS-Coplamar para extender los servicios de salud a todo el territorio nacional vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país. En 1989 el Programa cambia su nombre a IMSS-Solidaridad. En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) con la finalidad de afrontar rezagos del medio rural en materia de salud, educación y desnutrición. En 2002, para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al Progresá como Programa Desarrollo Humano Oportunidades. En este contexto, cambia de nombre el Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios⁷. A su vez, la Secretaría de Salud para ampliar la cobertura y atender a la población con nulo o limitado acceso a los servicios básicos de salud y para hacer frente a los retos en materia de salud pública de la población más desprotegida del país, en 1996 crea el Programa de Ampliación de

Cobertura (PAC). Durante el periodo 1996-2000, el PAC permitió la cobertura con servicios básicos de salud a mexicanos residentes en áreas rurales marginadas, que carecían de los mismos de manera regular⁸. En el 2001 fue creado el Programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) para atender desafíos de salud materna. Su cobertura se amplió hasta alcanzar la obligatoriedad para instituciones públicas y privadas⁹. En el 2003 nace el Seguro Popular con el fin de legalizar la consolidación del acceso universal y equitativo a los servicios de salud¹⁰.

A pesar de todos estos esfuerzos del sistema de salud mexicano en mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud para disminuir la mortalidad materno-infantil, la población indígena mantiene formas de vida y visiones particulares que se ponen de manifiesto en el conjunto de prácticas y conocimientos relacionadas con la salud, principalmente en el proceso de atención del embarazo y el parto⁴. Estas prácticas y conocimientos de salud materna en las comunidades indígenas en gran parte quedan en manos de las parteras tradicionales que son mujeres que se dedican a atender partos de acuerdo a los hábitos y costumbres de la región donde se localicen, desde la posición, el acompañamiento, el uso del temascal, etc. Esto las convierte en líderes naturales aceptadas y reconocidas por la comunidad. Debido al acceso desigual a la asistencia médica y/o por las preferencias culturales de la población, siguen siendo una importante alternativa para miles de mujeres¹¹.

De este modo ha surgido el interés por hacer adaptaciones interculturales en salud en general, pero particularmente en la atención obstétrica, que pretenden mejorar el acceso de las mujeres indígenas para la atención calificada del parto en las instituciones de salud, un ejemplo de ello es el parto en posición vertical, cuyo fundamento es que la posición vertical del parto es parte de los conocimientos y elementos que integran la cultura indígena. La Dirección General de Medicina Tradicional de Desarrollo Intercultural define la interculturalidad como la adaptación de los servicios de salud a la cultura y a las necesidades y preferencias de los usuarios indígenas, de modo que los usuarios se sientan

cómodos y satisfechos¹². La importancia de considerar la interculturalidad en la prestación de servicios de salud se fundamenta en el hecho de que la salud de las poblaciones tiene una determinación multicausal e incluye aspectos culturales, económicos e históricos de los grupos sociales.

El parto en posición vertical es aquella práctica en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° al plano horizontal, esta posición permite orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento. Diversas investigaciones han reconocido las ventajas mecánicas y fisiológicas del parto vertical para facilitar el periodo expulsivo.¹⁻²

Oaxaca es uno de los estados que han incorporado el parto vertical a los servicios de salud. Este Estado está situado en el sureste de la República Mexicana, es la entidad con mayor diversidad étnica y lingüística de México que expresa la riqueza del patrimonio cultural. Se conforma en ocho regiones geográficas en donde conviven 18 pueblos originarios. La población total es de 3'801,962 habitantes, de ellos, 1'982,954 son mujeres (52.2%) y 1'819,008 hombres (47.8%), el 30% (1 millón 165 mil, 186) son indígenas¹³. Se ubica en el tercer lugar de marginación según datos del Consejo Nacional de Población¹⁴, en el penúltimo lugar nacional de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano de acuerdo a estimaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo¹⁵ y en el segundo lugar nacional según el índice de rezago social construido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social¹⁶.

Una herramienta indispensable para el seguimiento de iniciativas como la del parto vertical, es la investigación de implementación, que es la rama de la investigación en sistemas de salud focalizada en la producción y acceso a nuevas estrategias e intervenciones en salud¹⁷. LJ Damschroder, señala cinco factores principales para constituir un marco consolidado de investigación de implementación (cuadro 1).

¹ Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H. Poseiro JJ SV, et al.: Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol*, 80(2):284-290

²Lugones B. Miguel, Ramírez B. Marieta. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2012;38(1):134-145

Cada uno de ellos influye en el éxito de la aplicación de intervenciones en los servicios de salud¹⁸.

Dominios Principales del Marco Consolidado de Investigación de Implementación
I. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN
II. CONTENIDO EXTERNO
III. CONTEXTO INTERNO
IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS INDIVIDUOS
V. PROCESO

Cuadro 1. Dominios principales del marco consolidado de investigación de implementación.

La evidencia disponible en México sugiere que se cuenta con iniciativas que se enfocan en la atención del parto en mujeres indígenas y que incorporan el componente intercultural en su implementación³. Se carece, no obstante, de evidencias que permitan conocer las características del proceso de implementación del parto vertical en los servicios de salud.

Esta investigación propone analizar los retos de implementación del parto vertical, **identificando los factores facilitadores y las barreras que se presentaron en este proceso.**

El estudio contó con las aprobaciones del Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

Metodología Se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas, observación participativa y revisión documental, para generar evidencia con base en el análisis de significados, conceptos, percepciones, conocimientos y actitudes de los actores involucrados, según su experiencia en torno a la implementación del parto vertical.

³ Secretaría de Salud. Gobierno Federal. Dirección general de planeación y desarrollo en salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud

Selección de informantes. Se incluyó a los principales actores involucrados en el proceso de implementación del parto vertical en el estado, entre éstos a los siguientes directivos estatales: Atención Médica, Salud Materna, Enseñanza, Equidad y Género, Interculturalidad, Regulación Sanitaria y el Sindicato de la Secretaría de Salud, además de los directivos de las unidades de salud: al jefe del servicio de ginecología, a los médicos que atienden el parto vertical, una enfermera de ginecología, una trabajadora social del área de ginecología. El estudio se llevó a cabo en tres unidades de salud en el Estado, un hospital general de concentración, un centro de salud y un hospital comunitario. Se seleccionaron estas unidades de salud por ser unidades donde ya se han implementado acciones de atención del parto vertical.

Técnicas de levantamiento de información. Los datos se recolectaron mediante observación participativa y 16 entrevistas semi-estructuradas. Se llevó a cabo un análisis documental para describir datos del contexto estatal y de las intervenciones interculturales implementadas. La observación participativa se utilizó para registrar las actitudes y las prácticas de los actores involucrados en la atención del parto vertical. Las entrevistas semiestructuradas se utilizaron para dar cuenta de la percepción de los distintos actores sobre la implementación de políticas interculturales. Las entrevistas se aplicaron en los sitios que los informantes seleccionados prefirieron para ofrecer sus testimonios, previo consentimiento informado.

Estrategia de análisis

El análisis de la información se llevó a cabo a través de matrices, organizando la información en categorías analíticas basadas en los dominios del marco de la investigación de la implementación. **Periodo de estudio.** Se llevó a cabo en el estado de Oaxaca del primero de enero al 31 de agosto del 2012.

RESULTADOS

Características de la intervención

El hospital en donde se llevó a cabo la implementación del parto vertical es un hospital general de concentración estatal, cuenta con todas las especialidades y una de las áreas con mayor demanda es el área de ginecología y obstetricia. Llegan pacientes de diferentes regiones del estado con complicaciones obstétricas y/o ginecológicas. Generalmente, las usuarias que acuden para la atención del parto son mujeres de la ciudad de Oaxaca y de los municipios aledaños, ya que en ningún centro de salud dentro de esta área se atiende partos. Según los testimonios de los actores, refieren la existencia de una Red Obstétrica Metropolitana, una estrategia estatal para evitar la mortalidad materno-infantil, toda mujer en trabajo de parto tiene que acudir a este hospital general para su valoración y atención. Durante el periodo de levantamiento de información los actores comentaron que en esta unidad ya no se practica el parto vertical, se implementó en algún momento pero por falta de espacio físico, la mala estructura física de la unidad, afectada por un sismo y la resistencia médica de algunos médicos especialistas, esta intervención fue trasladada a un centro de salud de la periferia de la ciudad. Se observó que llegan muchas pacientes a esta unidad para valoración obstétrica, había mujeres en la sala esperando su turno, las que presentaban signos de riesgo eran ingresadas al área de toco cirugía para su atención inmediata, cabe resaltar que se observaron algunos partos en este hospital y ninguno fue en posición vertical, todos fueron en posición horizontal, todas las pacientes estaban canalizadas, eran asistidas por el personal médico y de enfermería, no se presenció el acompañamiento de ningún familiar en la sala de parto. La sala de parto no tenía tampoco ningún tipo de adecuación intercultural. Se observaron también varias pacientes en camillas en los pasillos en trabajo de parto que no eran ingresadas por falta de espacio. Durante el tiempo que se permaneció en el área de valoración obstétrica, las mujeres con trabajo de parto normal eran trasladadas a un centro de salud de la periferia de la ciudad de Oaxaca. Se acompañó a una de ellas, en el traslado solo iba el chofer de la ambulancia, ya que no había médicos que la acompañaran. Al ingresar al centro de salud observamos que el médico pasante y las enfermeras en turno recibieron a la paciente y al esposo, les explicaron las opciones de la atención del parto y las

ventajas de cada uno de ellos; la paciente y el familiar optaron por un parto en posición vertical. Se le permitió a la mujer estar sola con su familiar, el ambiente estaba tranquilo, sin ruidos, con poca luz, en la sala de parto había dos mesas, una en posición vertical y la otra tradicional, una de las enfermeras le explicó los diferentes momentos del parto, además le mencionó que podía caminar, pararse, acostarse, sentarse, le dio masajes en la cadera y en las piernas. No se canalizó con ningún tipo de solución. Ya cuando estaba en periodo expulsivo, no se le realizó episiotomía. Se obtuvo un recién nacido sin complicaciones. El periodo de alumbramiento fue inmediato sin complicaciones, el médico y las enfermeras pasaron a la paciente al área de alojamiento conjunto. No se identificaron mujeres indígenas en estas dos unidades de salud, por lo tanto para poder observar la atención del parto en mujeres indígenas se acudió a un hospital comunitario de una de las regiones del estado donde el 99.9% de la población es indígena. Al ingresar al hospital se observó que la mayoría de los usuarios portaban su traje típico y se comunicaban en lengua indígena. Se identificó que varios de los prestadores de servicios eran originarios de esa región y hablaban la lengua de la comunidad. Al entrevistar a los directivos nos refirieron que en este hospital no se lleva a cabo el parto vertical, sin embargo algunos médicos lo practican por iniciativa propia. Este hospital cuenta con un albergue que le da alojamiento a las embarazadas y a sus familiares durante su estancia en el hospital. No se observó la presencia de parteras en ninguna de las tres unidades médicas.

CONTEXTO INTERNO

Barreras

Los actores criticaron las condiciones del hospital en donde se implementó el parto vertical. Refirieron falta de infraestructura y espacio para llevar a cabo la acción. A partir de los testimonios se identificó que las pacientes que acuden para su atención llegan con complicaciones, consideraron que un hospital de concentración estatal no es un lugar adecuado para la implementación del parto vertical. Los actores afirman que en esas condiciones es difícil o casi imposible

aplicar esta intervención. Se dicen rebasados de trabajo y con imposibilidad para prestar servicios de calidad. En su opinión la cantidad de pacientes a atender influye en la calidad de los servicios.

“Claro, este hospital, es un hospital de urgencias, de guerra (...) no se puede porque las pacientes que vienen ya vienen complicadas, ya no vienen para la atención del parto humanizado pues, la autoridad quería que aquí fuera así pues, que sea el hospital civil el rector del parto humanizado, pues no está adecuado, no tenemos la implementación, no tenemos las mesas, no hay eso, pero solo tengo ahí [solo] seis camas y ni modo que meta ahí a los familiares (...) no se puede, no se puede implementar si no tienes estructura pues, ya no damos un servicio de calidad cuando no tenemos lugar para hacerlo”. (Ginecólogo Hospital)

Otra barrera que percibieron en la implementación de esta acción en el hospital general fue el idioma, existen 19 lenguas originarias en el estado y los prestadores de servicio no hablan ninguna de ellas, lo que limita la atención a la población indígena. Refirieron además que el hospital no cuenta con traductores lo que hace más difícil la situación. En el hospital comunitario identificamos que algunos de los prestadores de servicios son indígenas y que se pueden comunicar con los pacientes, pero éstos no fueron contratados para ese fin, sino que llegaron como médicos sin tomar en cuenta sus características culturales, lo que implica la falta de una política de contratación de profesionistas indígenas para enfrentar la barrera del idioma.

“desafortunadamente nosotros tenemos una barrera muy grande y la barrera es el idioma ¿sí? usted sabe de que en Oaxaca pues hay prácticamente son 19 grupos étnicos y cada grupo étnico tiene su propia lengua y dentro de ella incluso el zapoteco está subdividido en varias regiones y entonces inclusive por regiones no se entienden ellos mismos ¿no? y lo mismo sucede con el mixteco, entonces tenemos el problema más grande que es ese”. (Director de atención médica)

Según los testimonios de los actores, hace falta el reconocimiento de la medicina tradicional y los conocimientos médicos tradicionales por los servicios y los prestadores de salud propios actores, de parte de ellos existe una gran sensibilidad hacia las necesidades de las poblaciones indígenas, sin embargo, no existe respeto hacia las costumbres de las usuarias en los servicios de salud y por eso no ofrecen el baño de temascal o el baño de hierbas después del parto, por lo que las pacientes se alejan de los servicios de salud, consideraron los informantes

que esto fue una barrera que limitó la implementación del parto vertical en el hospital general.

“entender lo que la comunidad piensa, respetar sus costumbres y tratar de compaginar sus costumbres, por ejemplo, si una mujer quiere parir sentada pues tenemos que respetarla, si una mujer quiere tomar té en lugar de ponerla en ayunas, como nosotros la ponemos en ayunas, pues también tenemos que respetarla, si después del parto se van a dar un baño de temazcal o un baño de hierbas porque ellos así acostumbran, los debemos de dejar y eso es lo que no estamos respetando, las estamos alejando de nuestros servicios” (Coordinación de salud materna)

Otra de las barreras identificada por los prestadores de servicios actores es que las autoridades tradicionales no se acercan a exigir a los servicios que el parto vertical para sus mujeres. Desde la percepción de la población usuaria esto es distinto, consideran que es obligación del estado ofrecer esta atención.

“No, ni presidentes municipales, ni organizaciones externas ni nada se han acercado para que se les dé la oportunidad del parto humanizado ¿sí? no hay nadie que participe como tal ¿sí? nosotros obviamente como servicios de salud sabemos de la necesidad y obviamente nosotros estamos tratando de irnos hacia las comunidades, enfocarnos a la disponibilidad como es la costumbre de la paciente con la finalidad para nosotros es disminuir la mortalidad materno fetal o neonatal.” (Director de atención médica)

Otra barrera que mencionaron fue el cambio constante de los directivos de los programas estatales. Durante las entrevistas se identificó que la mayoría de los tomadores de decisiones llevaban poco tiempo en sus puestos, el cambio frecuente del personal en los puestos estratégicos dentro de los servicios de salud ha sido una constante. Lo anterior afecta la continuidad de los programas implementados.

Otra de las barreras en este proceso es la actitud del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA) en la toma de decisiones. Los actores refieren que el SNTSA decide quienes tienen que ocupar los cargos directivos y operativos, sin tomar en cuenta si cuentan con el perfil. A través de presiones han cancelado los requisitos de ingreso a los servicios de salud. Al entrevistar a un representante del SNTSA Oaxaca, refirió que no son formadores de recursos humanos pero que sí participan en la selección del personal de nuevo ingreso para mejorar la calidad de los servicios de salud en el estado.

“sí nos conflictúa (...) incluso prácticamente la semana antepasada en una reunión sindical quitaron estos cursos como requisito ¿sí? entonces nos quitan estos cursos como [requisito para ingresar a los servicios de salud] y obviamente nosotros justificamos que eran para disminuir la muerte materna pero bueno finalmente ellos desistieron y dijeron de que se quitaran esos cursos como requisito, entonces pues ahorita prácticamente entra cualquiera” (Director de atención médica)

“no somos formadores de ese recurso humano y no somos contratadores directamente pero sí hacemos un análisis de qué gente va a entrar a trabajar, somos partícipes de que sí efectivamente se lleve a cabo esa calidad para que también los pacientes a los que atendemos tengan ese tipo de servicio ¿no? de calidad y calidez” (Sindicato SSA)

Otra de las barreras que los entrevistados señalaron es la discriminación hacia las usuarias, la falta de respeto a la cultura ha hecho que se alejen de las unidades de salud, influyendo esto en la ruptura de la comunicación y desconfianza hacia el personal de salud.

“porque sus costumbres no se les han respetado, primeramente porque nosotros como médicos egresados de una universidad donde nos dan lo técnico, pero no nos dan la metodología para entender a nuestros paisanos, queremos imponer nuestra cultura y eso hace que la gente se aleje, al no respetarles su idiosincrasia, su cultura desde el simple hecho de permitirles tomar té por ejemplo ya estamos agrediendo la cultura que ellos traen, y si todavía de eso lo minimizamos o lo satanizamos entonces estamos influyendo en una ruptura de la comunicación, del acercamiento, de la confianza, y más aun de la desconfianza de ellos hacia nosotros, hacemos que no se acerquen” (Coordinación de salud materna)

Según los entrevistados la falta de personal capacitado en la atención del parto vertical es otra de las barreras en la implementación de esta acción, ya que los médicos especialistas no quieren regresar a las comunidades rurales, quieren ir a grandes instituciones, a centros de investigación, a la alta especialidad, donde tengan acceso a internet, donde puedan practicar la medicina privada.

“Bueno, entonces dejamos a nuestra comunidad descubierta y nos queremos ir a las grandes instituciones, nos queremos ir a los centros de investigación, nos queremos ir a la de alta especialidad y en las comunidades es donde nos necesitan, entonces estamos sufriendo en carne propia que los médicos especialistas que incluso formamos acá se quieren ir a otros estados donde tengan más acceso a internet, tengan más acceso a la medicina privada para llevarse más recursos y rechazamos un hospital que se encuentra a 7 horas de camino donde no hay modo de hacer una privada, no hay modo de ejercer otras actividades más, los mismos médicos especialistas no quieren quedarse en Oaxaca” (Coordinación de Salud Materna)

Otras de los obstáculos para la implementación de esta acción en Oaxaca fue la falta de una amplia difusión del parto vertical entre el personal del salud, la gente que estaba capacitada era la gente cercana al actor que lo implementó, faltó capacitar al personal de toda el área de ginecología y si fuera posible al personal de todo el hospital.

*“De hecho no se ha difundido todavía ampliamente el parto humanizado, ya lo están haciendo ¿no?, ha habido cursos, programas, pero no se ha ampliado, no se ha dado el auge que a la mejor necesita pues, estará capacitada la gente cercana al doctor (...) por falta de tiempo también no se hace, yo no lo he hecho, a mi me han dicho como es, no nos han capacitado pero dicen que hay que estar al pendiente con la paciente **(Médico del centro de salud)**”*

La resistencia médica fue otra de las barreras. Según unos de los actores los médicos deben ir rompiendo el paradigma de lo que les enseñaron en la escuela. Refieren además que también es difícil que las propias instituciones de salud acepten el parto vertical

*“nos ha costado un poquito de trabajo con los médicos, también la cuestión de apoyarlo para que él de un parto mas humanizado o un parto vertical, nos ha costado trabajo porque, pues, yo creo que es parte de ir rompiendo el paradigma de lo que nos enseñaron en la escuela ¿no? la asepsia, la antisepsia, como vas a atender a la paciente en el piso, para el médico es mas incomodo estarse prácticamente tirándose al piso a cachar al bebé y por la cuestión de la contaminación (...) los médicos no aceptan mucho (...) es difícil que la institución también acepte ¿no? porque todos estamos formados de otra manera” **(Director del Hospital Comunitario)***

Facilitadores

Uno de los elementos que se identificó como el factor más importante en la implementación del parto vertical en Oaxaca fue la decisión personal de uno de los actores dentro del hospital. No fue algo planeado, los primeros partos en posición vertical se hicieron por decisión de esta persona.

*“y lo del parto humanizado fue muy al azar no fue algo planeado, yo empecé a trabajar en una clínica de asistencia social (...) curiosamente allí había existido siempre eso de que lo partos se atendieran de esta forma, todo es mucho más sencillo, (...) pero si fue un proceso muy largo” **(Ginecólogo 1)***

También otro factor que facilitó la implementación fue la aceptación del parto vertical por los médicos residentes y médicos internos dentro del mismo servicio,

ya que el médico ginecólogo los capacitaba y los sensibilizaba con el objetivo de lograr esa sensibilidad para tratar bien a la gente.

“Con mis contemporáneos, con los más jóvenes, a los que me acompañaban en mis turnos y obviamente con quienes sí compartía más era con los médicos residentes y médicos internos, entonces curiosamente la gente que no tiene un concepto bien establecido, es la gente que adopta mejor ese modelo, ¿no? con el objetivo de lograr esa sensibilidad para tratar bien a la gente, o sea lo médicos no somos malos, lo que pasa es que nos deforman ¿no? en nuestra educación” (Ginecólogo 1)

Otro de los factores que facilitó la implementación del parto vertical en el hospital general fue la colaboración del secretario de salud del estado, hubo la oportunidad política para involucrarlo en este proceso.

“el Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural habla con el Secretario de Salud, el secretario de salud dice -tienen que estar todos- ahí están todos los directores incluyendo al director del hospital civil y el jefe de la división de ginecología y entonces ese fue el parte aguas político en Oaxaca, porque no podían estar en contra públicamente del modelo porque el secretario lo apoyaba”

CONTEXTO EXTERNO

Barreras

Los actores comentaron que la falta de recursos económicos en materia de salud en Oaxaca ha limitado la implementación de intervenciones para las comunidades indígenas en el estado.

“No ha habido ningún recurso económico, nunca lo ha habido, es lo que yo he hablado con mi jefe (...) no hay absolutamente ningún recurso federal de la Dirección de Medicina Tradicional hacia nosotros, aquí en el estado se detienen mucho por esa cuestión económica de que no hay el recurso para que se lleve a cabo, se va mas a lo prioritario pero no se cubre la necesidad de las comunidades indígenas ¿no (Dirección Interculturalidad)

La ley de Violencia Obstétrica que impulsaron las organizaciones de la sociedad civil, académicos y algunos médicos especialista en la Cámara de Diputados a nivel estatal, fue otro de los obstáculos para la consolidación del parto vertical en el hospital general, la ley obstétrica reconoce y defiende los derechos de la mujer en la atención del parto, prohíbe el maltrato y la discriminación, por lo

que algunos especialistas lo vieron como un abuso en la práctica médica y que no ponía en riesgo su profesión.

“Por ejemplo aquí en el hospital (...) no sé si usted ya se enteró sobre los cambios que debe de haber en la atención obstétrica, los casos legales y las sanciones, hace como cuatro meses salió esa norma pues que la propuso la Comisión de Arbitraje Médico de Oaxaca, las sanciones cuando uno falla, incluso hasta por hacerla gritar pues, dicen que eso ya es delito, no está ahorita ya confirmada o aprobada exactamente, no está, pero dentro de esas peticiones venía el hecho de que un médico haga o presione a la paciente a gritar, eso ya se considera como un delito obstétrico igual hacer una episio por ejemplo, también se considera un delito obstétrico, y van sanciones hasta por seis, siete años pues por hacerla gritar” (Ginecólogo 2).

Facilitadores

Las parteras profesionales también fueron un elemento muy importante en la toma de decisión de llevar a cabo la implementación del parto vertical en el hospital general.

“yo empecé a trabajar en una clínica de asistencia social, curiosamente allí había existido siempre eso de que lo partos se atendieran de esta forma, ¿porqué? Porque había parteras, había una partera de Alemania, una partera de suiza, una partera estadounidense que de repente venían como en sus meses sabáticos, a prestar asistencia social pero nunca se había podido lograr que algún médico y mucho menos especialista prendiera la idea y de ahí salir” (Ginecólogo 1)

Otro elemento facilitador fueron las evidencias científicas de especialistas de otros países de Latinoamérica, que de alguna manera fue la base del sustento científico que motivó para implementarlo en el hospital civil.

“curiosamente en ese congreso se presenta el Dr. Marcos Leite de Brasil uno de los máster promotores de todo América, ginecoobstetra ¿no? y se avienta una plática sobre la evidencia científica de la atención del parto humanizado y todas esas cosas ¿no? Entonces yo dije, bueno soy ginecólogo (...) a ver espérame revisé los lineamientos técnicos del parto vertical, empecé a ver cosas de Perú, de Ecuador, de Argentina, de Chile, de Brasil obviamente” (Ginecólogo 1)

Otro elemento que resaltó en las entrevistas como factor elemental en la implementación del parto vertical fueron las redes sociales que logró establecer el médico ginecólogo durante los congresos a donde asistía.

“empecé a ir a congresos de parteras, y en Chiapas en San Cristóbal de las Casas, en julio de 2008 fui a un congreso de parteras y allí conocí [a una persona] la que ahorita lidera una asociación civil, de ahí me contacté con ella y con la partera que trabajo ahora, y este, y ahí empecé a hacer conexiones y a construir mis redes con las demás personas y estas personas estaban bien conectadas con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de nivel federal” (Ginecólogo 1)

Un factor más que facilitó la implementación del parto vertical fue la colaboración de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud a nivel federal.

“yo estaba haciendo lo mío, me conectan con el Director de Medicina Tradicional, coincide en que ellos ya habían trabajado un modelo, ya habían trabajado la mesa y coincide que llegan a donde hay alguien trabajando y la mejor de las suertes era que entonces coincide que se topan con un especialista en el hospital más grande del estado que ya estaba trabajando, o sea yo ya atendía partos en esta posición, entonces ellos me apoyan para hacerlo oficial” (Ginecólogo 1)

El apoyo de las organizaciones de la sociedad civil que luchan por el respeto de los derechos de la mujer por un parto sin violencia, fue otro de los factores que facilitó la implementación del modelo de atención intercultural del parto en el hospital general, por la presión social hubo apoyo político.

“conocí a la asociación de parteras tradicionales y profesionales, conocí a varias asociaciones que trabajan el parto vertical, que han luchado por los derechos de la mujer por un parto sin violencia, entonces al haber presión social hubo apoyo político” (Ginecólogo 1)

En el **cuadro 1** se resume los resultados clasificados en facilitadores y barreras que se presentaron en la implementación del parto vertical en Oaxaca

Factores Internos	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> -Interés personal de un médico especialista -La participación de las autoridades de los servicios de salud del estado, -Aceptación de la acción por médicos en formación
	Barreras	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de infraestructura -Inseguridad física de la estructura hospital por fenómenos naturales -El idioma -Falta de respeto y reconocimiento de la medicina tradicional -La no participación de las comunidades en la toma de decisiones, -El cambio constante de los tomadores de decisiones, -La actitud del sindicato de trabajadores de la secretaria de salud, -La desconfianza de las usuarias a las unidades de salud -Falta de personal capacitado en la atención del parto vertical -Falta de difusión de las ventajas del parto vertical -Resistencia médica
Factores Externos	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> -Parteras profesionales -Evidencias científicas -Redes sociales -Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural -Organizaciones de la sociedad civil
	Barreras	<ul style="list-style-type: none"> Recursos económicos -La ley de la violencia obstétrica

Cuadro 1. Facilitadores y barreras que se presentaron en la implementación del parto vertical en Oaxaca.

Actores

Los principales actores que participaron en el proceso de implementación del parto vertical en Oaxaca según los testimonios, se muestran en la figura 1. Algunos de ellos contaban con conocimientos y experiencias sobre el parto vertical, otros prácticamente desconocían el tema ya que tenían poco tiempo en su cargo. Las evidencias que se identificaron en las entrevistas eran desde la práctica personal hasta los revisados en artículos científicos publicados en otros países, algunos otros enriquecían sus conocimientos con las capacitaciones en los congresos de ginecología y obstetricia, otros lo hacían en los encuentros de enriquecimiento mutuo con las parteras tradicionales y profesionales; y con las asociaciones civiles. El actor importante en este proceso de implementación desde los testimonios fue el médico especialista que tenía conocimiento teórico-práctico por su actividad en la consulta privada, acudía a los congresos del parto vertical, en las reuniones con las parteras o con las asociaciones civiles prácticamente contaba con todos los elementos y fue lo que le llevó a implementar esta acción en el hospital general, como especialista capacitó a médicos en formación: residentes

e internos, quienes no opusieron resistencia al cambio. Los que mostraron resistencia fueron los médicos especialistas con años de experiencia en la atención del parto institucional. El actor principal es identificado por otros actores por su iniciativa en el proceso de implementación. Logró tener contacto con todos los actores involucrados, con la Dirección de Medicina Tradicional, los servicios de salud del estado y organizaciones de la sociedad civil.

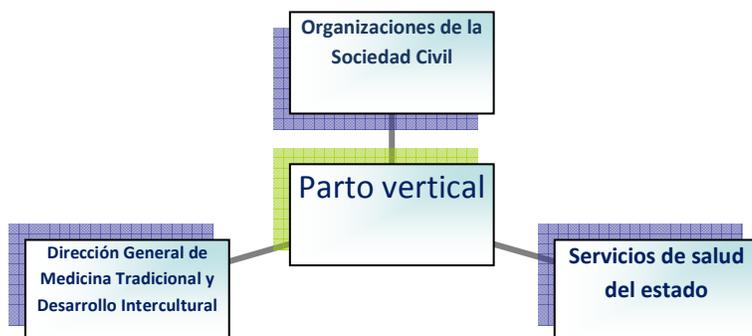


Fig. 2. Principales actores que participaron en el proceso de implementación del parto vertical en Oaxaca.

DISCUSION.

En este estudio nos adentramos en las barreras y factores facilitadores que se presentaron en la implementación del parto vertical en Oaxaca de acuerdo a la percepción de los actores involucrados. Esta aproximación nos ha permitido conocer y resaltar algunos aspectos cuya consideración resulta relevante en la organización de los servicios de salud del estado, en la implementación de intervenciones interculturales dirigidas a poblaciones indígenas.

Llama la atención que siendo uno de los estados con mayor diversidad cultural por la importante presencia de pueblos indígenas (16 grupos étnicos), con

mayor número de municipios indígenas, donde se rigen por el sistema de usos y costumbres, primer lugar a nivel nacional por número de unidades médicas con 43.4 unidades médicas por cada 100 mil habitantes, siendo el nacional de 19.8¹⁹, no existe una política de salud específica de atención a pueblos indígenas, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicional.

La falta de voluntad política, la escasez de información y de estadísticas sobre los pueblos indígenas dificulta los procesos de gestión, la definición de prioridades y la creación de políticas que ayuden a reducir las inequidades en salud⁴.

Hay que reconocer algunos avances como los talleres de enriquecimiento mutuo entre los conocimientos médicos tradicionales y científicos, la capacitación y certificación de las parteras tradicionales¹². Sin embargo, falta responder de manera organizada en materia de salud materna a las necesidades básicas de las mujeres indígenas. Países como Perú⁴ y Ecuador⁵ con características culturales similares a México, cuentan con instancias encargadas de las políticas y programas de salud de los indígenas, algunas de las cuales han intervenido en la incorporación de la atención del parto en posición vertical, considerando la cosmovisión y las creencias de los indígenas⁴.

México cuenta con un marco jurídico que está bien enfocado para responder las necesidades de los indígenas, sin embargo la introducción del enfoque intercultural en el sistema de salud le ha faltado el apoyo político y económico necesario para que las políticas tengan el alcance e impacto positivos que se esperan y puedan atender eficazmente los problemas en el acceso y utilización de los servicios de salud⁴.

⁴ Norma Técnica para la atención del parto vertical, con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República de Perú, 2005.

⁵ Norma Técnica Nacional de Atención del Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización, República de Ecuador, 2008.

El Ministerio de Salud en México ha ejecutado políticas y reproducido experiencias que promueven la incorporación de los tratamientos y las medicinas tradicionales a los servicios de salud, sin embargo en Oaxaca identificamos la ausencia de las parteras tradicionales en los servicios de salud tanto a nivel operativo como en la toma de decisiones. El factor fundamental en la atención del parto de las mujeres indígenas es la participación directa de las parteras tradicionales, ya que éstas ofrecen un servicio integral desde la cosmovisión de las propias usuarias. La falta de conocimientos e información del personal de salud sobre la importancia que tienen las parteras tradicionales, ha perpetuado la discriminación hacia los conocimientos empíricos de las comunidades indígenas.

El parto vertical es una práctica milenaria de quizá todas las culturas, como puede apreciarse en la literatura científica. Si bien la atención del parto en las instituciones de salud se atiende en posición horizontal para facilitar el uso del fórceps y la anestesia peridural durante el trabajo del parto, estos procedimientos se inscriben dentro del enfoque biomédico occidental.

Hace falta dar el siguiente paso, la institucionalización del parto vertical, en México contamos con las recomendaciones de la OPS, la OMS, las experiencias exitosas de algunos países latinoamericanos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

Diversas barreras dificultaron la implementación del parto vertical en Oaxaca, una de las principales en este proceso fue la falta de infraestructura. Una de las propuestas de las Dirección de Medicina Tradicional que participó en la implementación es el hospital intercultural en el que intencionadamente se incorporan elementos arquitectónicos y procedimientos de atención para fortalecer las condiciones de salud, integra diferentes servicios interculturales: módulo de traducción si el porcentaje de la población indígena es significativo, atención intercultural del parto, la dieta intercultural, servicios con otros modelos de tratamiento como herbolaria, acupuntura y homeopatía, servicios con medicina tradicional indígena donde la partera es la principal prestadora. Además propone los siguientes principios y criterios: participación de los usuarios y prestadores en el diseño y definición de espacios, amigabilidad y competencia cultural,

sustentable para la gente, saludable para el ambiente y sustentable económicamente. Incluye una política de contratación y capacitación de los recursos humanos, así como la apertura para el análisis y en su caso adecuación de los procedimientos y normas que se han venido aplicando²¹.

Los resultados muestran que muchas de estas propuestas fueron precisamente las barreras que limitaron la implementación del parto vertical en Oaxaca, hay que reconocer lo que se ha hecho, sin embargo es importante retomar estas propuestas y aplicarlas en otros hospitales del estado y del país donde se vaya a implementar el parto vertical.

Las unidades de atención médica tienen la obligación constitucional de prestar atención en el idioma de la población que atiende, el sistema de salud oaxaqueño no cuenta con traductores o intérpretes que hagan accesible un servicio con eficiencia, ya no digamos con calidez. La falta de comunicación fomenta la desconfianza y el incumplimiento de los tratamientos, además del alejamiento del usuario de las instituciones.

Para facilitar esa comunicación entre los servicios de salud y los usuarios indígenas se requiere la formación y contratación de recursos humanos y ésta debe ser una tarea compartida, no solo del sector salud sino también de las Universidades e instancias educativas locales, éstas deben participar en la capacitación, acreditación y certificación de los intermediarios interculturales. Los pueblos indígenas deben participar mayoritariamente como futuros tomadores de decisiones fortaleciendo los servicios de salud con intérpretes y traductores, capacitándose adecuadamente y participando en programas interculturales. Solo así, con el apoyo y participación de todos, se logrará establecer un plano de mayor equidad, paridad e igualdad en el derecho a la salud.

El personal no indígena presenta una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud de las comunidades indígenas¹², por lo tanto es importante diseñar una política de contratación dándoles a los profesionistas de las comunidades indígenas esa oportunidad y una seguridad laboral que los estimule a regresar con los suyos, es necesario desarrollar una política en donde se les contrate por esa potencialidad cultural y profesional que

tienen para llevar a cabo la función de mediador intercultural entre la institución y sus propias comunidades.

Cabe destacar que falta la sensibilización en el personal directivo ya que se pudo identificar que en el discurso hay un compromiso con los pueblos indígenas pero no se tienen programas orientados a éstos. El discurso de interculturalidad parece haber sido más una estrategia para demostrar que sí se incluye a los pueblos indígenas y que sí se cumple con los requisitos internacionales de salud.

En el estado no se identificó ni una unidad con adecuaciones interculturales, a pesar de que es el estado con mayor población indígena, podemos pensar que esto es debido a la persistencia del modelo biomédico institucional donde los programas se dirigen a la población en general sin tomar en cuenta los aspectos culturales de grupos específicos.

Queremos recalcar en esta investigación que, generalmente los programas de salud son implementados de manera vertical, donde las decisiones se toman desde arriba por cuestiones meramente políticas y se van adaptando de acuerdo a las necesidades de los servicios de salud. No hubo un proceso de planeación, ni se diseñó adecuadamente, no fue una estrategia gestada desde los servicios de salud, fue una iniciativa de una persona, fue una acción de atención del parto más gradual, menos claro y más confuso, pero que al final de cuentas logra implementarse. No se consolida por múltiples factores internos y externos, pero tuvo respaldo político para darse a conocer y poner al estado de Oaxaca como pionero en la atención del parto.

CONCLUSIONES

El parto vertical en los servicios de salud debe ser un servicio oportuno y accesible desde el punto de vista cultural para garantizar a las mujeres indígenas el acceso y la utilización de los servicios de salud. La implementación de intervenciones interculturales requiere de la participación social de diferentes actores para la generación, consolidación y la sostenibilidad de acciones que favorezcan la sensibilidad cultural en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de atención, mejorando la calidad de los servicios para su

mayor aceptabilidad social. El objetivo del sistema de salud es responder a las necesidades de salud de los mexicanos, esta aportación por lo tanto pretende fortalecer la implementación de acciones interculturales en otras regiones del estado y del país para el beneficio de los pueblos indígenas.

Bibliografía

1. Jusidman Clara. Desigualdad y política social en México. Revista Nueva Sociedad No 220, marzo-abril 2009, ISSN: 0251-3552.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Naciones Unidas, octubre de 2010.
3. René Leyva, César Infante Xibille, Edson Serván Mori, Juan Pablo Gutiérrez. Inequidad persistente en salud en los pueblos indígenas: retos para el sistema de protección social. <http://ensanut.insp.mx>. [consultado el 22 de julio de 2013]
4. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(4):368–76.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1º, 2º y 4º.
6. Gobierno Federal. Los objetivos de desarrollo del milenio en México. Informe de avances 2010. <http://www.objetivosdedesarrollodemilenio.org.mx/ODM/Doctos/Inf2010.pdf> [consultado el 22 de julio de 2013]
7. http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx [consultado el 22 de julio de 2013]
8. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/acsropac.html> [consultado el 23 de julio de 2013]
9. <http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antecedentes-2010/649-arranque-parejo-en-la-vida.html> [consultado el 23 de julio de 2013]
10. http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=381 [consultado el 23 de julio de 2013]
11. Jiménez Silvia, Pelcastre Blanca, Figueroa Juan G. Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. Rev Chil Salud Pública 2008; Vol 12 (3): 161-168
12. Almaguer González José A. García Ramírez Hernán, Vargas Vite Vicente. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo del parto en posición vertical en los servicios de salud. Secretaría de Salud. México 2008.

http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf
[consultado el 30 de julio]

13. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/oax/Panorama_Oax_T1.pdf [consultado 20 de mayo de 2013]

14. Estimaciones del CONAPO con base en INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2010*.

15. Estimaciones del Consejo Nacional de Población. 2010.

16. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL 2010. Disponible en <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx> [consultado el 30 de mayo de 2013.]

17. González B. Miguel A. Investigación de implementación de innovaciones para el control de enfermedades de la pobreza. Programa de actualización en salud pública y epidemiología. Verano 2011. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

18. Damschroder et al. 2009. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science.

19. Bonfil B. Guillermo. México profundo. Debolsillo. Mexico 2012

20. Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016

21. Almaguer G. Alejandro. Mas O. Jaime. Interculturalidad en Salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. UNAM. Secretaría de Salud. México 2009.