

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

“ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO ENTRE PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS TRADICIONALES”



ÍNDICE

I.- RECONOCIMIENTOS

II.- INTRODUCCIÓN

III. ANTECEDENTES

IV. CONDICIONANTES CULTURALES

V. LA COMPETENCIA CULTURAL

VI. LA RELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LAS PARTERAS TRADICIONALES

VII. EL MODELO DE CAPACITACIÓN CONVENCIONAL

VIII. EL MODELO EDUCATIVO INTERCULTURAL

IX. LA METODOLOGÍA DE ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO

X. LOS ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PARTERAS TRADICIONALES

XI.- APORTES DE LOS ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO: CONOCIMIENTO DEL MODELO TRADICIONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

XII. ANEXO: MODELO DE CARTA DESCRIPTIVA

I. RECONOCIMIENTOS

Queremos reconocer en primer lugar a las parteras tradicionales de los Estados de San Luís Potosí, Nayarit, Guerrero, Tabasco, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Morelos, y el Estado de México que participaron en diferentes Encuentros de Enriquecimiento Mutuo aportando de manera desinteresada conocimientos y experiencias,

Así mismo agradecemos a las personas que en los diferentes estados del país, participaron organizando y llevando a cabo dichos encuentros: A las doctoras Socorro María González Ruiz, Francelia Puente Solís y Graciela García Grajiola; a las enfermeras Rosa María Parra Osuna y Martha Oliver Cruz; a la bióloga Denia Domínguez Canabal, a la partera profesional Maya Pineda García, a las licenciadas Guillermina Valeriano Ensaldo y Celia Bertha Falomir Morales, y a la trabajadora social María de la Paz Díaz Copka.

II. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades han operado desde hace varios años programas de articulación con parteras tradicionales rurales. Su propósito había sido el extender los servicios de salud y ampliar la cobertura en los lugares donde éstos no han llegado, llevando una relación de *asimilación y subordinación* con las parteras, sin que existiera un reconocimiento a su modelo de atención del parto, ni interés en conocer las ventajas (técnicas y culturales) que éste puede ofrecer.

Recientemente, agosto de 2004, en la Secretaría de Salud se viene desarrollando un modelo intercultural, que parte de reconocer la diversidad cultural, establecimiento de relaciones horizontales con los usuarios y practicantes de otros modelos de atención a la salud y enriquecimiento mutuo.

Se pretende fomentar estrategias de coordinación y articulación entre los servicios que ofrece esta Secretaría y los actores sociales del modelo tradicional de atención a la salud, con el fin de buscar una mayor relación entre ambas prácticas en favor de la salud de la población, con la intención de consolidar bases para el desarrollo de un sistema complementario intercultural de atención a la salud.

Con respecto a los programas de formación y articulación con parteras tradicionales, se pretende a través de estimular procesos de intercambio y escucha mutua de manera que los servicios de salud y el modelo tradicional de la partería puedan mejorarse, enriqueciéndose mutuamente, para que cada uno de manera crítica pueda remover elementos negativos y fortalecerse con los positivos de una manera sinérgica. Es una relación que favorece el empoderamiento y desarrollo de la medicina tradicional, así como un enriquecimiento del modelo médico convencional. Sus principales elementos son: reconocimiento la diversidad, respeto a las diferencias, sinergia, horizontalidad y complementariedad.

Con esto se reconoce que la partería tradicional forma parte del sistema médico tradicional indígena, que parte de una cosmovisión diferente y que comparte con otros actores sociales del modelo médico tradicional.

Por estas razones, se diseñó una metodología que pretende facilitar la escucha y el enriquecimiento mutuo entre el personal de salud y las parteras tradicionales, para

fortalecer el trabajo de ambos practicantes de la salud, que pretende llegar a acuerdos concretos, en un proceso de negociación intercultural.

Esta metodología ya se ha llevado a la práctica en los estados de San Luis Potosí, Nayarit, Tabasco, Estado de México y Guerrero con resultados importantes, evidenciando en algunos de ellos reducción de la mortalidad materna. Variantes de esta metodología se han aplicado también en Veracruz y Morelos.

El presente documento va dirigido a proporcionar una herramienta metodológica que facilite la relación intercultural entre el personal de salud y las parteras tradicionales, de manera que se erradiquen barreras culturales, se adquiera competencia cultural en los servicios, y se enriquezcan ambos. Con ello se pretende facilitar la labor que realizan los participantes de los dos modelos, y aumentar la eficacia de las acciones y la satisfacción del usuario que participa en los servicios.

III. ANTECEDENTES

La mortalidad materna en zonas indígenas en México es grave y preocupa a diferentes sectores de la sociedad. Su problemática es multicausal y está relacionada con las condiciones de vida y pobreza que la mujer indígena sufre, en parte por la situación agrícola en el campo, la opresión cultural hacia la mujer propia del modelo patriarcal que en el campo llega a situaciones extremas y las condiciones de acceso a los servicios médicos.

Desde los procesos de acceso y atención en los Servicios de Salud, podemos identificar cuatro grupos de causas relacionadas con la mortalidad materna:

El primero tiene que ver con la carencia de equipo, insumos, material e infraestructura. Esto incluye entre muchos elementos las unidades de salud en buen estado, los medicamentos, equipos completos para cirugía y complicaciones, hasta contar con equipo de radiocomunicación, ambulancias, gasolina y refacciones para las mismas.

El segundo grupo de causas tiene que ver con la falta de capacidad técnica del personal de salud, tanto para la identificación de situaciones de riesgo, anticiparse a las complicaciones, así como la capacidad de la atención normal y complicada del embarazo, parto y puerperio.

El tercero, con la escasa interrelación y flujo armónico entre los diferentes niveles de las redes de servicios.

El cuarto con la falta de competencia y amigabilidad cultural de los servicios, programas y personal, que aleja a las mujeres de los servicios.



IV. CONDICIONANTES CULTURALES

En nuestro país según estimaciones de CONAPO¹, se calcula la población indígena para el año 2005 en 13,433,160 habitantes, lo cual corresponde a 12.21% de la población. Oficialmente se identifican 62 grupos indígenas, una de las mayores diversidades en América Latina.

Estos pueblos cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional. Como elementos sustanciales de esta cosmovisión podemos apreciar que la salud y la enfermedad se consideran como situaciones de equilibrio o desequilibrio que se manifiestan en estados fríos o calientes. Todo lo que sucede en el planeta Tierra y el cosmos se puede clasificar también como frío y caliente, y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad, alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad.

Los servicios de salud, específicamente los hospitales, se consideran como una oportunidad para atender distintas enfermedades y específicamente las complicaciones del parto. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones se puede percibir como un lugar con riesgos importantes a la salud.

Específicamente con respecto al parto se señala:

- *“Que la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialdad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”;*
- *que se le da de alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar;*
- *que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar;*
- *que maltratan y humillan a la mujer produciendo “derrame de bilis” que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche,*
- *y específicamente con la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la “bajada del niño”, las contracciones, pujar y aumenta los dolores”.*

Ahora entendemos que estos elementos presentes en los servicios funcionan como “barreras culturales”, que dificultan (o alejan) a los usuarios indígenas de los servicios. Éstas se originan en el marco normativo para la definición planes, programas, espacios físicos y en la formación del personal de salud. El disminuirlas o erradicarlas favorece la “amigabilidad cultural” y el acercamiento de los usuarios a los servicios; también favorece la comprensión de la enfermedad y la adherencia a los tratamientos.

¹ Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000 – 2010. Colección Prospectiva. CONAPO. México. 2005.

Dentro de la problemática compleja de la mortalidad materna en zonas indígenas, es importante considerar falta de competencia cultural de los servicios y del personal de salud que se traducen en francas barreras culturales.

Las barreras culturales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, Esto limita y/o dificulta el acceso “real” de estos últimos a los servicios. Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se ofrece la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falto de sensibilidad, respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios de salud aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social², lo que ha propiciado, la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural y en muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes³.

En el caso de la población indígena, ésta posee diferentes conceptos de riesgo y causalidad, derivados de una cosmovisión particular donde el equilibrio frío-calor es muy importante, desde la cual percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden:

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud paciente respetuosa y cercana.
- Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, éstos tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina tradicional mexicana sigan vigentes en las preferencias de la población.

Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos⁴:

- ❖ Las que se presentan desde la estructura y organización de los servicios
- ❖ En el establecimiento o espacio de salud,
- ❖ En los prestadores de salud y

² Matamala, María Isabel, Fanny Berlagoscki., Gloria Salazar, Lorena Nuñez: Calidad de la Atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?. Ed.COMUSAMS-ACHNU, Santiago de Chile, 1995.

³ Recomendación No. 4 de diciembre de 2002 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

⁴ Clasificación modificada de: Matamala María Isabel, Fanny Berlagoscky, Gloria Salazar y Lorena Nuñez: Calidad de la atención. Género. Salud reproductiva de las mujeres?. COMUSAMS – ACHNU. Santiago de Chile, 1995.

- ❖ En la población usuaria.

En la estructura de los servicios (el sistema)



Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de los mismos, los marcos éticos, el ejercicio del poder, los programas, planes, normas, prejuicios, valores, la participación de los usuarios y el ejercicio de la ciudadanía en ellos.

En tanto que sistema, las relaciones que establece la institución de salud con las personas usuarias, están traspasadas culturalmente por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios.

En el establecimiento o espacio de salud

Tienen que ver principalmente con la concepción que el usuario tiene del confort, lo cual es determinado por su cultura y el clima de la región. Esto aplica con el aspecto y diseño de los espacios, y repercute en elementos como las señalizaciones, el mobiliario, la dieta para enfermos, y los espacios para los niños, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas).



En las personas prestadoras



Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios.

Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias.

En las personas consultantes o usuarias

Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; la conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, machismo, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.



V. LA COMPETENCIA CULTURAL

Por competencia cultural entendemos la habilidad y capacidad de las personas e instituciones (en este caso de salud) para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos.

Ser “culturalmente competente” se refiere a la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Entendemos por amigabilidad cultural la adaptación de los servicios a la cultura y necesidades de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

Para que un servicio de salud sea “*culturalmente amigable*”, requiere forzosamente de *competencia cultural*.

Las instituciones *culturalmente competentes* poseen la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades.

La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud, promoviendo:

- La escucha de los usuarios desde su manera de percibir el mundo.
- La indagación y atención de sus expectativas.
- La comprensión de sus códigos culturales.
- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.
- La detección y eliminación de las barreras culturales existentes



Hospital comunitario de Aquismón, S.L.P.. Oct.. 2006
Primer Hospital intercultural acreditado

VI. LA RELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LAS PARTERAS TRADICIONALES

Existen tres formas en las que se ha dado la relación de los servicios de salud con las parteras tradicionales:

Una relación de rechazo y competencia

Se considera a la medicina tradicional como un elemento primitivo que entorpece el progreso y predispone riesgos a la salud. Supone una competencia con los servicios modernos de salud.

Una relación de asimilación y subordinación

Se considera que el trabajo de las parteras rurales puede ayudar a extender los servicios de salud y ampliar la cobertura. No se consideran como integrantes de un sistema médico diferente con aportes propios.

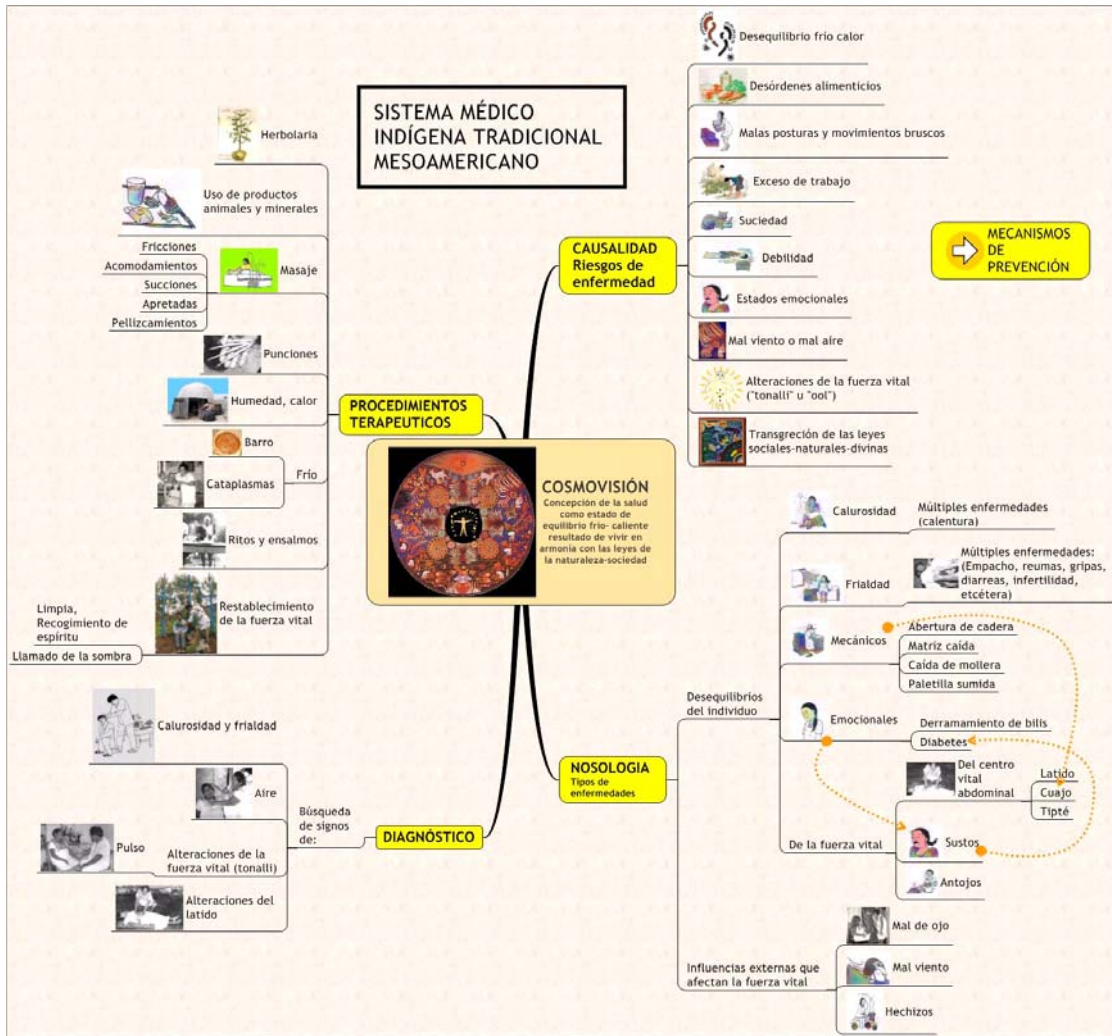
Una relación intercultural de sinergia y complementariedad

Se pretende establecer relaciones equitativas y horizontales con las parteras, reconociendo su afiliación al sistema terapéutico tradicional. Se procura enriquecimiento con los aportes de ambos sistemas

El parto es un evento fisiológico natural. La atención del mismo por las parteras en condiciones óptimas es suficiente. Las parteras tradicionales son terapeutas tradicionales especializadas en la atención del embarazo, parto y puerperio, cuyas prácticas se encuentran enmarcadas en el modelo tradicional de atención a la salud, que forma parte de la medicina tradicional⁵.



⁵ Se considera a la medicina tradicional como un sistema completo de atención a la salud, que conlleva una concepción determinada de la salud y enfermedad; una comprensión de la causalidad de las enfermedades y desequilibrios; una clasificación de los mismos; formas específicas de diagnosticarlos; reglas y recomendaciones para prevenirlos; distintos procedimientos terapéuticos, y un cuerpo de terapeutas definidos en relación a todo el sistema, de los cuales las parteras forman parte.



Éste modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio, como todos posee fortalezas y debilidades en la atención de las mujeres embarazadas y parturientas^{6,7}.

Si la medicina moderna y las instituciones del sector salud resultan poco accesibles y atractivas para las mujeres indígenas por las condiciones de acceso y cultura referidas, la medicina tradicional aparece como una alternativa valorada positivamente por la mayoría de ellas y por sus parejas: la disponibilidad y fácil acceso de las parteras, el bajo costo de sus servicios, las facilidades de pago, el que en su mayoría sean mujeres, el que paciente y partera compartan lengua y cultura, la calidez del trato, la visita domiciliaria, la seguridad que infunden a las parturientas, y los servicios adicionales como el masaje preparto, la habilidad en la protección del periné, las posiciones verticales en el trabajo de parto, el masaje postparto conocido como “apretadas”; los alimentos recomendados, como el caldo de gallina después del parto; el lavar toda la ropa usada en este evento, el dar tisanas, el brindar el baño de temascal y fajar durante el puerperio, entre otros; hacen de las parteras protagonistas importantes y difícilmente sustituibles en la atención de las madres indígenas.

Sin embargo en la realidad, esta atención no es suficiente. La situación se complica ante las situaciones de riesgo obstétrico presentes en las condiciones de la vida sexual y reproductiva de la mujer indígena: la edad temprana y tardía de embarazos, la anemia y desnutrición facilitan la presencia de complicaciones ante las cuales no existen las condiciones adecuadas de atención en muchas comunidades indígenas.

Nueve de cada diez eventos reproductivos se desarrollan normalmente. Nueve de cada diez mujeres embarazadas puede recurrir a una partera y recibir atención adecuada si es que la partera conoce los procedimientos adecuados y condiciones de higiene. Sin embargo, de acuerdo a la estadística, una de cada diez embarazadas puede tener complicaciones. Para evitar que la complicación se convierta en muerte se requiere que embarazadas, familiares y parteras detecten oportunamente el riesgo; y también que la madre sea aceptada sin pérdida de tiempo en instituciones de salud que cuenten con el personal y los recursos adecuados⁸.

La mayor parte de las muertes maternas se presenta entre el trabajo de parto y las siguientes 24 horas, lo cual indica que en caso de complicaciones no hay tiempo que perder. Así que el establecimiento previo de acuerdos entre el sistema tradicional (parteras) y los servicios de salud (médicos, hospitales o clínicas...) es indispensable para evitar la muerte materna.

Pero la realidad es que existe una gran contradicción en los servicios de salud en la relación que guardan con las parteras. Existen programas en la Secretaría de Salud e IMSS Oportunidades, que pretenden fortalecer la formación de las parteras e inclusive certificarlas. Sin embargo es común que ya en los servicios de salud, sobretudo en los hospitales, ellas no sean reconocidas y sean maltratadas. Existen muchas quejas que refieren que cuando las parteras tienen que llevar a la paciente

⁶ Méndez González Rosa María y María Dolores Cervera Montejano. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública de México/ Vol 44, No 2, marzo-abril de 2002.

⁷ Klein Susan. Un Libro para Parteras. Editorial Pax. México, 1998.

⁸ Espinosa, Damian Gisela, 213 Voces Contra la Muerte en zonas indígenas, UAM, 2003

hasta el hospital, son tratadas de manera agresiva por el personal, como una persona de poca valía (por su extracto social) y como si fuera la responsable de la complicación. No les brindan información de la situación de la paciente y no las dejan entrar a la consulta, ni cuando es necesario el servicio de traducción.

Otra situación que se agrega es que cuando la partera lleva a la clínica rural una paciente de la cual sospecha riesgo y complicaciones, en muchas ocasiones no existe las condiciones de traslado de parte de dicha clínica, con lo que la partera tiene que llevar a la paciente hasta el hospital gastando en el transporte y perdiendo su día. Cuando esto sucede no existe ninguna compensación para ella, además de que la familia ya no le paga a la partera puesto que la atención del parto se llevó a cabo en los servicios de salud.

Todas estas situaciones desestiman a la parteras a referir las pacientes con riesgo y los casos complicados a los servicios de salud.

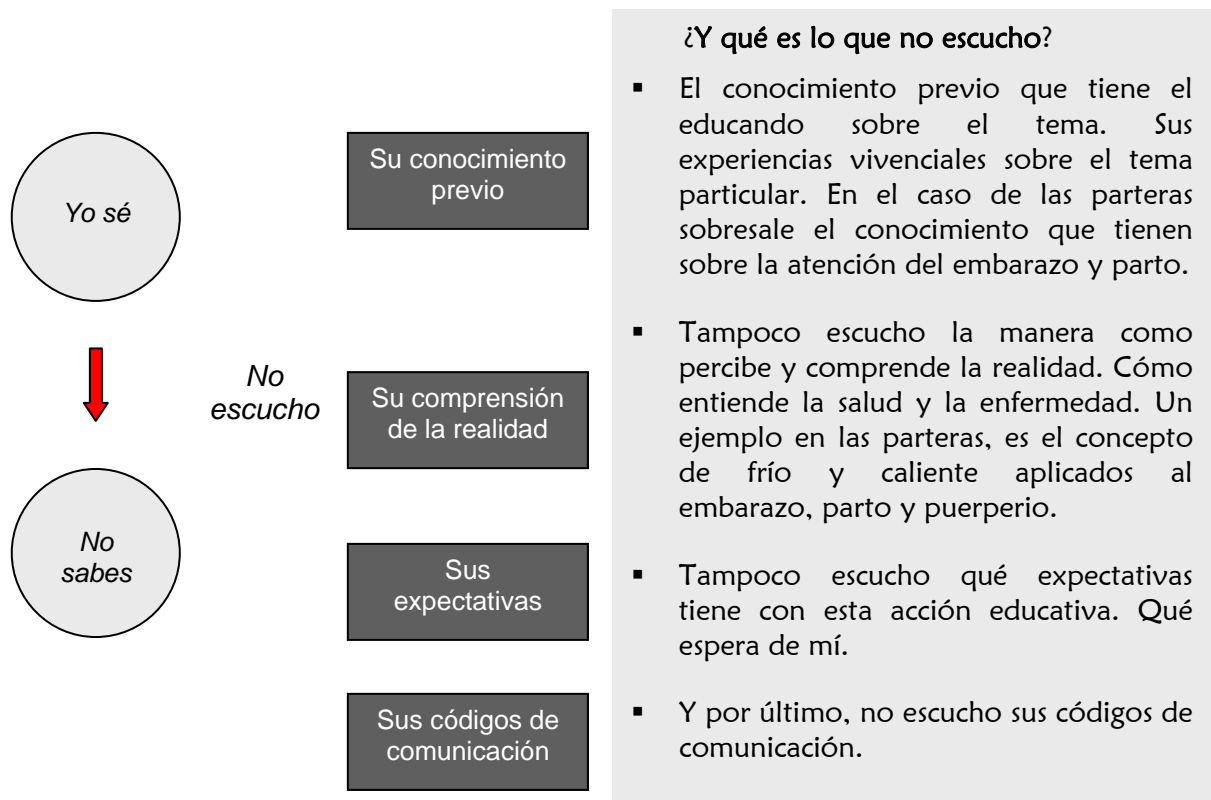
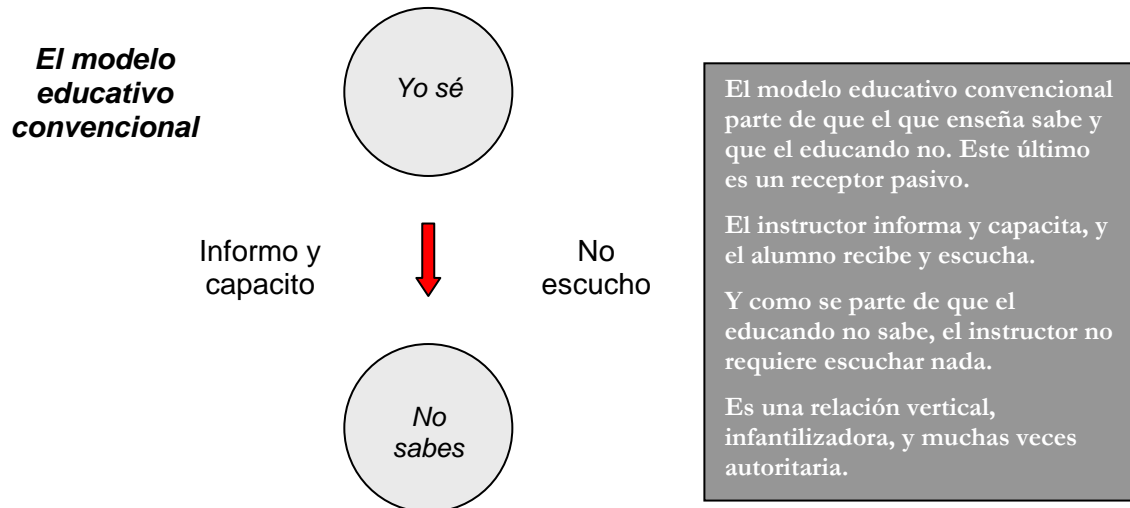


Partera Teenek. Hospital Comunitario de Aquismón, S.L.P.

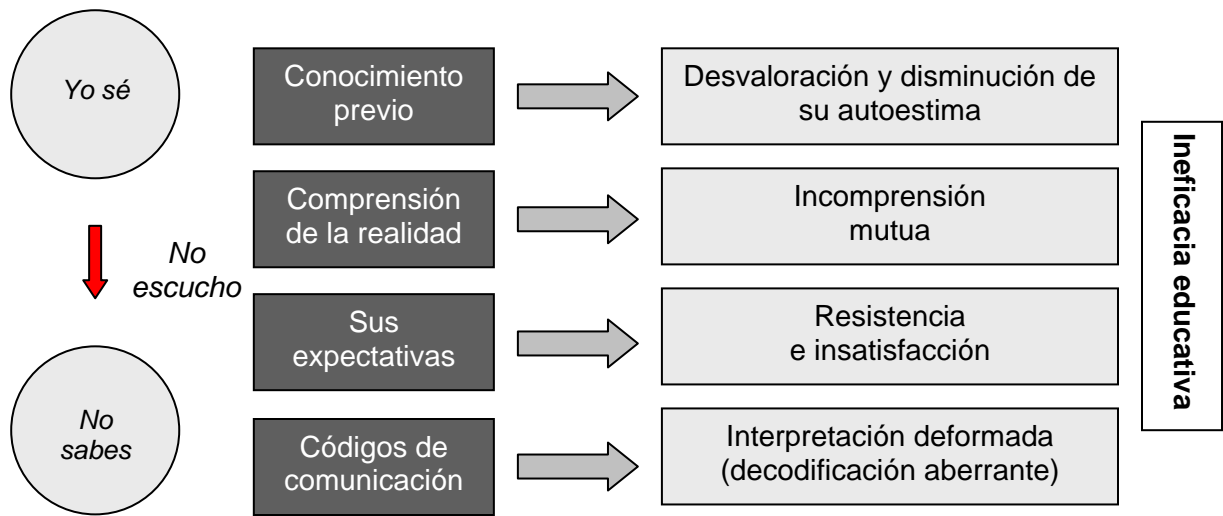
VII. EL MODELO DE CAPACITACIÓN CONVENCIONAL

Es común escuchar de los programas de capacitación para las parteras tradicionales. Este concepto tiene mucha mayor trascendencia de lo que se cree, por lo que implica el término de capacitación.

Está asociado al modelo educativo convencional.



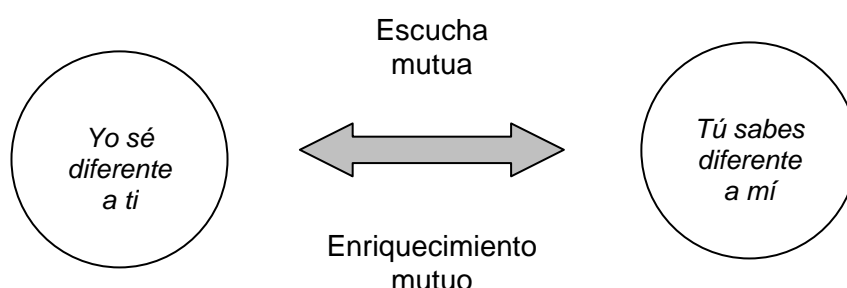
Y si no escucho estos elementos se producen las siguientes consecuencias:



VIII. EL MODELO EDUCATIVO INTERCULTURAL

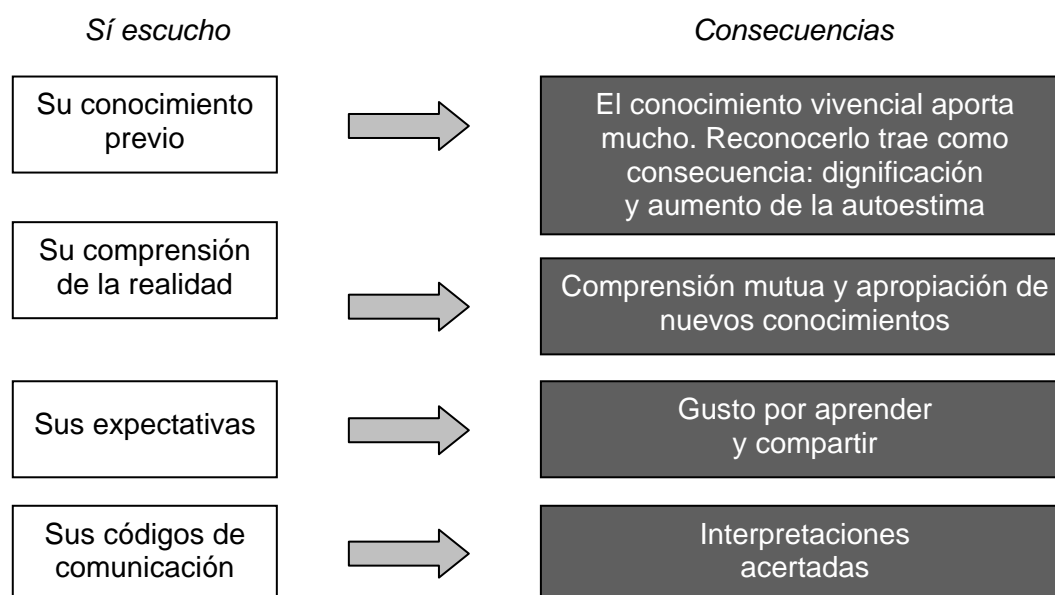
A partir del enfoque intercultural se ha elaborado una propuesta educativa que toma una postura horizontal y se nutre de propuestas educativas como las de Paulo Freire.^{9, 10}

Se fundamenta en una actitud de escucha activa que demuestre interés por los conocimientos y opiniones del otro, denotando una actitud franca de apertura para el enriquecimiento mutuo. La relación ya no es vertical, sino horizontal y dialógica.



En este modelo se parte del supuesto, “*que yo sé diferente a ti, y que tú sabes diferente a mí*”, y que es fundamental escucharnos mutuamente para enriquecernos los dos. Se reconoce que el conocimiento del otro es valioso precisamente porque es diferente. Esto puede ampliar mi visión de la realidad, así como mi conocimiento puede ampliar la suya.

Al escuchar activamente al otro, que posee saberes diferentes a los míos, se producen efectos positivos:



Los actores de cada modelo educativo, cuentan con una cierta resistencia para escuchar elementos que poseen una cosmovisión diferente. Esta resistencia existe en

⁹ Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. Montevideo: Tierra Nueva; 1969.

¹⁰ Freire P: *Educación liberadora: dimensión política; educación liberadora: dimensión sociológica; educación liberadora: dimensión metodológica*. Bogotá: DEC-CIEC; 1973.

el personal de nuestros servicios de salud cuando se relaciona con usuarios que perciben la salud y la enfermedad de manera distinta.

La educación para la salud ya no pretende el cambio de actitudes del educando, como el objetivo principal. Esa postura responsabiliza (o culpa) al alumno de los problemas o enfermedades, sin tomar en cuenta otros determinantes de tipo económico, social, cultural y ambiental. El modelo educativo convencional parte de que el educando es un receptor de la información que posee el educador.¹¹ La educación se concentra en transmitir información, sin reconocer el conocimiento previo que se posee en el otro extremo del proceso educativo.



Tancuché, Campeche, 1995

¹¹ Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la salud. México, DF: Ed. Centro de Estudios Educativos y Fundación Hesperian; 1991.

IX. LA METODOLOGÍA DE ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO

Esta metodología es la aplicación concreta del enfoque educativo intercultural, y se puede aplicar a cualquier relación educativa de intercambio de conocimientos, prácticas y percepciones entre dos grupos humanos. Preferimos precisarlo con el término de “*Encuentros de Enriquecimiento Mutuo*”, para distinguirlo de la capacitación convencional unilateral, que informa, pero no escucha, enfatizando en el carácter dialógico del método.

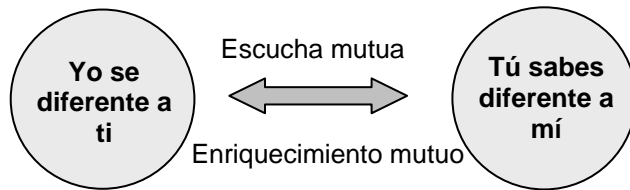


Cd.
Valles,
S.L.P.
Oct
2006

Se trata de una herramienta específica que se puede implementar en una reunión tipo encuentro, donde el personal del programa y los grupos de usuarios dialogan de manera horizontal sobre el tema, sin que ninguno presente su posición como la única versión de la verdad, y las dos se escuchan y aprendan de la otra, comprendiéndola, negociando entre sí, estableciendo acuerdos de interrelación.

Grupo de población beneficiaria	Encargados y operadores del programa
Que sabe la gente de la temática o problemática abordada.	Que sabe de esa temática o problemática.
Que siente con ella.	Que siento con ella el operario o encargado del programa.
Como la percibe, entiende, e interpreta.	Como la entiende e interpreta el operario o encargado del programa.
Como la enfrenta. Acciones que realizan ante ella. Porqué.	Acciones ofrece el programa. Para enfrentarla, Porqué.
Como percibe las acciones institucionales del programa sobre esta problemática. Que sabe de estas acciones.	Que fortalezas y debilidades contemplo del programa. Que problemas tengo en la relación con la comunidad o grupo.
Que problemas tiene en la relación con los operadores del programa. Que le gusta y que no le gusta.	Que problemas tiene en la relación con los usuarios del programa. Que me gusta y que no me gusta.
Que necesita o espera del programa.	Que necesito o espero del programa.
Que propone para mejorar la relación y la eficiencia del programa.	Que propongo para mejorar la relación y la eficiencia del programa.

- Metodología Intercultural:**
- Educación
 - Negociación
 - Participación comunitaria



Esta metodología ya se ha aplicado para la realización de foros de pacientes por especialidad de atención, para encuentros interculturales entre personal de salud y terapeutas tradicionales, para el fortalecimiento intercultural de programas de salud, y para los encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales.



Encuentro Intercultural con Médicos Tradicionales. Metepec, Puebla. Agosto 2006. Auspiciado por el IMSS-Oportunidades

X. LOS ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PARTERAS TRADICIONALES

Conocemos bien los aportes del modelo médico convencional con respecto al embarazo, parto y puerperio: seguridad, limpieza, enfoque de riesgo, manejo de las complicaciones, seguimiento epidemiológico entre otras.



Llevamos ya varias décadas de articulación y trabajo con las parteras tradicionales, ¿Y que podemos decir de su modelo de atención? ¿Lo podemos describir? ¿Hemos reconocido sus ventajas y aportes? ¿Las hemos aprovechado para enriquecer nuestros servicios?

Después de décadas de relación y de actividades de capacitación, es poco lo que se sabía en los servicios de salud sobre el modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio.

*“los ojos no ven,
lo que el cerebro no sabe.
...Y el cerebro no sabe,
...si los sentidos y el corazón no se abren”*

En el año de 2004, se evidenció la importancia de los mecanismos culturales, en las dificultades para el acceso de los servicios relacionado con la muerte materna. Se logró percibir la presencia de barreras culturales que alejan a las usuarias, y las acciones de maltrato con las parteras tradicionales que las desestiman para referir y canalizar a las usuarias con riesgo y complicaciones.



Para facilitar la sensibilización intercultural y disminución de barreras culturales en los servicios, así como para establecer una relación horizontal con las parteras tradicionales se elaboró el modelo de “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” entre personal de salud y parteras tradicionales, que pretende:

“Mejorar la atención a las mujeres embarazadas y en trabajo de parto, disminuyendo las barreras culturales, a través del enriquecimiento y fortalecimiento, tanto del modelo de atención proporcionado por las parteras tradicionales, como del modelo de atención ofertado por el personal de los servicios de salud, por medio del diálogo, del enriquecimiento mutuo, y la toma de acuerdos de manera conjunta y concertada.”

Esta metodología está constituida por los siguientes elementos:

1. Las reglas del juego.
2. Identificación y presentación de cada modelo de atención
3. Análisis grupal y presentación de las ventajas y desventajas de cada modelo.
4. Peticiones a los integrantes del otro modelo.
5. Respuesta a las peticiones.
6. Acuerdos y compromisos de ambas partes.

1. Las Reglas del Juego

Es común que el personal de salud no pueda vencer la tentación de querer imponer sus conocimientos, e interrumpir a las parteras corrigiendo algunas de sus comentarios y acciones, sin entender que se trata de un “Encuentro” horizontal de conocimientos y prácticas. Esto se explica por la formación convencional y la relación de tutoría y capacitación vertical que han llevado con las parteras tradicionales.



Por ello es fundamental iniciar con las reglas claves para una negociación intercultural, aclarando muy bien el objetivo¹²:

Objetivo del encuentro de enriquecimiento mutuo:

Intercambiar conocimientos y prácticas en la atención del embarazo y parto, para tomar acuerdos de beneficio mutuo que mejoren la atención a las mujeres y a los recién nacidos.

LAS REGLAS

1. Esto es un “encuentro” entre integrantes de diferentes modelos médicos, no un curso.
2. Cada grupo comparte libremente sus conocimientos y prácticas.
3. No es una evaluación de nadie.
4. No se vale interrumpir, descalificar, corregir, ni discutir las opiniones y prácticas del otro grupo.
5. Simplemente se trata de escucharlo y aprender de él.



2. Identificación y presentación de cada modelo de atención.

El primer paso consiste en trabajar en equipo los conocimientos y prácticas de cada modelo de atención. Para eso se reúnen en forma separada el grupo conformado por el personal de salud y el grupo de las parteras tradicionales, para preparar la presentación de cada modelo, siguiendo los siguientes puntos¹³:

¹² Conviene escribir las reglas en un rotafolio o una cartulina para facilitar su explicación y que estén siempre presentes.

¹³ Conviene nombrar una persona que anote en papelotes la información vertida en el grupo.

- Qué entiendo por el embarazo
- Cómo sabemos que una mujer está embarazada
- Cuidados y atenciones durante el embarazo que realizo.
- Riesgos y complicaciones del embarazo que tomo en cuenta.
- Cómo se atiende el parto y sus complicaciones.
- Que cuidados realizo en la atención del recién nacido y en los primeros días de la cuarentena.



Preparación modelo médico.
Encuentro en Jesús María Nayarit, Julio 2006.



Preparación modelo tradicional. Encuentro en Jesús María Nayarit, Julio 2006.



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Villa Hermosa Tabasco., 2006.

El segundo paso aborda la preparación de las presentaciones en los mismos grupos tomando en cuenta los elementos que aportaron todas las personas participantes, de manera que se exponga de manera viva y actuada tipo sociodrama. Un sociodrama para la atención del embarazo, otro para el parto y uno tercero para el puerperio.

En caso de atender la paciente en diferentes posiciones, como es el caso del modelo tradicional, conviene que diferentes grupos de parteras lo presenten.

Se recomienda preparar los sociodramas para que tengan una duración entre 5 y 10 minutos cada uno, de manera de que hay que seleccionar los elementos claves de cada etapa de la atención.

El tercer paso consiste en la presentación de cada modelo. Es importante que no se pierda la atmósfera lúdica de fiesta e intercambio. Primero pasa un grupo a exponer todos los sociodramas de las diferentes etapas de su modelo de atención y luego el otro grupo.



Atención del embarazo en el modelo médico institucional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Villa Hermosa Tabasco. Mayo de 2007



Atención del embarazo en el modelo tradicional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Villa Hermosa Tabasco. Mayo de 2007



Atención del parto en el modelo médico tradicional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Santa Teresa Nayarit. Julio de 2006.



Atención del parto en el modelo médico institucional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.



Atención del puerperio en el modelo médico institucional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.



Atención del puerperio en el modelo tradicional. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.

3. Análisis grupal y presentación de las ventajas y desventajas de cada modelo.

Con este momento se inicia la negociación intercultural. Primero cada grupo se reúne en forma separada para analizar las ventajas y desventajas de cada modelo de atención del embarazo parto y puerperio, tanto del propio como del ajeno.

Conviene elaborar papelotes con dichos elementos nombrando una persona para que anote en ellos los elementos vertidos en el grupo.



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Santa Teresa, Nayarit. Julio de 2006.



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Jesús María, Nayarit. Julio de 2006.

Posteriormente, en plenario, cada grupo expone al otro la percepción de sí mismo, así como del otro modelo. Es importante cuidar las condiciones para que cada grupo pueda presentar sus percepciones libremente, sin abrirlo a discusión.



Encuentro de Enrichimiento Mutuo. Tamazunchale, S.L.P. 2005.



Encuentro de Enrichimiento Mutuo. Tamazunchale, S.L.P. 2005.

4. Peticiones a los integrantes del otro modelo.

Cada grupo vuelve a trabajar de manera independiente. Ahora se trata de elaborar una lista de peticiones para los integrantes del otro modelo, para facilitar nuestro trabajo y mejorar la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido.

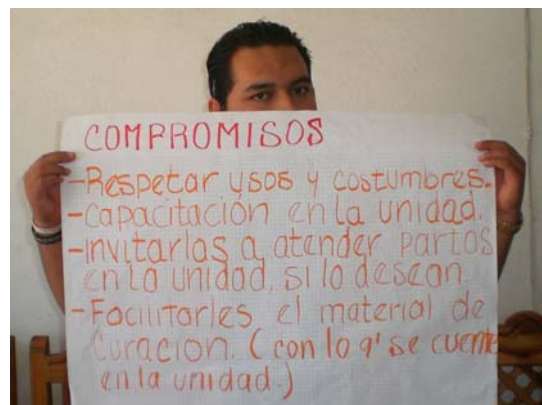
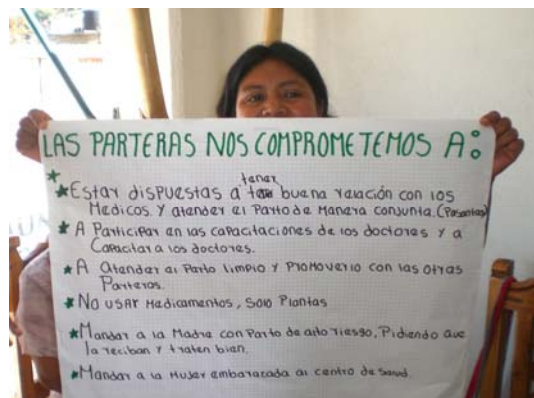
Posteriormente en el plenario se presentan esas peticiones. Nuevamente sin discutir si estamos de acuerdo con ellas o no, simplemente las escuchamos con atención.



Encuentro de Enrichimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.

5. Respuesta a las peticiones.

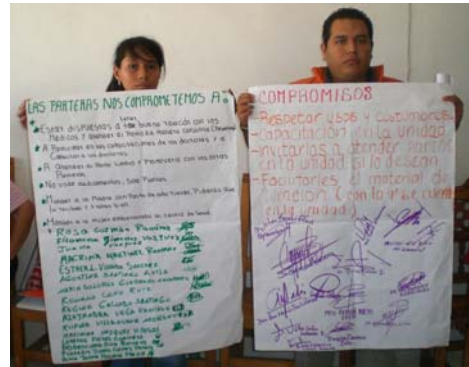
Cada grupo se vuelve a reunir para responder a que elementos solicitados por el otro grupo, está dispuesto a realizar y se puede comprometer. Esto se vuelve a presentar en plenario.



Encuentro de Enrichimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.

6. Acuerdos y compromisos de ambas partes.

Este es el momento final y más significativo del encuentro, puesto que pone de manifiesto el enriquecimiento mutuo obtenido, así como la formalización de los compromisos establecidos. Conviene realizarlo en una atmósfera ceremonial, donde cada grupo firme sus compromisos y se vierta en plenaria, acordando difundirlos con el resto de parteras tradicionales y personal de salud de la región, así como estrategias para facilitar su seguimiento.



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tlapa Guerrero. Noviembre de 2007.



Tlapa, Guerrero. Nov. de 2007.



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Villa Hermosa Tabasco. Mayo de 2007

REQUERIMIENTOS PARA EL ENCUENTRO

Participantes: Es necesario invitar a participar a médicos, enfermeras y al personal directivo de un hospital básico comunitario que atienda población indígena, o al personal de salud de unidades de salud de una región indígena. En el caso del hospital es importante la presencia del director, así como de los gineco-obstetras en caso de contar con ellos.

Se invita también a parteras tradicionales de la misma zona de influencia de estos servicios. Es muy importante que asista el personal directivo de dichas unidades de salud para facilitar la toma de decisiones. Para apoyar este proceso es importante que asistan también el Jefe de la Jurisdicción, y los encargados de Atención Médica y Salud Reproductiva. Es conveniente la asistencia también de los responsables estatales de atención médica y salud reproductiva, en conjunto con los responsables de la Unidad de Medicina Tradicional para darle mayor formalidad, facilitar la toma de decisiones y apoyar los procesos de replicación.

Es conveniente invitar también a algunas mujeres que se hayan atendido en los servicios de salud y con parteras tradicionales para conocer su análisis particular de la atención en ambos modelos.

Es importante que haya un equilibrio entre el número de participantes de cada modelo. Lo ideal es que sean de 20 a 25 por cada uno, más las mujeres atendidas.

Lugar: Una localidad que cuente con un espacio donde se pueda trabajar en plenaria y grupos (escuela, restaurante, hotel), así como donde se puedan hospedar y alimentar los participantes.

Material

- Papelógrafos, plumones y plumines
- Masquintape
- Cartel con las reglas de procedimientos
- Dibujos
- Equipo de atención de parto hospitalario
- Equipo para atención tradicional del parto (cuerdas, banquito, petate, cartones, palanganas, sillas, piedras, etcétera). Conviene preguntar con anticipación a las parteras de la región.
- Pantalón para simulación del parto
- Muñeco con placenta para simulación del parto
- Enseres diversos: ollas, sábanas, etcétera.



Santa Teresa, Nayarit. Julio de 2006.



Villa Hermosa Tabasco. Mayo de 2007



Villa Hermosa Tabasco. Mayo de 2007

XI.- APORTES DE LOS ENCUENTROS DE ENRIQUECIMIENTO MUTUO: CONOCIMIENTO DEL MODELO TRADICIONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO

El modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena mexicana, fue durante muchos años ignorado, aunque los servicios de salud tuvieran una relación de trabajo con las parteras tradicionales. Los programas de articulación pretenden aprovechar un recurso local de salud y elevar su calidad de la atención, capacitándolas en el parto limpio, el enfoque de riesgo y la referencia oportuna.

Desafortunadamente en esta visión de capacitación se menospreció el conocimiento y los aportes específicos que podía ofrecer el modelo tradicional de atención del parto, debido a un elemento esencial; se les olvido preguntar y mirar los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales.

A partir del año 2004 se elaboró e inició la utilización de la metodología de los “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, En estos encuentros ambas partes se enriquecen mutuamente, y para muchos médicos y enfermeras, ha sido la primera oportunidad de conocer algunos elementos importantes de este modelo tradicional de atención del embarazo y parto, y asombrase de ellos.

Sobresalen en la atención tradicional del embarazo, los procedimientos para definir su estado y favorecer el buen acomodamiento del niño; los masajes en espalda, cadera y todo el cuerpo para relajar y preparar a la madre, así como el uso de plantas medicinales para fortalecer el desarrollo del embarazo.



Santa Cruz, Campeche, 1996.



Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla.

Destacan en el parto los siguientes procedimientos: los masajes que se realizan en la espalda y cadera antes del parto, que relajan a la mujer y disminuyen el dolor; las posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas y en cuclillas) que favorecen el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido, seleccionándolas de acuerdo a la solicitud y decisión de las mismas parturientas dándoles a ellas un rol protagónico; la participación del marido y otros familiares como “sostén” físico emocional de la mujer a demanda de ella; las técnicas y procedimientos específicos para facilitar el



Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tamazuchale, San, Luis Potosí.

pujo efectivo hacia abajo y adelante; las técnicas y posiciones para evitar el sobre-estiramiento del periné reduciendo los desgarros y la necesidad de realizar la episiotomía; así como las técnicas para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta y el amantamiento inmediato del bebé. Es importante considerar también el trato cercano, amable y humano que las parteras tienen para con las mujeres en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, en el cual se brinda una relación con equidad de género.

En el puerperio, sobresalen los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos, que a juicio de las parteras previenen la caída de matriz y vejiga; el uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la limpieza de la mujer y su recuperación temprana, y el uso de plantas medicinales para facilitar la producción temprana de la leche materna y mejorar su calidad.



Procedimiento conocido como “apretadas”. Encuentros de enriquecimiento mutuo en Aquismón, SLP y Santa Teresa, Nayarit

XII. ANEXO: MODELO DE CARTA DESCRIPTIVA

Primer día

Hora	Tema	Objetivo	Procedimientos
7:00 a 8:00	DESAYUNO		
9.00	Mensaje en lengua indígena	Fortalecer las lenguas indígenas	Mensaje
9.15	Inauguración y encuadre del taller	Explicar objetivos, actividades y reglas.	- Exposición, uso de papelógrafos (con dibujos). Utilización de traductor.
9.30	Presentación de los participantes	Iniciar la interacción grupal	Dinámica
10.00	Preparación de la presentación por el personal de salud y las parteras tradicionales, sobre la concepción del embarazo, signos y síntomas, cuidados del embarazo, riesgos y complicaciones; así como la atención de parto, riesgos y complicaciones y atención de recién nacido.	Preparar la exposición que cada grupo va a presentar sobre el embarazo y parto	Preparación de las presentaciones en grupos separados por modelos de atención. De acuerdo a la siguiente guía: <ul style="list-style-type: none"> - Qué es el embarazo - Cómo sabemos que una mujer está embarazada - Cuidados del embarazo - Riesgos y complicaciones del embarazo. - Qué es el parto. - Cómo se realiza (antes, durante y después). - Atención del recién nacido - Riesgos. - Complicaciones. Utilizar papelotes para anotar. Preparar el sociodrama Incluir un receso a las 11.00
13.30	COMIDA		
15.00	Presentación del primer modelo de atención.	Presentar y escuchar las exposiciones de cada modelo de atención.	- Una exposición integral que contemple la atención del embarazo, parto y recién nacido. Cuentan con 2 horas
17.00	RECESO		
17.30	Presentación del segundo modelo de atención.	Presentar y escuchar las exposiciones de cada modelo de atención.	- Una exposición integral que contemple la atención del embarazo, parto y recién nacido. Cuentan con 2 horas
19.30	CENA		

Segundo día

Hora	Tema	Objetivo	Procedimientos
9.00	Ventajas y desventajas de la atención del parto en los dos modelos médicos.	- Analizar desde las dos perspectivas las ventajas y desventajas de ambos modelos.	Trabajo en grupos varios papelotes con: - Las ventajas y desventajas de cada modelo. - En caso de contar la asistencia de mujeres que hayan partido en los dos modelos, ellas elaboran también su propio análisis de ventajas y desventajas de ambos modelos. Apoyo de escritor y traductor
10.00	Ventajas y desventajas en los dos modelos médicos.	- Favorecer la escucha y comprensión mutua. - Presentación en plenaria - Inicio de negociación cultural.	- Exposición en el plenario de los análisis de ambos modelos, contando también con la participación de las mujeres que ya parieron. -Escucha mutua sin contra argumentaciones.
11.00	RECESO		
11.30	Peticiónes a cada modelo	Que le pido al otro modelo para facilitar mi trabajo y mejorar la atención de las mujeres en embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido.	- Trabajo en grupos para preparar las peticiones que cada modelo le hace al otro modelo. - Las mujeres indígenas que se atendieron su parto en ambos modelos, elaboran sus propias peticiones a ambos modelos.
12.15			- Presentación en plenaria de las peticiones de cada grupo. - Escucha mutua sin contra argumentaciones.
12.45	Compromisos de cada modelo	Negociación intercultural - Analizar y responder a las peticiones del otro modelo.	- Reflexión nuevamente en cada grupo sobre lo que les solicitaron. - Elaboración de las respuestas en torno a los acuerdos a los que se comprometen para enriquecernos y mejorar la atención de las usuarias y bebés. - Es importante definir las acciones concretas que cada parte compromete, con tiempos y metas.
13.15	Compromisos de los dos grupos	- Presentar los compromisos finales.	- Exposición en el plenario de los acuerdos, respuestas y compromisos de cada parte para trabajar juntos para beneficiar a las mujeres y niños de la región. - Es indispensable la presencia de los directivos de la unidad de salud para presentar acciones realistas y formalizar los compromisos.

			- Firma simbólica de los compromisos de cada grupo, ante ellos mismos y las mujeres usuarias.
13.45	CONCLUSIONES. GENERALES y CIERRE. ACUERDOS. FIN DEL ENCUENTRO.	- Concluir el evento. Proporcionar elementos de encuadre de carácter general y clarificar los acuerdos.	Palabras breves para clausurar el evento retomando los logros obtenidos
14.00	COMIDA		

**Dirección de Medicina Tradicional y
Desarrollo Intercultural**

Dr. José Alejandro Almaguer González

Dr. Hernán José García Ramírez
Ant. Vicente Vargas Vite

Tel: 52-11-77-47
alejandroalmaguer@salud.gob.mx
educeverhg@hotmail.com
marakame@salud.gob.mx