

La atención del parto con pertinencia cultural

Graciela Freyermuth Enciso y Sergio Meneses Navarro

GUÍA PARA MÉDICOS



La atención del parto con pertinencia cultural

Graciela Freyermuth Enciso y Sergio Meneses Navarro

GUÍA PARA MÉDICOS

La atención del parto con pertinencia cultural / María Graciela Freyermuth Enciso y Sergio Meneses Navarro, Autores; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2017.
Cátedras Conacyt-CIESAS

28 pp: fotografías (color)
Incluye referencias bibliográficas

Primera edición: octubre, 2017
Autores: María Graciela Freyermuth Enciso y
Sergio Meneses Navarro
Diseño: Julieta Abeyta Torres
Fotografía: Juan Carlos Martínez Pérez

La presente publicación cuenta con una lectura de pertinencia avalada por el Comité Editorial del CIESAS, que garantiza su calidad y pertinencia. Los responsables técnicos de esta publicación fueron María Graciela Freyermuth Enciso y Sergio Meneses Navarro.

Esta guía fue realizada con el apoyo financiero de Johnson & Johnson.

ISBN: 978-607-96775-7-2

Los derechos de propiedad intelectual sobre los textos que se reproducen en este volumen pertenecen a sus autores.

Impreso en México / *Printed in Mexico*

La atención del parto con pertinencia cultural

Graciela Freyermuth Enciso y Sergio Meneses Navarro

GUÍA PARA MÉDICOS

Índice

09	Introducción
11	¿En qué consiste la atención del parto con pertinencia cultural?
13	¿Por qué es importante atender un parto con pertinencia cultural?
14	¿Cómo debe ser el prestador de servicios para prestar atención de la salud con pertinencia cultural?
15	¿Qué elementos deben considerarse para lograr competencia cultural en la práctica médica?
18	¿A quién va dirigida la atención del parto con pertinencia cultural?
19	¿Qué características y qué insumos básicos debe tener el espacio dónde se brinde atención del parto con pertinencia cultural?
21	¿Cuál es el contenido y cuáles las fases de la atención de un parto con pertinencia cultural y seguro?
25	Bibliografía

Introducción

Uno de los grandes retos que México afronta hoy en día es el de reducir las desigualdades en la atención de la salud materna e infantil. A fin de abatir la mortalidad materna, se han emitido leyes, normas, planes y programas encaminados a mejorar la calidad de la atención y a ampliar el acceso de las mujeres más vulnerables a los servicios de salud. En este contexto, han surgido modelos de atención del parto con una perspectiva intercultural, iniciativas que la mayoría de los países de Latinoamérica han traducido en estrategias diversas, como incluir estándares de calidad, brindar atención oportuna y con buen trato; fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y sus familias, y contribuir a la aceptabilidad de los servicios de salud. En México y otros países de Latinoamérica, adecuar el parto desde una perspectiva cultural pretende incrementar la calidad en la atención del parto en las instituciones de salud y la aceptación de la prestación de servicios de atención calificada por parte de las mujeres, particularmente las indígenas, quienes han estado al margen de la atención médica institucional (CEPAL, 2013, Gobierno de la República, 2013, 2014; Ssa, 2013). Sin embargo, la pertinencia cultural puede aplicarse en la atención de cualquier mujer durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

Por medio de siete preguntas, la guía presenta recomendaciones para la atención del parto con pertinencia cultural. La primera explica en **qué consiste la atención del parto con pertinencia cultural** y cuáles son los valores o principios que enmarcan este esfuerzo; la segunda responde **por qué es importante atender un parto con pertinencia cultural**; la tercera aborda **las características que debe tener la persona que brinde atención del parto con pertinencia cultural**; la cuarta explica **los elementos que deben considerarse para lograr competencia cultural en la práctica médica**; la quinta define **a quiénes está dirigida esta atención**; la sexta señala **las características e insumos básicos** que debe tener el espacio donde se brinde atención del parto con pertinencia cultural. Finalmente, en la séptima interrogante se establecen **recomendaciones** para brindar una atención del parto con pertinencia cultural.



¿En qué consiste la atención del parto con pertinencia cultural?

Considerar que la atención debe brindarse con pertinencia cultural tiene varias implicaciones. En primer lugar, se considera pertinente lo que corresponde a –o lo que viene a propósito de– las necesidades o intereses de las mujeres. En segundo lugar, la cultura importa en la prestación del servicio; una atención con pertinencia cultural identifica las necesidades de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Estas necesidades están permeadas por la cultura, es decir, por las creencias sobre lo que las mujeres y sus familias consideran las mejores prácticas. Tomar en cuenta las prácticas culturales pone a las mujeres en condiciones de confort y seguridad.

La atención del parto con pertinencia cultural no es tal que homogeneice los servicios, sino que se centra en la mujer y su familia, lo que implica su participación activa en la planificación, prestación y evaluación de la atención (OMS, 1985). El hospital debe contar con diversas formas de atención del parto, considerando las prácticas locales. Las mujeres deben conocer sus posibilidades de tomar decisiones sobre la forma de atención que prefieren, con quién atenderse, dónde hacerlo, con el apoyo de quiénes, y en qué posición parir.

La atención del parto con pertinencia cultural implica formas de relación equitativas y respetuosas entre la mujer parturienta y el personal de salud. Las parteras tradicionales, en cuanto agentes de salud locales, son un recurso fundamental para que el personal de salud se inicie en las prácticas de la atención del parto (OMS, 1985). Por ello, los sistemas de atención perinatal locales deben coexistir con el sistema oficial, conforme a los principios que aseguran relaciones de reciprocidad (OPS, 1999). El sistema oficial debe, así:

- Establecer un diálogo con las comunidades, las familias y las mujeres, que se fundamente en el respeto a la diferencia; la tolerancia conduce a la solidaridad.
- Fortalecer la democracia cultural, que implica la participación mediante la representación, la consulta, el consenso y la convergencia de objetivos que son, en este caso, la salud de la parturienta y de su recién nacido.

La prestación de servicios públicos de salud con pertinencia cultural considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que los recibe, sea indígena, afroamericana o mestiza, para adaptarse a la forma de vida de la población y, así, respetarla.

Para lograr la aceptabilidad de la atención, se han generado políticas públicas que si bien no siempre son culturalmente pertinentes, sí buscan la adecuación cultural de los servicios para la atención de la mujer embarazada o parturienta. Esta adecuación se basa en la experiencia de los responsables de la toma de decisiones relativas a los servicios de salud, y en su relación con algunas poblaciones, sobre lo que se considera adecuado en un determinado contexto cultural. Los servicios de salud se organizan, así, sobre

la base de referentes que pueden aplicarse a una población más amplia. Por ejemplo: resolver en un tiempo razonable el problema por el que se solicitó la atención; prácticas y actitudes de buen trato, como llamar a la usuaria por su nombre y hablarle de usted; mejorar la comunicación, lo que incluye hablarle a la usuaria en su idioma materno, tanto al atenderla como para explicarle clara y ampliamente los procedimientos que intervienen en su atención, de manera que su consentimiento sea bien informado y se fortalezca la autonomía de la mujer y su familia (o su capacidad de decisión).

¿Por qué es importante atender un parto con pertinencia cultural?

Con la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2000, México se comprometió no solo a disminuir la mortalidad materna, sino a mejorar las condiciones de vida de las mujeres más vulnerables (Presidencia de la República, 2005). La mortalidad materna –por ser, en principio, evitable– da cuenta de las desigualdades en términos tanto del acceso a los servicios de salud, como de la discriminación por sexo, edad, étnia y clase (OPS, 2013). Estas desigualdades son profundas en un país donde el disfrute de los servicios de salud por parte de las mujeres indígenas sigue siendo una asignatura pendiente, no solo por la inaccesibilidad cultural y geográfica, sino también por la subordinación a la que son sometidas. De aquí que las mujeres indígenas tengan el doble de posibilidades de fallecer durante el parto que las mujeres no indígenas (Freyermuth, 2015).

En 2015, 19 por ciento de las muertes maternas en México ocurrieron por hemorragia (Ssa/DGIS, 2015). Las complicaciones por hemorragia en el parto y el posparto inmediato requieren una atención expedita y oportuna; de aquí que una de las estrategias para enfrentar la mortalidad materna se haya centrado en el acceso a la atención de las urgencias obstétricas por personal calificado y al acceso libre de pago de los servicios de atención obstétrica. Para prevenir la muerte materna en caso de hemorragia, ésta debe ser atendida en un hospital con capacidad resolutive, que esté a no más de dos horas de distancia de la comunidad.

Los modelos culturalmente pertinentes de atención del parto surgen, así, con el propósito de empoderar a las mujeres y mejorar su acceso a los servicios de salud. Precisamente, las mujeres indígenas sistemáticamente experimentan mayores barreras para el acceso a la atención institucional del parto, además de que los servicios suelen ser de menor calidad. De este modo, para mejorar la aceptabilidad de estos servicios, uno de los retos principales es garantizar partos seguros, con pertinencia cultural y altos estándares de calidad. En este sentido, países como Perú, Brasil, Colombia, Bolivia, Ecuador, Guatemala y Nicaragua han desarrollado –desde una perspectiva intercultural– iniciativas que vinculan la atención del parto por personal calificado, con la calidad técnica e interpersonal, sin menoscabo de la capacidad de decisión de las mujeres.

¿Cómo debe ser el prestador de servicios para prestar atención de la salud con pertinencia cultural?

La cultura puede definirse a grandes rasgos como el conjunto de experiencias (espirituales y materiales, intelectuales y afectivas) que comparte una población dada, y que se traducen en hechos simbólicos particulares que proyectan una visión del mundo. La cultura (este conjunto de experiencias) no es algo estático, sino un proceso cambiante determinado por el contexto histórico, político y social.

En otras palabras, la manera de estar en el mundo de una población dada define su forma de experimentar e interpretar el proceso salud-enfermedad en general. En este sentido, los hechos simbólicos particulares son aquellos con que la población –en el tema que nos atañe, las mujeres– interpreta la experiencia de la maternidad. De tal modo que la pertenencia étnica, la condición migratoria, la clase social, la edad, la religión, la discapacidad, la escolaridad, la orientación sexual son todos factores que pueden determinar la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio. Los proveedores de servicios de salud no deben considerar, por consiguiente, que por compartir un origen étnico, las mujeres tienen las mismas necesidades de atención.

Los resultados de la atención de la salud también dependen, entonces, de la habilidad del prestador de servicios para comunicarse –y empatizar– con la población a la que atiende. Para lograrlo en un contexto multicultural, el prestador de servicios para la atención de la salud debe tener competencias culturales, lo que implica:

- construir una ideología que fomente los valores, la práctica y la actitud propios de las relaciones respetuosas, equitativas e incluyentes
- establecer relaciones de equidad con las personas de culturas diferentes
- establecer relaciones de poder compartido
- valorar las diferentes culturas y, por consiguiente, eliminar el racismo
- combatir las relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias

Reconocer que las usuarias de los servicios de atención de la salud interpretan de manera particular sus experiencias en la salud y la enfermedad, y que estas interpretaciones son diversas, es el primer paso para convertirse en un prestador de servicios con pertinencia cultural (OPS, 1999). Esta conversión implica mantener la mente abierta con relación a otras prácticas y representaciones del proceso salud-enfermedad, así como reflexionar sobre los propios prejuicios, perspectivas y conocimientos respecto de las usuarias y su cultura.

¿Qué elementos deben considerarse para lograr competencia cultural en la práctica médica?

El modelo propuesto por Fazio y Ruiz-Contreras (1998) puede ser de utilidad para adquirir prácticas médicas con pertinencia cultural:

1. ANALICE SUS SUPOSICIONES SOBRE LA POBLACIÓN CON LA QUE TRABAJA.

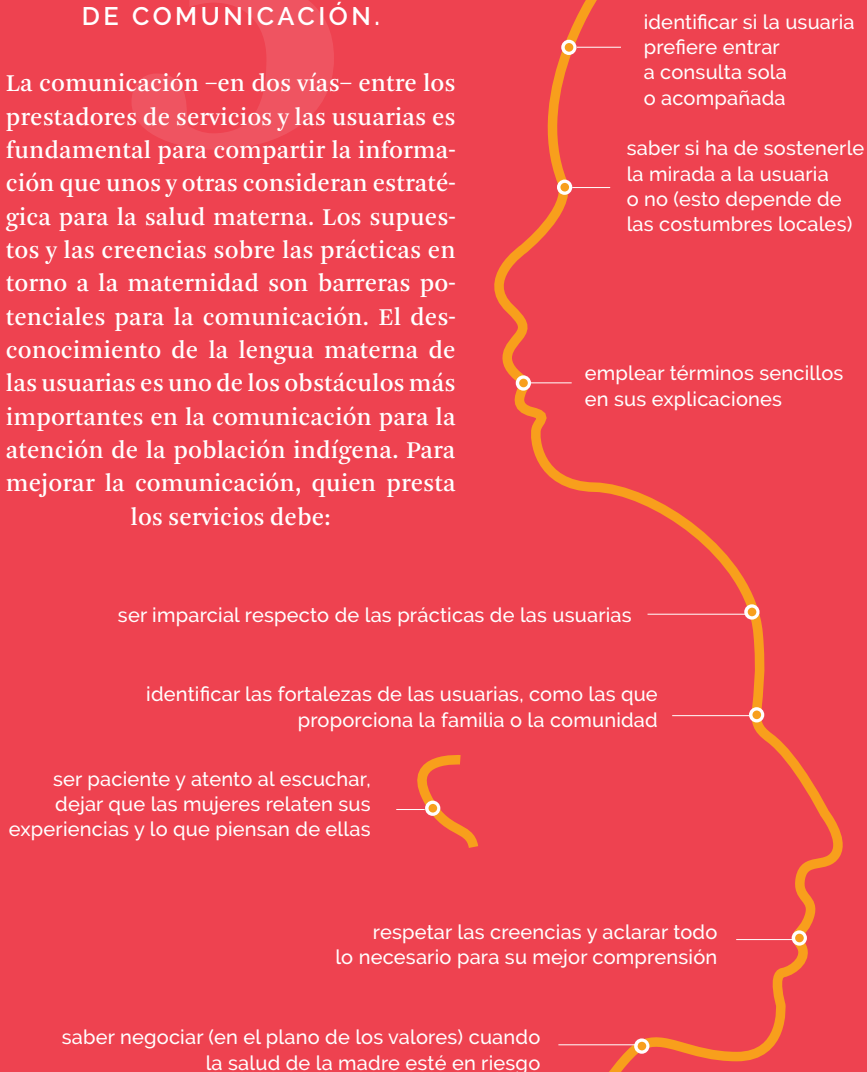
Las suposiciones son las ideas o pensamientos que consideramos verdaderos, que pueden no basarse en experiencias o en información documental. Las suposiciones se traducen en estereotipos y desviaciones o falta de comunicación.

2. PREGUNTE SOBRE LAS CREENCIAS E IDEAS QUE LAS MUJERES QUE ATIENDE, TIENEN SOBRE LA MATERNIDAD.

Debe tenerse en cuenta que las creencias que el grupo comparte pueden ser falsas o verdaderas desde la perspectiva de la medicina científica y que no necesariamente todos los individuos del grupo las comparten. Una creencia puede ser –por poner un ejemplo de los Altos de Chiapas– que, si se coloca el cordón umbilical en un árbol alto, el niño será valiente. Conocer esta creencia permite al médico valorar el significado del cordón umbilical para los familiares, pero debe recordar que no necesariamente tiene el mismo valor para todas las mujeres tsotsiles o tseltales de la región.

3. MEJORE SU CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN.

La comunicación –en dos vías– entre los prestadores de servicios y las usuarias es fundamental para compartir la información que unos y otras consideran estratégica para la salud materna. Los supuestos y las creencias sobre las prácticas en torno a la maternidad son barreras potenciales para la comunicación. El desconocimiento de la lengua materna de las usuarias es uno de los obstáculos más importantes en la comunicación para la atención de la población indígena. Para mejorar la comunicación, quien presta los servicios debe:



Para mejorar la comunicación en un contexto multicultural conviene que una persona de confianza elija las palabras más apropiadas. De haber una persona que traduzca, debe ser de preferencia originaria de otra localidad para resguardar la privacidad de la paciente. Y se deben identificar sus suposiciones y creencias. Cuando se dan instrucciones importantes, es necesario asegurarse de que la intención de la acción terapéutica y su explicación fueron comprendidas y aceptadas; esto puede lograrse solicitando a la usuaria que repita las instrucciones. La traducción en apoyo de la consulta médica requiere entrenamiento, es decir que los prestadores de servicios no pueden improvisarla.

Entre las mujeres de una misma comunidad hay diferencias que deben considerarse, más allá de reconocer sus creencias comunes. Por ejemplo, una mujer embarazada que sufre violencia doméstica está en mayor riesgo que otra mujer que cuenta con el apoyo de su pareja. O si una mujer es testigo de Jehová y sufre una hemorragia, es muy probable que no acepte que se le haga una transfusión sanguínea.

Reconocer que los receptores de los servicios de atención de la salud tienen poder de decisión, y que es mejor conocer sus valores y no imponerles los de los servicios para que puedan evaluar las recomendaciones terapéuticas que se les hacen es posible solo si el prestador de dichos servicios se convierte en un escucha.

¿A quién va dirigida la atención del parto con pertinencia cultural?

Llamamos interculturalidad a la relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas (lo que implica valores, creencias, costumbres y experiencias en torno a la maternidad), tal como ocurre en el encuentro de los prestadores de servicios de salud y las usuarias (Albó, 2004:65), ya sea en la comunidad, en la consulta médica y particularmente en el hospital en el cual las usuarias tienen pocas posibilidades de incidir. Podemos señalar, así, que el encuentro médico es *per se* intercultural.

La profesionalización de la medicina dota a quienes la practican de una cultura diferenciada de difícil acceso para quienes no traba-

jan en ese sector. Los términos y las clasificaciones propias del sector salud son difíciles de entender para las usuarias. Por ello, para que la prestación de servicios tenga pertinencia cultural, debe reconocer las diferencias tanto entre los prestadores de servicios como entre las usuarias. Esta interacción afecta los resultados de la atención y puede reflejar las suposiciones, las actitudes y las conductas de ambas partes.

Si bien la atención con pertinencia cultural se ha dirigido tradicionalmente a las mujeres indígenas, cada día más mujeres urbanas de distintas clases sociales o étnicas buscan una atención centrada en sus necesidades y las de sus familias; es decir, una atención con pertinencia cultural o “humanizada” o “respetada”. La atención del parto con pertinencia cultural tiene cabida, así, siempre que las mujeres tengan necesidades específicas en la atención del trabajo de parto y el posparto.

¿Qué características y qué insumos básicos debe tener el espacio dónde se brinde atención del parto con pertinencia cultural?

El espacio donde se brinden los servicios de atención del parto y el puerperio con pertinencia cultural debe cumplir con altos estándares de calidad e higiene. Debe asegurar la privacidad sonora y visual de la consulta o de la atención del parto. La sala de espera debe poder aislar el frío, la lluvia y el calor.

El espacio de atención del parto debe tener una atmósfera cálida, color e iluminación conforme a las preferencias de las mujeres de la localidad. Debe disponer del mobiliario adecuado a las costumbres regionales: bancos de parto vertical, lazos, barras, colchonetas, material desechable (botas y batas) para el acompañante, palanganas para lavados genitales, disponibilidad de agua caliente y los insumos médicos necesarios. El espacio destinado a las duchas debe disponer de regaderas con agua caliente y fría. Los baños deben tener condiciones sanitarias adecuadas; debe haber agua, jabón y papel higiénico disponibles.

En algunos hospitales o centros de atención se han instalado casas maternas o de espera, adecuadas para albergar a mujeres que

proviene de localidades pequeñas y podrían necesitar atención hospitalaria. De ahí pasan a las instalaciones para el trabajo de parto. Las casas maternas o de espera están diseñadas de acuerdo con la distribución de las habitaciones en las casas del lugar y disponen de una cocina para preparar alimentos.

INSUMOS

¿Qué características y qué insumos básicos debe tener el espacio donde se brinda la atención del parto con pertinencia cultural?



Calidad e higiene

del espacio donde se brindan los servicios de atención del parto y el puerperio



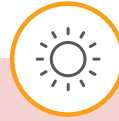
Privacidad sonora y visual

de la consulta o de la atención del parto



Temperatura adecuada

de la sala de partos. Debe poder aislar el frío, la lluvia y el calor



Atmósfera cálida

color e iluminación conforme a las preferencias de las mujeres



Mobiliario adecuado

bancos de parto vertical, lazos, barras, colchonetas, material desechable (botas y batas) para el acompañante, palanganas para lavados genitales



Insumos médicos necesarios



Condiciones sanitarias adecuadas

debe haber agua, jabón y papel higiénico disponibles



Casas maternas

que dispongan de una cocina para preparar alimentos

¿Cuál es el contenido y cuáles las fases de la atención de un parto con pertinencia cultural y seguro?

La atención con pertinencia cultural se enfoca en la mujer y su familia. Sus características pueden clasificarse en cuatro rubros: a) atención oportuna, b) comunicación y trato, c) autonomía de las mujeres, y d) participación comunitaria (Ssa/DOF, 2016; Ssa, ca2014; Ssa/CNPSS, 2014).



A) ATENCIÓN OPORTUNA

El sistema de salud considera que las necesidades médicas deben ser atendidas con la rapidez y la adecuación cultural suficientes para que la espera no implique una molestia adicional al problema de salud.

- las mujeres deben poder ingresar a los servicios de salud de la unidad con sus acompañantes (acceso sin barreras).
- las mujeres que acuden al servicio no deben esperar más de 30 minutos para recibir la atención.
- las mujeres en trabajo de parto deben tener fácil acceso al área de consultorios o de urgencias (acceso sin barreras).
- las mujeres que requieran servicios de urgencia en una unidad de mayor capacidad resolutive deben tener acceso inmediato (en menos de 15 minutos) a un medio de transporte adecuado.
- el personal de salud debe poder comunicarse con unidades de segundo nivel o con un enlace para avisar del traslado de urgencia de las usuarias.
- los horarios de consulta de la unidad deben considerar la rutina de la población (los días de plaza, por ejemplo).
- los horarios de las visitas domiciliarias de la unidad deben considerar la rutina de la población.



B) COMUNICACIÓN Y TRATO

El sistema de salud es incluyente y abierto; investiga, reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas. Garantiza un trato amable, con patrones de comunicación respetuosos; los servicios se proveen en el idioma local (Ssa, 2005).

El personal de salud:

- conoce las normas locales para dirigirse a una mujer embarazada.
- se informa sobre las ideas y creencias locales relativas a: los cuidados de la salud, la reproducción y la alimentación.
- se presenta con la usuaria en consulta (da su nombre y su cargo).
- se dirige a la usuaria por su nombre y le habla de usted
- evita el uso de diminutivos para dirigirse a la usuaria (“señito”, “doñita”, “mujercita”, “chiquita”), o expresiones que aludan a relaciones de parentesco (“hijita”, “madrecita”, “mamita”, “mami”, “abuelita”).
- atiende a la usuaria en el idioma que ella prefiera
- asegura la confidencialidad de la información que la usuaria le proporciona.
- emplea un lenguaje sencillo y no técnico para comunicarse con la usuaria y sus familiares.
- brinda información comprensible y detallada acerca de los signos de alarma, las condiciones de salud de la madre y el bebé, los estudios indicados o practicados y los medicamentos prescritos.
- utiliza material culturalmente apropiado para mejorar su capacidad de comunicación.
- escucha con atención y respeto la experiencia de las mujeres.
- explica cualquier procedimiento que vaya a aplicarle a la embarazada y le solicita su permiso para hacerlo.

La unidad:

- cuenta con personal contratado hablante de la(s) lengua(s) local(es).
- cuenta con un sistema de señalización en la(s) lengua(s) local(es).



C) AUTONOMÍA DE LAS MUJERES

El sistema de salud promueve el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir y es consciente de la importancia de prevenir, evitar y sancionar cualquier forma de violencia contra ellas. Es consciente y comprensivo de la cultura y los problemas locales en materia de salud materna. Se organiza para prestar servicios apropiados y busca soluciones consensuadas para mejorar la salud de la mujer.

La mujer indígena elige para el trabajo de parto, el parto y el posparto:

- quién la acompaña
- la ropa que desea utilizar
- los elementos simbólicos o religiosos que desea portar
- las bebidas que desea tomar
- los alimentos que desea ingerir
- las posiciones que desea adoptar (se puede incluir esta decisión en el Plan de parto, para que sea respetada sin importar quien la atienda).
- el destino de la placenta y el cordón umbilical, de acuerdo con sus costumbres (el médico debe preguntarle sobre el manejo culturalmente adecuado del cordón umbilical).
- el tipo de baño, acorde con las prácticas culturales
- el acercamiento precoz y el alojamiento de madre-hijo/a
- si se le efectúan o no procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tales como el tacto vaginal durante el trabajo de parto o el seguimiento del avance mediante el uso de procedimientos clínicos alternos.



D) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El sistema de salud promueve la participación de la comunidad incorporando su representación y la consulta en aspectos diversos.

- la población y las autoridades locales promueven la conformación de comités de usuarios que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen acciones para mejorarla.
- las autoridades de salud y las autoridades locales sostienen las casas maternas o de espera para albergar a las mujeres de comunidades alejadas de los servicios, que requieran atención hospitalaria.
- las mujeres y los agentes comunitarios de salud (parteras y promotores) son consultados sobre las modificaciones necesarias para la humanización y adecuación cultural de los servicios de atención de la salud, o sobre la instalación de las casas maternas.
- el personal de salud mantiene vínculos de colaboración con los médicos tradicionales en distintas actividades.

El objetivo del sistema de salud es otorgar una atención que resuelva los problemas de salud partiendo de las necesidades de las mujeres y cuidando su economía. La atención segura, oportuna y respetuosa del parto tiene cabida en cualquier servicio de salud. Esta implica una atención centrada en la mujer, que considere la intimidad, que observe la autonomía de la mujer a fin de permitirle durante el trabajo de parto y el parto las posturas que le resulten más adecuada para su confort, que asegure una comunicación que reconozca las necesidades especificadas de cada usuaria y que posibilite el acompañamiento a la parturienta por una persona de su confianza. Todo esto posibilitará la comodidad de las usuarias, la desmedicalización del parto, así como la atención oportuna de las complicaciones maternas en un futuro.

Bibliografía

Albó, X

- 2004 "Interculturalidad y Salud", en Fernández-Juárez G (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina, Cooperación España Bolivia*, Abyla Yala, Universidad de Castilla Mancha, Quito Ecuador.

Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

- 2013 "Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014", *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013, CEPAL, consultado el 23 de septiembre de 2016, disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf?view=1>

Fazio J y A Ruiz-Contreras

- 1998 "Módulo II, Violencia doméstica: Competencia cultural en los servicios de salud", en Ganley, AL, *Mejorando la respuesta del sistema de salud hacia la Violencia intrafamiliar: Manual para facilitadores*, Family Violence Prevention Fund, traducido y adaptado por Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A.C.

Freyermuth-Enciso G

- 2015 *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A.C., CIESAS. (Texto no publicado).
- 2016 "Determinantes sociales en la mortalidad materna en México", en *Revista Conamed* (21) 1: 25-32.

Gobierno de la República

- 2013 Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018, consultado el 30 de abril de 2017, disponible en <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- 2014 Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, consultado el 20 de abril de 2017, disponible en http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Pronaind%202014-2018_WEB_ACCSS.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- 1985 "Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza", en *Lancet* 2:436-437, consultado el 15 de septiembre de 2016, disponible en <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS)
- 1999 Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C. 1999, consultado el 11 de septiembre del 2016, disponible en: <http://documents.mx/documents/incorporacion-del-enfoque-intercultural.html>
 - 2013 Declaración de Panamá. Una promesa renovada para las Américas: Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil. Del 10 al 12 de septiembre del 2013, Ciudad de Panamá, Panamá, consultado el 22 de septiembre de 2016, disponible en: http://www.unicef.org/lac/media_25942.html

Presidencia de la República

- 2005 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005, México, Presidencia de la República, Naciones Unidas.

Secretaría de Salud (Ssa)

- Ca. 2005 Síntesis Ejecutiva. Trato Adecuado en México: Respuesta a las Expectativas no Médicas de los Usuarios de Servicios de Salud. Secretaría de Salud.
- 2013 *Programa Sectorial de Salud 2013- 2018*, consultado el 30 de abril de 2017, de Diario Oficial de la Federación, disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Ca. 2014 *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural, Ssa.

Secretaría de Salud (Ssa), Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

- 2014 Inducción al Enfoque Intercultural en la Atención a la Salud de la Población Indígena. México: Ssa.

Secretaría de Salud (Ssa), Dirección General de Información en Salud (DGIS)

- 2015 Cubos de muertes maternas 2002-2015, consultado el 30 de abril de 2017, disponible en <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmateras.html>

Secretaría de Salud. (Ssa). Diario Oficial de la Federación (DOF)

- 2016 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, 7 de abril, consultado el 13 de noviembre de 2016 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

