



Email: cpmsvch@gmail.com

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Mayo 5 de 2016.

HONORABLES INTEGRANTES DEL JURADO INTERNACIONAL
DEL TRIBUNAL SIMBÓLICO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO,

Las y los integrantes del Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH) solicitan respetuosamente al jurado que Ustedes representan, la aceptación de nuestro comité como Amicus Curiae con el fin de contribuir con su análisis y deliberaciones sobre las características y determinantes de la violencia obstétrica en México.

El CPMSVCH es una red de personas de organizaciones de la sociedad civil y la academia, que desde hace más de dos décadas han reunido sus esfuerzos con el fin investigar, documentar e impulsar iniciativas de política pública para fortalecer la capacidad del Estado para proteger y promover la salud materna en el estado y el país, así como para promover la titularidad de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres de Chiapas.

El objetivo del texto, que junto con la presente carta hacemos llegar a Ustedes, es el de exponer nuestro análisis sobre el desmantelamiento de la atención de partos en el primer nivel atención de las instituciones públicas de salud como uno de los determinantes estructurales más importantes de la violencia obstétrica que viven las mujeres en el estado de Chiapas y que afecta en mayor medida, a las mujeres indígenas.

Chiapas es la entidad del Sureste del país de donde provienen varios de los casos que se presentan en el tribunal y en los que, como podrán constatar en los detalles, existen condiciones muy particulares debidas a la pobreza, exclusión social y discriminación.

La gran diversidad cultural, biológica y geofísica de Chiapas se ha traducido históricamente en esquemas de explotación, discriminación, dispersión y aislamiento geográfico que aún persisten en



Email: cpmsvch@gmail.com

la actualidad para muchas de sus poblaciones y que han configurado la profunda desigualdad en salud que vive el estado. En este contexto, los desafíos existentes para la salud materna y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de sus habitantes son enormes. En adición, los importantes recursos públicos que se han destinado a mejorar las condiciones de las mujeres en el estado han tenido resultados insatisfactorios, en gran medida ocasionados por la escasa transparencia con la que éstos han sido utilizados y por la falta de pertinencia cultural de las acciones y programas dirigidos a atender a la población indígena.

Con el fin de apoyar los argumentos y opiniones contenidos en el documento que presentamos a Ustedes, hemos incluido algunos datos recientes de la consulta a 2,307 mujeres indígenas, que nuestro comité realizó el pasado mes de abril en los dieciocho municipios con mayor proporción de hablantes de lenguas indígenas de Los Altos de Chiapas y de seis reuniones regionales con grupos de parteras tradicionales de un igual número de regiones del estado.

Atentamente

Marcos Arana Cedeño
Secretario técnico del CPMSVCH



Email: cpmsvch@gmail.com

El desmantelamiento de la atención obstétrica en el primer nivel de atención, como determinante de la violencia obstétrica y de género contra las mujeres indígenas de Chiapas

AMICUS CURIAE

Con la intención de reducir el número de muertes maternas, el gobierno Mexicano instrumenta con vigor desde 2010 la política de desalentar la atención obstétrica en el primer nivel de atención y de referir una cantidad cada vez mayor de partos para su atención hospitalaria. Bajo este esquema, la referencia a los hospitales se incrementa paulatinamente a expensas de una referencia indiscriminada que no se limita a las mujeres que presentan alguna complicación o a las que tienen una calificación de alto riesgo.

La política de promover el nacimiento hospitalario y de reducir la atención obstétrica en el primer nivel de atención se instrumenta en todo el país, aunque sus características y efectos varían según la región. En los estados con mayor grado de urbanización e industrialización, esta política se ha instrumentado con mayor rapidez y aceptación. Sin embargo, la situación es muy diferente en las entidades en donde existe una mayor diversidad cultural y grado de ruralidad, como son los casos de estados como Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En estos estados, existe una proporción importante de mujeres que sigue prefiriendo parir fuera del hospital debido a que ven la gestación y el nacimiento como procesos naturales y no como enfermedad. Un proceso con gran significado simbólico para sus culturas, que dieron origen a una multitud de conocimientos y prácticas tradicionales que se entretajan con la vida ritual y cotidiana de individuos y comunidades; los que conforman un importante conjunto cuya continuidad es la esencia de los derechos culturales de los pueblos indígenas.

Respecto a la salud y la atención del parto en poblaciones indígenas de Chiapas, el Estado Mexicano dio marcha atrás y dejó inconcluso el objetivo que impulsó durante varias décadas, de construir un sistema de atención obstétrica basado en una atención de primer nivel de amplia cobertura, con un enfoque que al menos intentaba tener una mayor sensibilidad intercultural. Esta estrategia se impulsó principalmente a través del régimen de solidaridad social del IMSS, aunque también la Secretaría de Salud se sumó con algunas



Email: cpmsvch@gmail.com

acciones. Este sistema estaba autolimitado y carecía del respaldo adecuado de un segundo nivel de atención para referir las urgencias. Sin embargo, estaba coordinado con el nivel de autoatención y autogestión de las comunidades, integrado mayoritariamente por parteras tradicionales indígenas, las cuales eran alentadas a coordinarse con las unidades de atención primaria. Hasta la actualidad, muchas parteras tradicionales siguen recibiendo capacitación, equipamiento y un reducido apoyo económico. Sin embargo, paulatinamente, su participación se ha reorientado para convertirlas en promotoras de planificación familiar y acompañantes en las referencias de mujeres para un parto institucional.

Durante los últimos 15 años, la tendencia de promover la atención hospitalaria del parto se aceleró debido en parte a los esfuerzos del gobierno para alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5, para el cual se apostó principalmente a la atención por personal calificado que excluye a las parteras tradicionales y a la expansión de los servicios médicos hospitalarios para la atención de la emergencia obstétrica. Estas medidas se adoptaron con poca o ninguna consideración a las necesidades y decisiones de las mujeres indígenas que cursan con un embarazo normal, las cuales nunca fueron consultadas. Gradualmente se perdió la especificidad que en algún tiempo se intentó desarrollar para la atención de las mujeres indígenas y se homologaron los servicios dirigidos a ellas con los que se ofrecen a las mujeres pobres de cualquier otra parte del país, la atención del parto en hospitales.

La decisión de privilegiar la atención hospitalaria del parto trajo consigo una reorientación de los recursos financieros y humanos del Sector Salud para la atención obstétrica que excluyó la atención obstétrica en las unidades de atención del primer nivel y que está afectando profundamente el nivel de autoatención comunitaria reduciendo gradualmente las opciones que tienen las mujeres, principalmente las indígenas, para decidir sobre su propio cuerpo y parir de manera natural y segura en un entorno social y cultural acorde con sus preferencias y necesidades.

La pretensión de que todas las mujeres reciban atención obstétrica hospitalaria las expone a ellas y a sus recién nacidos a procedimientos médico-obstétricos hospitalarios innecesarios y frecuentemente riesgosos.



Email: cpmsvch@gmail.com

A pesar del incremento enorme del presupuesto aún no se cuenta con la capacidad instalada para la atención obstétrica de calidad ni con el personal capacitado para la atención de partos lo que determina un elevado número de referencias a hospitales sin justificación médica suficiente.¹

La prohibición tácita de atender partos al personal médico de las unidades de atención primaria y la subsecuente disminución de la inversión en las unidades de primer nivel para la atención materna han sido dos de los principales mecanismos para instrumentar una política orientada a la atención generalizada de todos los partos en hospitales. La prohibición para atender partos en el primer nivel de atención también alcanza a las parteras tradicionales.

El Instituto de Salud de Chiapas (ISECH) instrumenta actualmente, y fuera de toda normatividad, una serie de actividades relacionadas con un estudio multicéntrico auspiciado por la Fundación Bill Gates, la Fundación Slim y el Gobierno de España e implementado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por su División de Protección Social y Salud Mesoamericana que involucra en México algunas regiones de Chiapas, así como Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. El programa proporcionó un pago en vales a las parteras tradicionales para que éstas acompañaran a las parturientas a las unidades de salud para un parto institucional. Este programa incluyó una fase descriptiva de la cual se derivó un interesante estudio cualitativo sobre los procesos de toma de decisiones sobre la atención del parto². Sin embargo, la Iniciativa de Salud Mesoamericana incluye otras acciones de orden experimental sobre las cuales, las autoridades que han estado involucradas no han aportado información suficiente. Tampoco se conoce si este proyecto fue aprobado revisado por un comité de ética en Chiapas. Lo cierto, es que, de acuerdo a los testimonios recabados por el CPMSVCH a través de las consultas realizadas con parteras tradicionales, el programa promovido por el BID ha contribuido a crear divisiones entre las parteras y a crear desconfianza y confusión,

1 Chiapas se vio enormemente favorecido de la descentralización, en 1998 el presupuesto por Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) fue de \$654,961.35 y el gasto total en salud de \$2, 060, 823,71 (De la Torre 2006). Para el 2012 Chiapas obtuvo por FASSA \$2, 909, 862,005.00 (SHCP 2012) y por Seguro Popular (SP) 3, 533, 300,000.00 (SP 2012) lo que hace un total \$6, 443, 162,005.00. Es decir, que ha tenido un incremento presupuestal exponencial, 237 veces superior, en números absolutos.

2 Kolodin, Susan; Rodríguez, Gisela y Alegría-Flores, Kei, Asuntos de Familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud Mesoamericana 2015.



Email: cpmsvch@gmail.com

abonando así a la falta de claridad y uniformidad existentes los lineamientos sobre la atención obstétrica en Chiapas.

Con el desmantelamiento de la atención obstétrica en el primer nivel de atención, las mujeres pierden opciones para decidir sobre el tipo de parto que desean. Las mujeres con menores ingresos son las más afectadas, ya que con la gradual desaparición de la partería tradicional, pronto no podrán acceder a un tipo de atención diferente a la hospitalaria. La oferta creciente de servicios privados que ofrecen la atención “humanizada” del parto está dirigida a usuarias que tienen los recursos económicos para sufragarla. De este modo, se establece un perfil discriminatorio, que profundiza las desigualdades, ya que sólo las mujeres que pueden pagar podrán decidir cómo y dónde parir.

En los casos en los que una mujer decide no aceptar trasladarse a un hospital para la atención de su parto, se le responsabiliza a ella y a su familia de cualquier contingencia; esta responsabilización frecuentemente toma forma de una carta de responsiva que el personal médico elabora y que las mujeres y sus familias son obligadas a firmar y ³en la cual, se deslinda al personal médico y a la institución de cualquier responsabilidad. Con la utilización de estos mecanismos, los servicios de salud se desentienden y dejan sin seguimiento a la mujer y a su bebé. Este desentendimiento incrementa los riesgos obstétricos en caso de presentarse alguna urgencia. A pesar de que las mujeres conocen esta situación, muchas de ellas deciden afrontar este riesgo y optan por una atención no hospitalaria. Estos casos quedan sub registrados. El que una mujer decida otro tipo de atención no exime al Estado de sus responsabilidades de protección y atención.

La mayor parte de las unidades de primer nivel de atención laboran con un solo turno (matutino) y de lunes a viernes, además de que el personal médico abandona la localidad todos los días al término de su jornada laboral. Para el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas⁴ en Chiapas existen

³ Las Reglas de Operación del Programa Prospera, en su versión modificada y publicada el 26.02.2015, no establece sanciones o suspensión de los beneficios relacionados con la forma de atención del parto. Sin embargo, se establece que la atención institucional del parto será considerada como acción de cumplimiento para la continuidad de los apoyos.

⁴ Convenio General de Colaboración que celebra la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de Emergencias Obstétricas, suscrito en fecha 28 de mayo de 2009. El anexo completo se encuentra disponible en:

<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/ANEXO%201%20APROBADO%20EL%2021.01.13.pdf>



Email: cpmsvch@gmail.com

sólo once centros incluidos con capacidad resolutive y entre éstos, solamente cuatro son de *alta resolutive*; es decir, sólo cuatro centros cuentan, con un banco de sangre y otros servicios de importancia vital. En la Región de los Altos de Chiapas, en donde vive la mayor proporción de población indígena y en donde se presentan la razón de muerte materna más elevada, no existe ningún centro de alta resolutive.

Cuando una mujer acepta acudir a un hospital para la atención de su parto no siempre es resultado de una decisión libre e informada, usualmente es el resultado de medidas de coacción. Con mucha frecuencia se utiliza el condicionamiento para recibir o continuar recibiendo los beneficios de programas sociales para que las mujeres accedan a la atención hospitalaria de su parto. En la encuesta que el CPMSVCH llevó a cabo en 444 mujeres gestantes, 25.9% manifestaron que se les dijo que si su parto no era atendido en un hospital, podían perder los beneficios de los programas sociales de que reciben. El tipo de coacción ejercida por el personal médico y algunos programas sociales de acuerdo con la consulta realizada, muestra que en 42% de los casos esta advertencia provino del personal médico y en 37% del personal de los programas sociales; y en 21%, de ambos. Los programas sociales asociados a este condicionamiento fueron el Programa PROSPERA, el Seguro Popular y la tarjeta PAL *Sin Hambre* a pesar de que un porcentaje elevado de la población está inscrito en el padrón de beneficiarios del Seguro Popular y de Prospera, la población que por alguna razón no está inscrita y se ve marginada de las transferencias en efectivo, adopta una postura de resistencia y reticente para asistir a los servicios. La vinculación que se promueve entre acciones de autocuidado para la salud –y del embarazo, con incentivos económicos promueve la percepción de se debe recibir un pago por recibir atención. En suma, este fenómeno que ha sido descrito como una fragmentación de la atención entre beneficiarios y no beneficiarios, constituye un esquema que promueve el trato discriminatorio y una percepción mercenaria del autocuidado, que obstaculiza radicalmente la titularidad de derechos y la ciudadanía⁵.

Con frecuencia, la población que no forma parte del padrón de beneficiarios de PROSPERA sufre de discriminación cuando busca atención médica; se le atiende hasta el último lugar o se le rehúsa atención.

⁵ Nazar, Austreberta, Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel Local y comunitario y cambios de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México, Informe de las Regiones Altos Tzeltal-Tsotsil y Tzeltal-Chol. Disponible en: <http://www.idbcdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docn>



Email: cpmsvch@gmail.com

Estas actitudes han contribuido a la percepción de que quienes no son beneficiarios de este programa o no tienen Seguro Popular no tienen ningún derecho a recibir atención.

La prohibición de atender partos en el primer nivel o para forzar a las parteras tradicionales para que envíen a todas las mujeres a un hospital, no es una disposición oficial ni aparece escrita en ningún documento, sin embargo los trabajadores de salud la esgrimen con frecuencia en varias regiones y en diferentes formas. Algunas veces, esta prohibición se da en forma de amenazas de multas o de cárcel contra las parteras tradicionales que desacaten la prohibición de atender partos y en especial a las que se les presente una complicación al momento de atender a una mujer. El CPMSVCH llevó a cabo seis consultas a parteras tradicionales en seis regiones de Chiapas durante el mes de abril 2016, en los que quedaron manifiestas las diferentes expresiones que estas amenazas han adoptado y el temor que en ellas han generado, confiriendo un halo de clandestinidad a su trabajo⁶.

La percepción de clandestinidad de su trabajo que muchas de las parteras tradicionales tienen ahora constituye un obstáculo para recurrir a los servicios de salud institucionales cuando enfrentan una dificultad, contribuyendo así a elevar los riesgos maternos y la letalidad de las demoras.

La prohibición de la atención del parto a las parteras tradicionales y el programa que las lleva a canalizar a sus pacientes a los hospitales las degrada y descalifica ante su propia comunidad. Las parteras son mostradas como un peligro ante la población. Estas acciones afectan profundamente su dignidad e incluso su seguridad.

Pese a todo, la poca presencia del personal médico en las localidades y la confianza que la mayoría de las mujeres tienen en ellas hacen que, pese a la adversidad, sigan atendiendo una gran proporción de los partos en muchas regiones indígenas y en lugares en donde la presencia de personal médica es reducida o inconstante. En la consulta realizada por el CPMSVCH, que pronto será publicada, 81.6% de las mujeres indígenas y 79% de las no indígenas, de 1,833 mujeres encuestadas, fueron atendidas por parteras.

⁶ Las consultas se hicieron a grupos de parteras de las regiones de Palenque, Huitiupán, San Juan Cancuc, Sitalá, Tenejapa, San Andrés Larrainzar. En total, participaron más de 120 parteras tradicionales indígenas. Estas consultas se hicieron durante el mes de abril de 2016.



Email: cpmsvch@gmail.com

El hostigamiento del que las comadronas tradicionales son blanco tiene un efecto devastador⁷. Muchas se ven obligadas a dejar su oficio y a negar sus servicios cuando éstos les son solicitados. El CPMSVCH ha documentado casos en los que debido al temor y a la inseguridad que se ha causado en las parteras tradicionales, muchas de ellas han abandonado su oficio o se rehúsan a atender a mujeres con complicaciones, aún en casos en los que no hay personal médico en ese momento en la localidad. Nuestro comité documentó la muerte de una mujer con un parto complicado atendido por un familiar al que las parteras no quisieron auxiliar por el temor causado por amenazas, en un horario en el que ningún personal institucional se encontraba en la localidad⁸.

La mediana de edad de las parteras tradicionales en casi todas las regiones supera los cincuenta años y debido al ambiente tan adverso que enfrenta este oficio en la actualidad, muy pocas jóvenes se interesan en convertirse en parteras⁹. Con la progresiva desaparición de las parteras tradicionales, se extinguen gradualmente líneas de saberes ancestrales de conocimientos sobre procedimientos, terapéuticas herbolarias, rezos, cuidados para la mujer y para el niño, los cuales constituyen la desaparición de una larga serie de fibras con las que se entreteje y refuerza el tejido social y cultural de familias, pueblos y regiones. Cuando estas importantes fibras se extinguen o debilitan, todo el tejido de sus comunidades es vulnerado con consecuencias impredecibles a largo plazo. Las actitudes hostiles de los programas y del personal sanitario hacia la partería tradicional constituyen un incumplimiento de la obligación del Estado Mexicano de respetar la diversidad cultural.

Otra grave repercusión de la pérdida de la atención obstétrica en el primer nivel es la saturación de los servicios hospitalarios, la que resulta en una importante disminución de la calidad de todos los aspectos de la atención médica. Esta disminución de la calidad de la atención se manifiesta de muy diversas formas que van desde una prolongación de los tiempos de espera, la insuficiente cantidad de camas, ropa y otros insumos, hasta la disminución de calidad técnica de los procedimientos médicos. El congestionamiento de los

⁷ Véase anexo 2, Lista de agravios, extracto de las relatorías de las siete consultas a grupos focales de parteras tradicionales indígenas realizadas en abril de 2016.

⁸ Ver anexo 1, Caso de la muerte materna de la Sra. María Vázquez Hernández en Chalam, municipio de Mitontic, 12 de noviembre de 2014.

⁹ CPMSVCH, Consulta a grupos focales de parteras tradicionales sobre los efectos del desmantelamiento del primer nivel de atención en los Altos de Chiapas, Abril 2016.



Email: cpmsvch@gmail.com

servicios obstétricos con embarazos y partos eutócicos debilita gravemente la capacidad para atender las verdaderas urgencias, elevando su letalidad¹⁰. La carga de trabajo que resulta de la saturación de los servicios obstétricos produce un desgaste innecesario del personal médico y auxiliar¹¹.

El incremento de la atención obstétrica convierte a los hospitales en una especie de agujeros negros que absorben ingentes cantidades de los recursos públicos disponibles, lo que en el otro extremo profundiza la desprotección del primer nivel de atención.

Varios informes han señalado la disminución de la calidad de la atención obstétrica en los hospitales en todo el país¹², la que cancela, al menos parcialmente los beneficios que persigue la estrategia de atención del parto institucional hospitalario. La disminución de la calidad de la atención y de la respuesta ante las emergencias se traduce en mayores riesgos maternos y perinatales.

Una gran proporción, de las cerca 1, 200,000 cesáreas que se practican en el país cada año, no tienen una justificación médica suficiente. El costo de una cesárea supera el costo de atención del parto por el Seguro Popular¹³. Sin embargo, las consecuencias más negativas del exceso de cesáreas son la elevación del riesgo materno y las dificultades para que los recién nacidos reciban una lactancia inmediata adecuada y gocen de los efectos positivos¹⁴ que conlleva su recorrido por el canal vaginal durante un parto normal. En Chiapas, el

¹⁰ De acuerdo al Observatorio de Muerte Materna, en 2014 76.4% de las 872 muertes maternas registradas en el país ocurrieron en instituciones del Sistema de Salud, mientras que en Chiapas, donde en el mismo año se registraron 77 muertes maternas, este porcentaje fue del 72.7%. En esta última entidad, el porcentaje calculado de partos que ocurren fuera del sistema de salud es del 40%. Las 14 muertes maternas que ocurrieron en la casa de las mujeres corresponden al 14.3%. (OMM, Distribución de defunciones maternas según lugar de ocurrencia y entidad de residencia habitual de la mujer, 2013. Disponible en <http://omm.org.mx>

¹¹ Durante varias entrevistas realizadas con personal médico de la Secretaría de Salud adscrito a hospitales en San Cristóbal de Las Casas, Comitán y Tuxtla Gutiérrez, el personal refiere que los hospitales se encuentran permanentemente llenos; que las salas de expulsión y los quirófanos se encuentran tan saturados, lo que obliga a posponer fruentemente intervenciones programadas y que esta situación se agrava durante los fines de semana o cuando se ausenta el personal. Más de la mitad de los casos atendidos en los hospitales corresponden a mujeres con trabajo de parto normal sin datos de alto riesgo.

¹² Castro, Roberto y Erviti, Joaquina, 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, Rev. CONAMED 2014:19(1):37-42.

¹³ El Seguro Popular aporta al hospital 7,500 pesos por cada parto y 15,000 por cada cesárea; diferencia que puede estar influyendo para que se practique un mayor número de estas intervenciones.

¹⁴ Los beneficios del parto vaginal incluyen la colonización del tracto intestinal por gérmenes de la flora materna que son moduladores de importantes mecanismos epigenéticos que confieren protección contra numerosos padecimientos en la vida ulterior del bebé y que favorecen un desarrollo adecuado. La evidencia científica señala mayores riesgos de



Email: cpmsvch@gmail.com

porcentaje de cesáreas ha aumentado de manera constante. A una de cada tres mujeres que llegan a los servicios públicos se le practica cesárea. El número absoluto de intervenciones se duplicó en los últimos 13 años¹⁵.

La insatisfacción de las mujeres cuyos partos son atendidos en los hospitales saturados es notable. Si bien existen muchas manifestaciones de maltrato cuando las mujeres reciben atención obstétrica y cada una de ellas tiene determinantes específicos, lo cierto es que la saturación de los servicios y la sobrecarga de trabajo del personal contribuyen para crear un medio propicio para que todas las formas de maltrato se multipliquen y sean más difíciles de ser corregidas. La atención y los recursos que deben brindarse para que un hospital ofrezca una atención con pertinencia cultural constituyen un reto significativamente mayor cuando se trabaja bajo la presión que se produce cuando los servicios están permanentemente saturados.

Las parteras profesionales

Ante el panorama descrito arriba, la incorporación de las parteras profesionales a los servicios públicos de salud se ve limitada casi exclusivamente al entorno hospitalario, al cual indudablemente podrían hacer aportaciones importantes, pero no podrían contribuir para crear las condiciones para una atención menos medicalizada.

Las experiencias en las cuales las parteras profesionales se han incorporado a programas piloto de atención en el primer nivel de atención, las ponderaciones económicas basadas exclusivamente en el número de partos que atienden subrayan una relación costo-beneficio desfavorable determinando la rescisión laboral a parteras recién contratadas¹⁶. Si bien, las actividades que las parteras profesionales que han sido contratadas

enfermedades como hipertensión, diabetes, varios tipos de cáncer y de otros padecimientos crónicos para los nacidos por cesárea. Estos importantes aspectos que deberían ser tomados en cuenta ante la grave epidemia de enfermedades crónicas que vive en país, son soslayados por los tomadores de decisiones en las políticas de atención obstétrica.

¹⁵ INSP, "Elevada recurrencia a las cesáreas: Revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto, evidencia para la política pública en salud" Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, INSP, 2013.

¹⁶ En la maternidad de Chamula, llama la atención que a este personal se le despidió argumentando falta de recursos para cubrir sus honorarios, sin embargo, las enfermeras obstétricas y enfermeras generales contratadas posteriormente permanecen en sus puestos. Esto denota poca voluntad política de fortalecer la atención obstétrica del primer nivel con pertinencia cultural (dos de las parteras profesionales eran hablantes de lengua indígena).



Email: cpmsvch@gmail.com

por las instituciones de salud son diversas, éstas frecuentemente no obedecen a un plan sistemático y estructurado bajo lineamientos definidos.

El fortalecimiento de la capacidad del primer nivel de atención¹⁷ para brindar servicios obstétricos y perinatales y la voluntad política para que las mujeres sean atendidas en este nivel de atención si así lo desean, tendría que darse en torno a la creación de verdaderos sistemas locales de atención obstétrica que además de tener la capacidad de referencia y transporte rápido y eficaz de las urgencias a un hospital con capacidad resolutive, acompañan, capacitan y supervisan a las parteras tradicionales.

Por todo lo anteriormente señalado, si una mujer con un embarazo normal no puede ejercer su derecho de decidir el lugar en donde atenderse su parto, ya sea en una unidad de primer nivel o en su casa, bajo la supervisión del personal sanitario, puede ser considerada una forma de violencia obstétrica. Esto supera consideración clásica de que la violencia obstétrica se circunscribe al espacio médico.

La violencia obstétrica no es únicamente un problema de calidad y calidez de los servicios médicos, sino también es toda acción u omisión que reduzca a las mujeres a la condición de un objeto de intervención y no como sujetos de derecho.

La violencia obstétrica no se limita a las condiciones que se derivan de la interacción entre las mujeres y el personal sanitario ni se circunscribe al ámbito hospitalario, sino que se extiende a todas las acciones que limitan o impiden que una mujer ejerza su derecho a decidir sobre su propio cuerpo durante el embarazo, el parto y el postparto. De este modo, el condicionamiento y la coacción de las que son objeto una gran cantidad de mujeres para forzarlas a tener sus partos en hospitales constituye una forma de violencia que agrava seriamente la dignidad y que cancela toda posibilidad de ejercer el derecho a tomar una decisión libre e informada.

¹⁷ Ver más adelante el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT.



Email: cpmsvch@gmail.com

Como dice Fornes¹⁸ (2011) el parto pasó de ser “escenario de la familia a ser un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes de un derecho, tuvo la impostura de una obligación”.

El desmantelamiento de los servicios obstétricos en el primer nivel de atención, una política regresiva

Ante el desmantelamiento la atención obstétrica en el primer nivel de atención con el fin de brindar una atención “segura” en los hospitales, se puede invocar el “principio de prohibición de retroceso social” o de “prohibición de evolución reaccionaria”. No puede ser eliminada sin alternativas o compensaciones, la prestación social de ofrecer servicios de atención obstétrica en el primer nivel de atención, cercano a la población y con pertinencia cultural -acompañado de acciones para fortalecer el nivel de auto atención del parto integrado principalmente por las parteras tradicionales-, no sólo en el ámbito médico, sino en sus dimensiones social y cultural. De este modo, una obligación positiva pasa a ser una obligación negativa. En este caso, no se trata de un “retroceso” legislativo, sino de un retroceso de *facto*.

La promoción del parto institucional se traduce en los hechos en un parto intrahospitalario que no necesariamente asegura una atención de calidad¹⁹. Esta política se aplica, como lo hemos señalado antes, de manera uniforme en todo el país, sin adecuación a los diversos contextos que existen en una nación multicultural como México. A pesar de la existencia de experiencias de adecuación cultural que se han desarrollado de manera limitada en cobertura y en tiempo, muchas de ellas de gran valor por sus aportes, en la actualidad la forma en que se brindan los servicios médicos a las poblaciones indígenas y afrodescendientes del país carecen de adecuación cultural. Incluso las valiosas propuestas que se han desarrollado en el seno de la Secretaría de Salud no han logrado desarrollar un modelo sistémico de atención con especificidad para las condiciones y necesidades de las poblaciones indígenas y afro descendientes.

¹⁸ Fornes, Valeria, “Parirás con poder...(pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia contemporánea” en: Karina Felitti (coord.) Madre no hay una sola, Experiencias de maternidad en la Argentina. Buenos Aires. Ed. Ciccus. 2011.

¹⁹ Por ejemplo el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, que da cobertura a población predominantemente indígena, no cuenta con banco de sangre, unidad de cuidados intensivos para adultas, por tanto no es considerado un hospital de Alta resolutivead.



Email: cpmsvch@gmail.com

El Seguro Popular y el Programa Prospera son los verdaderos programas rectores de la atención para la salud, los cuales operan uniformemente en todo el país y en ellos, los servicios otorgados a las poblaciones indígenas se han homologado con los de la población que se encuentran debajo de la “línea de bienestar”, un criterio economicista que sólo contempla algunas adecuaciones para los medios urbano y el rural²⁰.

En este sentido, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, firmado por el Gobierno de México el 27 de junio de 1989 y ratificado el 13 de agosto del mismo año, establece en su artículo 25:

Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental... Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario... Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales... El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud.

El Convenio 169 también señala en su artículo 6:

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán: a) consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente; b) establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan.

Por otro lado la modificación del artículo 1ero constitucional abre una ventana de oportunidad para la exigibilidad jurídica de los derechos humanos en el país. La exigibilidad como proceso legal o exigibilidad

²⁰ SEDESOL, Método de identificación y permanencia de Hogares en Situación de Pobreza de PROSPERA, Programa de inclusión social, 2014. Disponible en <https://www.prospera.gob.mx/swb/work/>



Email: cpmsvch@gmail.com

jurídica es la llamada justiciabilidad e implica la defensa de los derechos violados ante tribunales o instancias administrativas adecuadas, que puede establecerse a partir de la modificación de la constitución Mexicana

Al respecto, de acuerdo con la reforma del 30 de julio de 2011 al artículo 135 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y las condiciones que esta Constitución establece”.

Desde el marco jurídico nacional, el artículo 2 constitucional, apartado B, fracción IX, establece que con la finalidad de abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, el gobierno tiene la obligación de “consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y de los estatales y municipales y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen”. No obstante, actualmente no existe una ley federal que regule el ejercicio y reclamo de este derecho. Lo que existe es la incorporación de éste en diferentes leyes, las principales son la Ley de Planeación y la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas²¹. En las legislaciones locales, el estado de Chiapas y 24 entidades más cuentan con leyes sobre los derechos indígenas, de las cuales 23 consideran, en diferente medida, la consulta como un derecho.

Con base a lo anterior, las mujeres indígenas del país tienen el derecho de ser consultadas y de expresar sus deseos y necesidades sobre el tipo de parto de su preferencia. Como un ejercicio realizado para reforzar este punto, el CPMSVCH llevó a cabo una consulta en las poblaciones de mayor tamaño de los 17 municipios con más del 80% de hablantes de lengua indígena de la región de Los Altos de Chiapas y en la Ciudad de San Cristóbal. En la cual se recabaron los deseos y preferencias a mujeres indígenas sobre la atención del parto: y 1,986 mujeres (381 gestantes y 1605 con hijos menores de tres años²²).

²¹ Monterrubio, Anavel, Derechos de los pueblos indígenas en México en materia de consulta, participación y diálogo., Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Doc. De trabajo 167, Abril de 2014.

²² Además de sus preferencias y experiencias sobre la atención del parto que desean, se recabó información sobre otros temas relacionados con los efectos directos e indirectos de la política de promover el parto institucional hospitalario de manera generalizada.



Email: cpmsvch@gmail.com

71% de las gestantes manifestaron su deseo a ser atendidas por una partera, 3.7% ser atendidas conjuntamente por una partera y un médico en la clínica de su localidad, 0.3% por un familiar y 24.9% por un médico o enfermera en un hospital.²³ De las 1,605 mujeres indígenas con hijos menores de tres años que fueron consultadas, 80.7% fueron atendidas por una partera en su casa, 1.1% en la unidad de primer nivel de su comunidad y 18.3% en el hospital (n=293). Destaca el hecho que 28.3% de las mujeres que fueron atendidas en hospital se les practicó una cesárea²⁴.

A 1,535 mujeres se les preguntó su preferencia de atención si tuvieran un nuevo parto, 85.8% respondió que buscarían a una partera, el 0.2% al médico en su comunidad y el 14.1% que irían a un hospital y 70 fueron esterilizadas.

La predilección que tienen las mujeres indígenas por parir en su comunidad y ser atendidas por parteras quedó demostrada por la consulta. Este antecedente debería servir para crear una plataforma amplia de exigibilidad para impulsar una consulta a las mujeres indígenas a nivel nacional.

Una consulta a las mujeres indígenas del país, organizada por las instancias oficiales pertinentes sustentada legalmente y promovida con base al Convenio 169 de la OIT, podría ser un paso importante para impulsar la revisión de la política de atención del parto y demandar un modelo de atención diseñado con la participación de las usuarias, en el que, sin descuidar el importante aspecto de la seguridad, se rediseñe un primer nivel de atención obstétrica con verdadera adecuación cultural y la participación protagónica de parteras tradicionales y profesionales; y en el que se incluyan mecanismos efectivos de referencia, estabilización, transporte y recepción inmediata de las urgencias a hospitales no congestionados y con capacidad resolutive mejorada.

²³ La misma pregunta fue hecha a un grupo de mujeres no indígenas, de las cuales, el 74.6% desea ser atendida en un hospital y el 22.2% por una partera.

²⁴ Entre las mujeres no indígenas consultadas, también madres de menores de tres años, el 73.7% tuvieron su último parto en hospitales, el 3.2% en una unidad de primer nivel y el 23.1% fueron atendidas por una partera.