

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Adecuación Intercultural y Derechos Sexuales y Reproductivos para mujeres
indígenas de la Costa Chica de Guerrero.**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

NAYELLI YOMARA MARTÍNEZ ALVAREZ

DIRECTOR

Dr. Oswalth Manuel Basurto Bravo

Ciudad de México, junio 2019

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Mi motivación

La vida da muchas vueltas, y quien iba a decir que esta pasión que nace dentro de mí por ayudar a las mujeres más vulnerables en el proceso del embarazo, me haría darme cuenta que existe una conexión con mi presente y mis ancestros.....

.....Mi abuelo Aurelio Martínez, nos invitaba a comer elotes a mi papá, Domitilo Martínez Carranza, mi mamá Máxima Carranza Alemán y a nosotros sus hijos a un pueblito llamado Coacan. Como en ese tiempo no había transporte íbamos en burros y caballos; entonces mi mamá iba montada en un burro y con la cabeza de la silla de montar se iba tallando su vientre y ella estaba embarazada. De tanto que rozaba su vientre con la silla el bebé que esperaba se le murió.

Como ella no sabía que estaba embarazada, el bebé que se le había muerto se le pudrió en el vientre y de ahí le vino el cáncer porque no le hicieron un degrado; cuando ella se da cuenta que estaba embarazada ya era demasiado tarde porque ya tenía cáncer en todo su estómago. En ese momento fue cuando le dijeron que tenía un bebé y ya había muerto, en el hospital del pueblo de Huitzuco Guerrero le dijeron a mi papá “su esposa tiene un bebé, pero ya está muerto”.

Duro un mes en ese hospital a pesar de que le dijeron que ya no se podía hacer nada; para poderla trasladar a su casa en el pueblo de Atenango del Río Guerrero mi papá busco una camioneta de redilas porque no había tampoco transporte, atrás de la camioneta le pusieron la cama a mi mamá e iba acostada porque ya no podía moverse. Todos sus hijos veníamos alrededor de ella.

El camino era de terracería nos hacíamos un día completo de Huitzuco a Atenango. Cada vez que el carro brincaba le dolía su estómago y decía “dile al chofer que se valla más despacio me duele mi estómago”

Cuando llegamos a la casa la bajaron y la pusieron en un pasadizo, varios familiares la fueron a visitar y al otro día murió sin antes darnos la bendición a mí y a sus otros 6 hijos.....

Relatado por mi padre Edgardo Martínez Carranza.

En memoria de mi abuelita Máxima Carranza Alemán (+).

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi amado y hermoso hijo Ángel Sebastián Méndez Martínez, porque desde que supe que estabas en mi vientre eres mi motivación y mi fuerza que hace levantarme y superarme cada día para poderte dar un mejor futuro y en algún momento de la vida te sientas orgulloso de mi.

Agradecimientos

Esta tesis no la pude haber realizado sin la ayuda de varias personas.

A mis padres, por hacer un enorme sacrificio para que yo pudiera cumplir mi sueño, gracias por su tiempo dedicado y por creer en mí.

A mi madre, por acompañarme cada desvelo, por ser una mujer guerrera que me has enseñado a luchar a pesar de las adversidades, a levantar la cara después de una pésima noche en que nuestro miedo se juntaba para apoderarse de nosotras y de muchas malas experiencias que tuvimos que pasar para estar en donde dios quiere que estemos, también por aceptar cuidar de mi hijo como si fuera tuyo y por el inmenso cariño que le das en los momentos en que tenía que ir a la universidad para terminar este gran logro. Gracias por traerme al mundo te amo.

A mi padre, por enseñarme a ser la mujer quien soy, por todos esos consejos que me brindaste con la finalidad de triunfar siempre en esta vida. Por tu fuente de trabajo que te permitió darme una licenciatura que hoy juntos gozamos; por enseñarme a valorar cada peso y hacerme saber que las cosas me las debo ganar por mi esfuerzo y dedicación y como tú dices “nada en esta vida es fácil todo cuesta trabajo, pero no es imposible”. Por tu gran esfuerzo de levantarte todos los días temprano a pesar de haber tenido un día difícil, para ponerte a trabajar en una herencia que te dejo mi abuelito el ser panadero y que gracias a esa herencia nos has podido sacar adelante a mí y mis hermanos. Gracias también por cuidar de mi hijo llenarlo de cariño y por jugar con él, porque esos recuerdos son los que se le van a quedar en la memoria y en el corazón. Te quiero mucho y te amo.

A mi esposo, por tu amor incondicional, por todo tu apoyo que me brindas, por confiar en mí, por ser más allá de un esposo un gran amigo, por ser mi confidente, por motivarme a seguir este sueño y por ser parte de esta gran experiencia. Por todas esas noches que te desvelaba y no podías dormir con el ruido que hacía, por tu comprensión cuando tenía que dormir varios días fuera de la casa, por ser el mejor padre y cuidar de nuestro hijo cuando yo no podía hacerlo, de esas noches en que me ayudabas en despejarme un poco a través de esas charlas en las que hablábamos de infinidad de cosas, por ofrecermte tu hombro para desahogarme cuando estaba a punto de abandonar este sueño, por decirme las netas y hacerme ver mi error a tiempo, y por esas noches de tragos que muchas veces en verdad las necesitaba. Gracias y te amo infinitamente.

A mi hermana, por ser la mejor persona que pude tener a mi lado porque con tu apoyo me has ayudado tanto, por ser la mejor tía que pudo tener ni hijo, por ayudarme a cuidarlo siempre, por estar ahí a pesar del cansancio y de las muchas actividades que tienes por hacer, por estar siempre con mi hijo cuando el te necesita, por jugar con él, por darle de comer, por arrullarlo para que se duerma entre tus brazos, por sacarle esas inmensas sonrisas que solo tú sabes cómo hacerlo, por amarlo tanto. Gracias porque tu fuiste parte importante para que este sueño llegara a su fin, y como tú dices “te amo como el cielo porque el cielo nunca se acaba y mi amor por ti nunca se acabara”.

A mi hermano, por ser una persona extraordinaria con un gran corazón y una nobleza que te caracteriza, por ser parte de mi vida y por tantos momentos que pasamos juntos, por ser el mejor tío que pudo tener mi hijo porque contigo se divierte y porque juegas con él+ a lo que se le ocurra. Te amo.

A mi hijo, por ser un maravilloso ser humano que dios me mando, por tus sonrisas, por tus ocurrencias, por entender cuando te explico que no puedo jugar en ciertos momentos contigo, por apoyarme y dormirte solo sin tenerme a tu lado.

A mi director de tesis, el Dr. Oswalth Manuel Basurto Bravo por aceptar caminar conmigo en este proyecto, por todos tus consejos que me sirvieron de mucho en cuestiones personales y académicas, por toda tu enseñanza que posees, por creer

en mí; por tenerme mucha paciencia a pesar de haber tenido tanto tiempo sin coger un lápiz y poder escribir y por transmitirme esa confianza que había perdido en mí, siempre te estaré agradecida.

A mis lectoras, las profesoras Leticia Muñoz Langarica, Martha Bolio Marqués, y Yolanda Gómez Moreno por aceptar leer mi tesis y ser parte de este proyecto, por las sugerencias que me hicieron para que mi tesis quedara lo mejor posible y de esta manera enriquecerme más de sus aprendizajes.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por el apoyo económico otorgado para la impresión y el empastado de este trabajo recepcional y por cobijarme durante cuatro largos años y permitirme ser parte de ella. ¡nada humano me es ajeno!

Por último, a las muchas personas entre familia y amigos que fueron parte de este logro.

Acrónimos

CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida.
INAFED	Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
ODM	Objetivos del desarrollo del Milenio.
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible.
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Índice

Acrónimos	5
Introducción	8
Antecedentes	10
• Contexto del Estado de Guerrero.....	10
• Contexto del municipio de San Luis Acatlán.....	16
Justificación	20
Capítulo 1. Derechos Humanos	27
• Antecedentes.....	27
• ¿Qué son los Derechos Humanos?, características y clasificación.....	28
• Concepto de Salud.....	30
• Derecho a la Salud.....	32
Normas Internacionales del Derecho a la Salud.....	33
Normas Nacionales del Derecho a la Salud.....	37
Obligaciones de los Estados Partes.....	41
Violaciones del Derecho a la Salud.....	43
Capítulo 2. Adecuación Intercultural en salud	44
• Antecedentes.....	44
• Concepto.....	45
• Modelos del Proceso Salud-Enfermedad.....	46
• Partería.....	48
• Parto Humanizado.....	50
• Norma técnica de salud para la atención del parto vertical.....	52
Capítulo 3. Derechos Sexuales y Reproductivos	58
• Antecedentes Históricos de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	58
• Contexto actual en México.....	64
• Normas Nacionales de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	70
Capítulo 4. Derecho de las Comunidades Indígenas	74
• Contexto actual de la población indígena en México.....	74
• Normas Internacionales de los Derechos Indígenas.....	79
• Normas Nacionales de los Derechos Indígenas.....	81
Capítulo 5. Embarazo	83
• Reproducción.....	83
• Fisiología femenina.....	84
• Tipos de embarazos.....	84
• Signos y síntomas.....	85
• Signos de alarma.....	85

• Parto.....	86
• Fases del trabajo de parto.....	86
• Tipos de parto.....	87
• Puerperio.....	88
• Lactancia materna.....	88
• Fisiología de las mamas femeninas.....	89
• Métodos anticonceptivos.....	90
DIU.....	92
Colocación del DIU.....	93
Beneficios del DIU de cobre y hormonal.....	93
Reacciones secundarias.....	93
Capítulo 6. Metodología.....	95
• Metodología Cualitativa.....	95
• Metodología Cuantitativa.....	97
• Planeación Estratégica.....	98
• Asociación Civil Kinal Antzetik y la Casa de la Mujer Indígena.....	100
• Trabajo de campo.....	101
Capítulo 7. Análisis y resultados de la encuesta.....	104
Capítulo 8. Investigación Social cualitativa de las entrevistas.....	126
• Problemas de salud.....	126
• Partería.....	133
• Violencia médica.....	135
• Uso de métodos anticonceptivos.....	138
• Negligencia médica.....	140
Conclusiones y propuestas.....	144
Bibliografía.....	155
Glosario.....	163
Anexo 1 Encuesta.....	172
Anexo 2 Taller de derechos sexuales y reproductivos.....	175

Introducción

El presente trabajo habla sobre la adecuación intercultural y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres indígenas en la Costa Chica de Guerrero, se analiza, la atención médica que reciben las mujeres en edad reproductiva de esta Región, durante el embarazo, parto y puerperio.

El propósito de realizar este trabajo fue porque en los Estados de Chiapas la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ¹ fue de 68.5, en Oaxaca de 48.6 y Guerrero de 49.5 (OMM en México, 2015) encontrándose por arriba de la media nacional que es de 34.6 y por las violaciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos que han sufrido las mujeres indígenas del municipio de San Luis Acatlán.

Para analizar esta problemática fue necesario saber las causas del problema de salud que hay en ese municipio y en las comunidades aledañas.

La mortalidad materna es considerada como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio. En pleno siglo XXI sigue habiendo este tipo de muertes a pesar de que en cada nuevo sexenio se estipulan nuevas políticas públicas para poder bajar los índices, como es el caso de los Objetivos del Milenio que no lograron llegar a la meta establecida la cual era reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Por ejemplo, en 1990 México tenía el 88.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, en el 2013 llegó a 38.2 y en el 2015 la meta era de 22.2 por cada 100,000 nacidos vivos (ONU México, 2016).

Después de constatar que no se cumplieron, propusieron ampliarlos y evaluar un seguimiento ante las metas propuestas.

Los Estados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas en condiciones de alta marginalidad la Razón de Mortalidad Materna ha descendido muy lentamente (OMM en México, 2015).

¹ La Razón de Mortalidad Materna se define como el número de defunciones de la población femenina, mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año (OMS, UNICEF Y UNFPA, 2005).

Existen varias causas que pueden originar este problema como la desigualdad social en salud, la inequidad en salud, no contar con las determinantes sociales, la pobreza, falta de información adecuada, precisa y eficaz de los derechos sexuales y reproductivos, dificultades de accesibilidad a métodos de planificación familiar, etc.

El interés de realizar este trabajo fue para saber porque a pesar de los programas y políticas públicas que ha implementado el gobierno en cuestiones de salud, las mujeres indígenas sigan siendo el eslabón más débil frente a la cadena de factores que ponen en riesgo su vida y su salud (CDI, 2010). Al final se daría a conocer el diagnóstico de los hallazgos encontrados en San Luis Acatlán.

Antecedentes

Contexto del Estado de Guerrero

Características Geográficas

El Estado de Guerrero, está situado al sur de la República Mexicana, su capital es Chilpancingo de los Bravo y está compuesta por 81 municipios. Se localiza totalmente en la zona tropical con un clima cálido subhúmedo, tiene una extensión territorial de 63 596 kilómetros cuadrados, que representan el 3.2% de la superficie total de la República Mexicana y cuenta con una población total de 3 533 251 habitantes (INEGI, 2016).

Colinda al norte con los estados de México, Morelos, Puebla y Michoacán; al sur, con el océano Pacífico; al este con Puebla y Oaxaca; y al oeste con Michoacán y el Pacífico.



Imagen 1 Estado de Guerrero (INAFED, 2009).

La flora que predomina en el Estado son los árboles amates, las parotas, encinos, ocotes, el pochote y la ceiba. Y en cuanto a la fauna se refiere, se clasifican en:

- Insectos: avispas, abejas, chicharra, comejen y zancudos.
- Reptiles: Boa, víbora de cascabel, coralillo, escorpión, iguana, etc.
- Aves: Águila, calandria, codorniz, colibrí, chachalaca, gaviota, gorrión, guacamaya, jilguero, lechuza, loro, paloma primavera, urraca, zopilote, etc.
- Mamíferos: Ardilla, conejo, coyote, gato montés, jabalí, mapache, tejón, tlacuache, venado, zorrillo, etc. (Inafed, 2019).

Se divide en siete regiones y cada una en municipios y aunque pertenecen al mismo Estado cada región cuenta con clima, flora, fauna, cultura, tradiciones y costumbres diferentes.

Tabla 1 Regiones del Estado de Guerrero (Guerrero Cultural Siglo XXI A.C., 2012).

Región	Colindancia	Municipios
Centro	Con la región Norte, los municipios costeros, la Montaña y Tierra Caliente.	Ahuacotzingo, Chilapa de Álvarez, Chilpancingo de los Bravo, Eduardo Neri, General Heliodoro Castillo, José Joaquín de Herrera, Juan R, Escudero, Leonardo Bravo, Mártir de Culiapan, Mochitlán, Quechultenango, Tixtla de Guerrero y Zitlala.
Acapulco	Al Norte con la región Centro; al Sur con el Océano Pacífico; al Este con la región Costa Chica; y al Oeste con la región Costa Grande.	Acapulco de Juárez
Norte	Con algunos Estados México, Morelos, Puebla, al Sur hasta el Río Balsas, al Este la Sierra de	Apaxtla, Atenango del Río, Buenavista de Cuéllar, Cocula, Copalillo, Cuetzala del Progreso,

	Huitzuco y al Oeste la Sierra de Teloloapan.	General Canuto Alejo Neri, Huitzuco de los Figueroa, Iguala de la Independencia, Ixcateopan de Cuauhtémoc, Pedro Ascencio Alquisiras, Pilcaya, Taxco de Alarcón, Teloloapan, Tepecoacuilco de Trujano y Tetipac.
Tierra Caliente	Al Norte con los Estados de Michoacán, México, municipio de Canuto A. Neri, General Heliodoro Castillo, Apaxtla y Teloloapan al Oeste con Coahuayutla de José María Izazaga, al Suroeste con Zihuatanejo de Azueta.	Ajuchitlán del Progreso, Arcelia, Coyuca de catalán, Cutzamala de Pinzón, Pungarabato, San Miguel Totolapan, Tlalchapa, Tlapehuala y Zirándaro.
Montaña	Al Norte con Puebla, al Este Oaxaca, al Sur con la Costa Chica y al Oeste con la Región Centro.	Acatepec, Alcozauca de Guerrero, Alpoyeca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixac, Cochoapa el Grande, Copanatoyac, Cualac, Huamuxtitlán, Iliatenco, Malinaltepec, Metlatónoc, Olinalá, Tlacoapa, Tlalixtaquilla de Maldonado, Tlapa de Comonfort, Xalpatláhuac, Xochihuehuetlán y Zapotitlán Tablas.
Costa Grande	Al Norte con las cumbres de la Sierra Madre del Sur, en el lado opuesto con el Océano Pacífico, al Oeste con el Estado de Michoacán y al Este con el municipio de Acapulco de Juárez.	Atoyac de Álvarez, Benito Juárez, Coahuayutla de José María Izazaga, Coyuca de Benítez, la unión de Isidoro Montes de Oca, Petatlán, Tecpán de Galeana y Zihuatanejo de Azueta.
Costa Chica	Al Este con Acapulco llegando hasta Oaxaca, al Sur con el Océano Pacífico y al Norte con la Sierra Madre del Sur.	Ayutla de los Libres, Azoyú, Copala, Cuajinicuilapa, Cuauhtepic, Florencio Villareal, Igualapa, Juchitán, Marquelia, Ometepec, San Luis Acatlán, San

La población indígena en Guerrero se encuentra esencialmente en la zona de la Montaña y en la Costa Chica, siendo estas las zonas más marginadas del estado, cuenta con cuatro principales lenguas indígenas como Mixtecos, Amuzgos, Tlapanecos y Nahuas. Los Mixtecos representan el 28% ubicados en la parte alta de la montaña, los Amuzgos el 9% y se encuentran en la región Sureste, los Tlapanecos con el 22% situados en la Sierra Madre del Sur y por último los Nahuas con el 40% ubicados en la Región de la Montaña, la Sierra Central, Tierra Caliente, la Sierra Norte (Plan Estatal de Desarrollo 2016-2017, 2017).

El Producto Interno Bruto (PIB) del Estado en el año 2016 represento el 1.4 % con respecto al total nacional. Su principal economía se basa en el comercio, turismo y la exportación de mezcal a grandes países como Canadá, Estados Unidos etc. (Concanaco Servytur México, 2018).

Una de las actividades económicas, es la agricultura que produce maíz, ajonjolí, café, frijol, arroz, cacahuate, jitomate, sorgo, soya, y algunas frutas como el mango, papaya, aguacate, sandía, entre otras.

Otra actividad es la ganadería, esta se da muy bien porque gran parte del territorio posee buenas tierras para que los animales puedan alimentarse bien; se crían vacas, puercos, cabras, caballos, ovejas, etc.

La industria también es parte de las actividades del Estado de Guerrero, ya que varios municipios se dedican a la elaboración de artesanías como es el caso del municipio de Olinalá que elabora las famosas “cajitas de Olinalá”, que son transportadas a otros lugares para la venta.

La actividad pesquera es importante para el Estado, ya que en los principales puertos pesqueros como Acapulco y Zihuatanejo se encuentran gran variedad de especies marinas como son el pez vela, atún, etc.

A pesar de tener actividades primarias, secundarias y terciarias, las exportaciones de productos a nivel global se han visto afectadas; porque en el año 2014 se obtuvieron 493, 996 dólares a comparación con el año 2017 fue de 236, 957 dólares (INEGI, 2019).

El nivel de desarrollo humano de Guerrero se calcula mediante los logros de la entidad, en salud, educación e ingreso, alcanzados en relación con los parámetros observados a nivel internacional (PNUD, 2018, pág. 58). Para el año 2015 el Índice de Desarrollo Humano del Estado fue de 0.679 comparado con la media nacional que fue de 0.746 por lo que se encuentra debajo de la media nacional (PNUD , 2015).

Con respecto a la educación, el INEGI basándose en la población de 15 años y más encontró que el 13.2% no tienen escolaridad, el 54.0% tienen la educación básica, el 19.6% tienen la media superior, el 12.9% educación superior y el 0.3% no especificaron. Sin embargo, en el 2015 tuvo un grado promedio de escolaridad de 7.7 por debajo del promedio nacional que es de 9.1, y un alto índice de analfabetismo (13.6%) en comparación con el total nacional que es de (5.5%) (Secretaría de Economía , 2018, pág. 4).

En la Encuesta Intercensal 2015, el 84.6% de la población total está afiliada a alguna institución de salud por ejemplo el 0.8% a PEMEX o MARINA, el 8.5 al ISSSTE, el 13.7% al IMSS y con el 77.3% al Seguro Popular. El promedio de hijos nacidos vivos es de 1.9 y el 4.1% de hijos fallecidos en mujeres de 15 a 49 años (INEGI, 2016).

Datos tomados mediante el INEGI, Guerrero cuenta con un total de 895 157 viviendas particulares habitadas que representan el 2.8% del total nacional, de las cuales el 46.6% tienen agua entubada, el 83.3% cuentan con drenaje, el 87.1% tienen servicio sanitario y el 97.3% tienen electricidad (INEGI, 2016).

Guerrero es de los Estados con una gran diversidad cultural en comida típica, como cuenta con 7 regiones, cada una tiene su propia gastronomía.

Los principales ingredientes que predominan en la cocina del Estado de Guerrero son el maíz, chile, frijol, la carne de cualquier tipo provenientes de la corriente

culinaria indígena por lo que a través de estos ingredientes se preparan platillos como mole rojo, mole verde, el clemole, memelas, picadas, chalupas, pozole blanco y verde. Otros ingredientes provenientes de la corriente culinaria española son el pan de trigo blanco incluyendo el marquesote chilapeño, entre otras.

En los diferentes municipios que conforman el Estado de Guerrero se realizan distintos platillos como es el mole de jumil en Taxco de Alarcón, tamales de frijol calabaza o ciruela en Tepecoacuilco, el pozole blanco en Iguala, adobo de cochinita en Huitzuc de los Figueroa, panques de arroz y mantequilla en Teloloapan, chalupas fritas rellenas de carne y salsa en Chilapa, fiambre y barbacoa en Tixtla, camarones al ajillo en Acapulco, caldo de iguana cuatete en la Costa Chica, pescado a la talla en la Costa Grande, mole de iguana o armadillo en Tierra Caliente (México Travel Club, 2016).

En la Región Norte, en el municipio de Atenango del Río tamales nejos con mole rojo, tlascales, frijoles pallenados, salsa de molcajete, caldo de iguana, quelites, guajes, queso con chile, barbacoa de chivo, picaditas.²

En cuanto a bebidas se trata las típicas son aguas de frutas como sandía, mango, naranja, coco, chocolate, y el mezcal elaborado por varios municipios del Estado.

² Relatado por el señor Edgardo Martínez Carranza habitante del municipio de Atenango del Río Guerrero.

Contexto de San Luis Acatlán Guerrero

Características geográficas

El municipio pertenece a la región de la Costa Chica; se localiza al sureste de Chilpancingo, tiene una extensión territorial de 704.40 km², que representa el 1.10% del total estatal. Colinda con los municipios siguientes: al norte con Acatepec, Tlacoapa, Malinaltepec, Iliatenco y Metlatónoc; al sur con Marquelia, Cuautepec, Azoyú y Copala; al este con Igualapa, Metlatónoc y Azoyú, y al oeste con Cuautepec, Acatepec y Ayutla, cuenta con una población total de 43 671 habitantes de los cuales el 48.9% son hombres y el 51.1% son mujeres (INEGI, 2016).

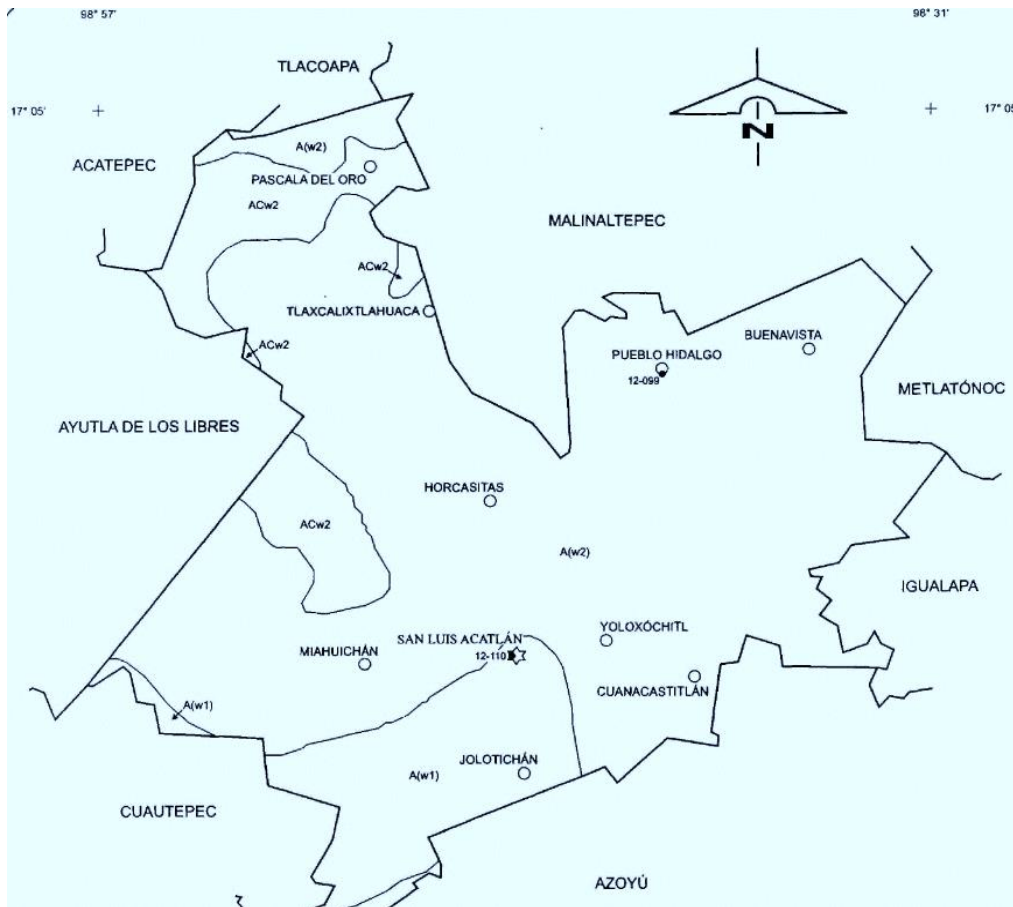


Imagen 2 Mapa de San Luis Acatlán y sus comunidades (INEGI, 2001).

La flora se compone de selva baja caducifolia y bosques de pino y encino. Entre las distintas especies vegetales, se encuentran las siguientes: cocotero, roble, caoba, cedro, parota, bocote, otate y carrizo, entre otros.

La Fauna está compuesta por coyote, tlacuache, zorrillo, jabalí, zorro, conejo, armadillo, rata, tuza, nutria, jaguar, venado, cocodrilo, iguana, serpiente y lagartija. Dentro de las aves aún se cuenta con paloma, perico, codorniz, gavián, garza, pájaro carpintero, golondrina, tecolote, águila, urraca, guacamaya y gorrioncillo (Gobierno del Estado de Guerrero, 2015).

En la Costa Chica la población indígena representa un 27.3% del total de habitantes, correspondientes a 113,820 personas, según los datos más recientes de la Jurisdicción sanitaria 06 (Berrio Palomo, 2013, pág. 118).

Es la cabecera municipal y tiene 89 localidades; de las cuales, junto con San Luis Acatlán son de las más pobladas como Pueblo Hidalgo, Yoloxóchitl, Cuanacaxtitlan, Buena vista, Jolotichan, Horcasitas, Tlcalixtlahuaca, Páscala del Oro.

Sus principales actividades económicas primarias son la agricultura y se cultiva maíz, frijol, ajonjolí, Jamaica, coco y cacahuate; también la ganadería como el bovino, caprino, porcino, equino, aves de engorda. Actividades secundarias como manufactureras y construcción. Actividades terciarias como comercio y turismo.

El Índice de Desarrollo Humano en el año 2005 fue de 0.6716 comparado con la media nacional que es de 0.746 entonces se encuentra con un Desarrollo Humano medio (Sedesol, 2013). Para el año 2010 en Índice de Desarrollo Humano fue de 0.579 referente a la media nacional; en este caso bajo un poco; pero se mantiene dentro del rango del Desarrollo Humano medio (INAFED, 2019).

A pesar de ser el municipio con mayor población; 38 634 personas (85.13%) están en situación de pobreza, 26 107 personas (57.53%) en pobreza extrema, 19 892 (43.83%) en pobreza extrema sin alimentación; sin embargo, solo 837 personas (1.85%) no son pobres. El rezago educativo es del 31.93% por la cual la población

de 15 años y más son analfabetas y algunos no tienen concluida la primaria (Sedesol, 2013). Tomando en cuenta esa población 19.0% no tienen escolaridad, el 58.6% tienen la educación básica, con el 16.6% tienen media superior, con el 5.6% educación superior y con el 0.2% no especificaron (INEGI, 2016).

En salud, la asistencia médica es proporcionada por la Secretaria de Salud y el ISSSTE. De las clínicas existentes, 1 corresponde al ISSSTE y el resto a la Secretaria de Salud, 1 brigada médica integrada por 1 médico, 1 promotor de salud y 2 enfermeras que se encargan de visitar las comunidades que no tienen servicios médicos establecidos. Además de la clínica del ISSSTE, del Hospital Básico comunitario y de la unidad móvil, cuentan con 10 establecimientos de primer nivel, que en conjunto disponen de 17 consultorios, 8 salas de expulsión, 1 laboratorio clínico, 1 laboratorio de rayos X, 1 unidad dental, 2 farmacias, y 24 camas no censables (Guerrero Cultural Siglo XXI A.C., 2012)

De la población total solo el 0.3% están afiliados al IMSS, el 3.5% al ISSSTE y el 96.2% al Seguro Popular (INEGI, 2016).

Las viviendas son de adobe, tabique cemento y de jaulilla con techos de teja, de un tipo de lámina especial llamada tejamanil que se ocupa en época de frío³. Con referencia a los servicios públicos los datos encontrados son el 22.1% tiene agua entubada, el 42.2% drenaje, 56% servicio sanitario y el 92.2% cuentan con energía eléctrica (INEGI, 2016).

En San Luis Acatlán se cuenta con caseta telefónica rural, pocas líneas telefónicas, telégrafos, fax. En transporte existen camionetas de redilas y 179 unidades de servicio colectivo local, de carga y mudanzas, algunos taxis, combis y microbuses. También existe un puente vehicular llamado Honduras-Tigre que beneficia a varias comunidades de la Montaña, otro puente-hamaca que conecta a San Luis Acatlán con 4 comunidades de la planta baja que sufren de incomunicación cuando crece el río de San Luis. La comunicación terrestre tiene una infraestructura caminera de

³ Características de la vivienda relatadas por una mujer habitante del municipio de San Luis Acatlán Guerrero.

54.7 km de carreteras pavimentadas, 11.7 km de caminos rurales pavimentados y 172.4 km de caminos rurales revestidos (Guerrero Cultural Siglo XXI A.C., 2012).

Su gastronomía consta de platillos que van desde complicados guisos de pavos, mole rojo, relleno de puerco, hasta la más variada y rica comida típica como son: Los famosos tamales de arroz, heridos de iguana, elotes, tamales nejos, de calabaza, de tomate, de chipile y picadillo, tortillas de plátano, de elote, de frijol, memelas de manteca y los ticazos. Y en bebidas son tradicionales el Atole de granillo, de leche, atole blanco con conserva de papaya, champurrado de cacao, de maíz morado, de nanche, de piña, mango, ciruela agria, tamarindo, coco y elote (INAFED, 2009).

Justificación

Dentro de América Latina, México no es el único país con un gran número de población en pobreza la cual;

No solo es un fenómeno conocido dentro de las estructuras sociales de nuestros países en desarrollo, se ha convertido también en un proceso creciente, aparentemente irreversible, que ha llevado incluso a la diferenciación de los distintos sectores de la población afectados por ella (López Silva, 1999).

Como es el caso de Honduras y Guatemala cuyos ciudadanos tienen la necesidad de emigrar a otro país para buscar nuevas oportunidades, porque no cuentan con las principales necesidades básicas como por ejemplo empleo, salud, educación y a la alimentación ya que no pueden acceder a la canasta básica (Zamora, 2018).

En México, a pesar de que los Gobiernos han creado programas sociales para poder erradicar la pobreza y la pobreza extrema no se ha podido llegar a las metas establecidas, porque el número de pobres va en aumento.

La pobreza es un factor de vulnerabilidad para diversos sectores de la población, en este caso los indígenas, ya que son grupos que comparten un mismo territorio, mismas tradiciones y costumbres y la misma lengua materna. Son considerados como vulnerables porque algunos viven en zonas inestables; es decir alejados de las grandes ciudades, en viviendas precarias, con pocos servicios básicos o en algunos casos con ningún servicio, sin servicios de salud o con pocos y en otros casos en malas condiciones, etc.

En muchos lugares los indígenas han sido discriminados, la principal razón ha sido por la forma de vestir, así como también por la falta de educación, por la ignorancia y muchos otros factores.

En cuestiones de salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud establece que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades (OMS, 2014).

Esta definición que plantea la Organización Mundial de la Salud está muy lejos de que los indígenas puedan alcanzarla debido a la precariedad en diversos sectores.

Para empezar la muerte materna es

Inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Para finales del 2015 habrían muerto unas 303 mil mujeres por causas obstétricas (Morales Andrade, Ayala Hernández , & Moarales Valerdi, 2018, pág. 61)

que se clasifican en directas como hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio y las indirectas asociadas también al embarazo solo que las mujeres ya traen un problema de salud existente.

Las causas directas son las principales muertes que afectan a las mujeres durante el proceso del embarazo; sin embargo, no suelen ser las mismas, comparando México con el Estado de Guerrero.

Tabla 1 principales causas directas de mortalidad materna entre México y el Estado de Guerrero (Dirección General de Epidemiología, 2018).

Primeras 5 causas de mortalidad materna	México 2018 (RMM)	Primeras 5 causas de mortalidad materna	Estado de Guerrero 2018 (RMM)
1. Hemorragias obstétricas	7.0	1. Hemorragias obstétricas	8.1
2. Enfermedades hipertensivas	6.6	2. Enfermedades hipertensivas	7.1
3. Aborto	2.6	3. Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	2.2
4. Sepsis	1.6	4. Aborto	2.2
5. Embolia obstétrica	1.5	5. Sepsis	1.8

En base a la tabla, las causas de muerte materna no son las mismas, ya que estamos hablando de dos contextos diferentes; en los que interviene varios factores pertenecientes a las determinantes de salud.

Por ejemplo, las hemorragias obstétricas, aunque se encuentren en la misma posición el Estado de Guerrero tiene una Razón de Mortalidad Materna mayor comparada con la de México igualmente con las enfermedades hipertensivas. Sin embargo, el aborto, la sepsis, la embolia obstétrica y las complicaciones se encuentra en distintas posiciones.

Las mujeres indígenas padecen este problema de salud porque no cuentan con suficiente infraestructura de hospitales o clínicas que se encuentren cerca de sus comunidades. Por ejemplo:

Metlatónoc es un municipio del Estado Guerrero, que en el 2010 contaba con una población de 18,976 personas la cual representa el 0.6% de la población del Estado, el grado promedio de escolaridad de 15 años y más fue del 3.2 frente al grado promedio de escolaridad de 7.3 en la entidad, también contaba con 18 unidades médicas representando el 1.5% del total de unidades médicas del Estado, de las cuales 23 personas pertenecían al personal médico.

El 94.7% se encuentran en pobreza, de los cuales el 17.7% presentan pobreza moderada, el 77% en pobreza extrema. En cuestiones de salud, el 77% de las personas no tienen acceso a los servicios de salud (SEDESOL, 2010).

Así como Metlatónoc, Cochoapa el Grande es otro municipio que también pertenece al Estado de Guerrero y es considerado un municipio con extrema pobreza, porque tienen un rezago educativo del 56.81%, carencia por acceso a los servicios de salud del 87.09%, carencia por acceso a la seguridad social del 96.19% y carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda del 99.52% (Sedesol, 2013).

La carencia a las necesidades básicas les imposibilita poder llegar a un hospital en caso de una emergencia obstétrica, por lo que el desenlace termina en la defunción de la mujer embarazada y en muchas ocasiones tanto la mujer como la del recién nacido.

La falta de personal de salud también es otro problema porque los hospitales no tienen el suficiente personal médico que pueda atender a la población derechohabiente y no derechohabiente. En México durante el 2012 eran 2.2

médicos por cada 1,000 habitantes comparado con el municipio de San Luis Acatlán Guerrero que solo tienen 33 personas que conforman el personal médico (OECD, 2014).

Los principales hospitales que se encuentran en alguna cabecera municipal no cuentan con suficiente presupuesto para poder abastecerlos, tanto en insumos como también en medicamentos y en aparatos de alta tecnología.

El número de embarazos en mujeres indígenas es otro problema, cada vez son más las mujeres que se embarazan a muy temprana edad teniendo que dejar los estudios, la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por 1,000 mujeres (Gobierno de la República, 2012). La información no ha sido suficiente tanto del sistema de salud porque no divulgan suficiente información de los métodos anticonceptivos como de los padres de familia porque no hablan de sexualidad con sus hijos.

Por otra parte, es limitado el acceso a los métodos anticonceptivos ya sea porque los hospitales no cuentan con un abasto suficiente o por las barreras culturales por ejemplo los menores de edad que quieren usar algún método no se les administra u otorga alguno porque necesitan el acompañamiento y la autorización de algún familiar mayor de edad.

¿Dónde quedan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas? Así como este caso, se encuentran muchos donde los derechos sexuales y reproductivos son violados porque no tienen la libertad de elegir el número de hijos que la pareja desea tener, el método anticonceptivo conveniente para ellas, no tienen derecho a decidir qué se puede hacer con su cuerpo.

La violencia obstétrica es otro problema más que se vive en estas comunidades, porque no respetan las costumbres que tienen las mujeres para parir, así como las humillaciones, las burlas, y el abuso de poder que se ejerce sobre ellas de decidir a cerca de un cuerpo que no es suyo e imponerles usar métodos anticonceptivos sin su consentimiento.

Por ejemplo, Catalina Martínez quien relata lo siguiente:

Tuvo que enfrentar los malos tratos de los médicos y enfermeras del Hospital General de Zona 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social “Me decían que no gritara, ¡Aguántese, ya sabía a lo que venía y no me dejaban agarrarme de los barrotes de la cama”! Tras romper fuente estuvo durante 12 horas en labor de parto y aunque pidió al doctor que le hiciera una cesárea, éste no accedió.

“Cuando me revisó, dijo: A esta niña se le está pasando el parto; entonces me llevaron a quirófano”, recuerda. Asegura que lo peor vino después, cuando el doctor le amenazó con utilizar los fórceps para sacar a la bebé.

Ella lo desafió con demandarlo y fue entonces que otro doctor le empujó la panza desde el pecho para “ayudarla”. Con esta maniobra lo único que lograron es que la niña se quedara atorada en el canal de parto, por lo que la pequeña no recibía oxígeno ni del líquido amniótico ni del exterior.

Fue en un segundo intento cuando la bebé nació, pero estaba muy débil así que la llevaron de inmediato a urgencias.

Al esposo de Catalina le dijeron que ella había estado inconsciente en el parto, mientras que a ella la obligaron a ponerse el dispositivo intrauterino como método de anticoncepción, el cual días después le fue retirado ya que estaba mal colocado.

Catalina confiesa que no denunció ni levantó queja alguna porque nadie supo orientarla, y aunque sabía que había sido maltratada, desconocía que se trataba de violencia obstétrica (Ravelo, 2019).

No es el único caso, también está el de

Sandra es de origen tzeltal. Tiene 36 años de edad y vive en la comunidad de Nahá, en Chiapas. Ella y su esposo viven con escasos recursos económicos. Siempre han deseado tener un bebé. Sandra perdió su primer embarazo debido a la mala atención médica que recibió. Se embarazó por segunda ocasión, pero, cuando entró en trabajo de parto, le fue negado el acceso a servicios de salud en la institución más cercana a su domicilio bajo el argumento de que los médicos se encontraban de vacaciones. Esto

la obligó a viajar a Villahermosa en busca de atención médica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. Ahí, nuevamente, le fue negado el acceso por residir en Chiapas.

Después de insistir, fue hospitalizada durante tres horas sin recibir información respecto de su estado de salud o de la atención que recibiría. A demás fue víctima de malos tratos e insultos por parte del personal médico.

Ese mismo día, se le practicó una cesárea y cuatro horas después fue dada de alta del hospital. A partir del parto, Sandra y su esposo no pudieron tener contacto con su hija y fueron extorsionados por el personal médico del hospital, que condicionó la entrega de su bebé al pago de diez mil pesos bajo el argumento de que la recién nacida no contaba con cobertura médica, a pesar de que sus padres tienen Seguro Popular. Durante siete días, mientras intentaban conseguir el dinero solicitado, el hospital sólo les permitió ver a su hija a través de una ventana, bajo el argumento de que la niña tenía un estado de salud delicado, sin explicarles lo que pasaba o la gravedad de su condición. Al octavo día que regresaron a visitarla, el personal de salud les anunció que había fallecido. No saben qué fue lo que pasó (GIRE, 2014).

Planteamiento del problema

Desde hace muchos años, la muerte materna ha sido un problema de salud que no ha dejado de existir, y conforme el tiempo va pasando el índice de muertes maternas va descendiendo poco a poco, aunque varias mujeres indígenas han muerto a causa de malas prácticas médicas que se les realiza, así mismo la violación constante de los derechos sexuales y reproductivos, los derechos humanos, el derecho a la salud y el derecho de las comunidades indígenas.

Objetivo General

Realizar un diagnóstico de la calidad de atención y del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres de la Costa Chica de Guerrero.

Objetivos generales

- Identificar el problema de salud de las mujeres en la Costa Chica de Guerrero.
- Conocer cómo fue la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.
- Identificar los derechos sexuales y reproductivos, los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos de las comunidades indígenas que fueron violados por parte del personal de salud.

Capítulo 1. Derechos Humanos

Antecedentes

“Su historia surge en el año 539 A.N.E., cuando el primer rey de la Antigua Persia llamado Ciro el Grande realizó varias acciones las cuales eran liberar esclavos y declarar que todas las personas tenían derecho a elegir su propia religión. Estas acciones fueron las que marcaron un avance para el hombre, además sus palabras fueron documentadas en una lápida de barro que llamaron “el cilindro de Ciro”, este fue el primer documento reconocido por los derechos humanos en el mundo.

Después de que se diera a conocer el cilindro de Ciro la idea se difundió en 3 países que fueron Grecia, India y Roma. En este último país nació el concepto de ley natural, leyes que para ellos significaba que no estaban escritas, sin embargo, sus derechos con los que contaban hasta la fecha, solamente eran para los ciudadanos romanos.

Después de que pasaran 1000 años, en Inglaterra se establecieron limitaciones jurídicas al ejercicio del poder con la finalidad de preservar los derechos humanos. En la Carta Magna de 1215 el rey Juan Primero se vio obligado a aceptar que nadie podía invalidar los derechos de las personas por lo que garantizó por escrito los privilegios de los varones feudales. En este país también se liberaron batallas en defensa de los derechos ingleses de los cuales surgieron documentos como la petición de derecho de 1628 y la declaración de los derechos británicos de 1689; los escritos en estos documentos se vieron reflejadas en la Revolución Norteamericana y Francesa.

Por otra parte, en 1784 la Revolución Francesa hizo universales los derechos humanos y formaron parte de la conciencia europea; y es así como se integra la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. En esta declaración se establece el derecho a la libertad, y a la seguridad, derecho a la propiedad; por lo que deben defenderse y mantenerse para ser plasmados en la Constitución de México y en la de Alemania. Es en este mismo país en donde Adolfo Hitler mató a millones de seres humanos como enfermos mentales, enfermos terminales, gitanos,

homosexuales, judíos, etc. Y también se libró violentamente la Segunda Guerra Mundial de 1939 a 1945. Después de este suceso los Derechos Humanos estuvieron a punto de extinguirse porque se violaron los derechos del hombre y del ciudadano.

Fue entonces que en abril de 1945 delegados de 50 naciones se reunieron en San Francisco para crear el Acta Constitutiva de la Nueva Organización de la Naciones Unidas la cual entró en vigencia el 24 de octubre de ese mismo año.

Y es así como en presencia de la presidenta Eleanor Roosevelt defensora de los derechos humanos y delegada de Estados Unidos ante la ONU, la comisión redactó la Declaración Universal de los Derechos Humanos la cual Eleanor la llamo Carta Magna Internacional para toda la Humanidad.

Finalmente, el 10 de diciembre de 1948 se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la cual se consolidaron 30 derechos” (Sánchez, 2017).

A pesar de tantas luchas y guerras que ha pasado la humanidad, los derechos que desde ese entonces se obtuvieron no han sido respetados; por lo contrario, se siguen violando como es el caso del genocidio de la República de Rwanda procedente de África Central, en el año de 1994 en donde un millón de tutsis fueron asesinados por el Gobierno Hutus, además las mujeres fueron violadas (Peck, 1994). Otro ejemplo es el caso de Malala Yousafzai una niña del Valle de Swat de Pakistán que los Talibanes atentaron contra su vida disparándole en la cabeza con la finalidad de matarla, porque ella no estaba de acuerdo que el gobierno Talibán prohibiera la educación a las mujeres (Guggenheim, 2015).

¿Qué son los Derechos Humanos?, características y clasificación?

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra

Constitución Política, tratados internacionales y las leyes (Humanos, 2016, pág.11).

En otras palabras, los derechos humanos son parte esencial de nuestra vida porque ya contamos con ellos y no solamente deberían de ser respetados por las personas sino también por las autoridades por lo tanto deben de promoverlos y de protegerlos.

Los Derechos Humanos cuentan con ciertas características que los distingue y los hace ser únicos como:

- Universalidad: Cada individuo tiene los mismos derechos sin distinción alguna por nacionalidad, sexo, religión, etc. ejemplo (un niño de tez blanca y un niño negro pueden estudiar en la misma escuela).
- Inherentes: Por el simple hecho de nacer ya contamos con ellos, ejemplo (el nacimiento de un niño en el metro y otro en un hospital).
- Indivisibilidad: Para poder gozar de los Derechos Humanos se podrá hacer en conjunto porque todos están unidos (no hay jerarquías).
- Generales: Todos tenemos acceso a estos derechos por el simple hecho de ser humanos (aunque los animales tienen derechos, todos los seres humanos tenemos nuestros propios derechos como especie humana).

Los Derechos Humanos también se clasifican en 3 fases que son llamadas “las tres generaciones de los Derechos Humanos”.

Los de Primera Generación son llamados “derechos civiles y políticos” surgen con la Revolución Francesa con la finalidad de revelarse contra la monarquía y están vinculados a lo que el Estado debe hacer. Algunos de esos derechos y ejemplos son derecho a la libertad de tránsito (ejem: poder circular libremente por mi país), libertad de reunión o asociación (ejem: reunirme con mis amigos para platicar del deporte que más nos gusta), derecho a ser electo (ejem: puedo participar como funcionario de casilla para alguna elección de mi país), derecho al voto (ejem: poder votar por algún candidato de forma libre y secreta), etc.

Los de Segunda Generación son los llamados “derechos económicos, sociales y culturales” (DESC). Se plantearon en la Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, aquí el Estado tiene que hacer para brindar satisfacciones a través de políticas públicas. Algunos derechos y ejemplos son derecho a la educación (ejem: poder asistir a la escuela y que se me proporcionen los libros de texto), libertad de asociación (ejem: formar organizaciones laborales como el sindicato), a disfrutar de los eventos culturales (ejem: poder asistir a los museos y zonas arqueológicas), etc.

Los de Tercera Generación llamados “derechos de los pueblos o de solidaridad” surgen por la necesidad de que las naciones se unan. Algunos derechos y ejemplos son derecho a la independencia económica y política (ejem: los grupos indígenas tienen derecho al desarrollo económico y a elegir su forma de gobierno), a la paz (ejem: ningún país puede agredir a otro), etc. Estos últimos derechos si no se cumplen no se pueden ejercer las dos generaciones anteriores.

A continuación, voy a hablar del concepto de salud para poder hablar después del derecho a la salud.

Concepto de salud

La salud a lo largo de la existencia de los seres humanos ha evolucionado desde la edad primitiva en la que se creía que la enfermedad era causada por fuerzas o espíritus malignos, hasta saber que la enfermedad podía ser causada por otros agentes naturales.

El concepto de salud ha sido un dilema, porque varios autores tienen opiniones diferentes. Sigerist plantea que

La salud no solo es la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo (Colomer Revuelta & Carlos, 2001, pág. 8).

Es decir, para promover la salud es necesario tener buenas condiciones de vida como tener buen trabajo, educación, descanso y no nada más tener asistencia médica.

Por otra parte, Helena Restrepo menciona

Que se considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del bienestar humano y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano desea poseer (Restrepo & Hernan, 2001, pág.298).

Esta autora quiere decir que además de contar con una vivienda, con alimentación y vestimenta entre otras necesidades básicas, también para tener salud es indispensable más componentes como paz, una vida digna, derechos humanos.

Por el contrario, María de Consuelo Chápela entiende a la salud como

La capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables (Chapela Mendoza & Jaramillo Soto, 2001, pág.59).

Esta definición no hace mención nada más al cuerpo físico si no a la capacidad que tienen los humanos para poder tomar decisiones a futuro.

Y por último el concepto de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud) menciona que la salud es

El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (Alcántara Moreno, 2008, pág.96).

Con los conceptos de estos tres autores y de la OMS nos damos cuenta que la salud ha evolucionado dándonos las herramientas necesarias para entender a la salud como una manera subjetiva para poder tener aspiraciones y gobernar nuestro presente y no nada más es estar sano físicamente.

Derecho a la Salud

Es muy importante que todas las personas cuenten con este derecho, porque necesitan tener una buena atención de salud desde el personal médico hasta una buena infraestructura en hospitales y también el Estado tiene la obligación de garantizar que ese derecho se cumpla otorgando un nivel de salud adecuado para la población.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (López Arellano O, 2015, pág.51).

Forma parte de los derechos de segunda generación también llamados DESC (Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y a pesar de ser uno de los principales derechos que el ser humano debe de tener, este no se cumple al cien por ciento. En pleno siglo XXI, la asistencia social, las condiciones de salud, el acceso a los servicios de salud, la seguridad social y la cobertura sanitaria universal son incompletos.

Una determinante social que afecta a grupos vulnerables como mujeres, los indígenas, niños, adultos mayores, etc. es la pobreza la cual

No sólo es un fenómeno conocido dentro de las estructuras sociales de nuestros países en desarrollo, se ha convertido también en un proceso creciente, aparentemente irreversible, que ha llevado incluso a la diferenciación de los distintos sectores de la población afectados por ella (López Silva, 1999, pág.5).

La pobreza genera desigualdad social entre los seres humanos, porque no nos vemos iguales los unos de los otros y esto ha provocado en el aspecto de la salud un impedimento para que más personas puedan tener accesibilidad total a los servicios de salud. Si tuviéramos un poco más de conciencia y fuéramos más humanitarios podríamos erradicar la pobreza, las muertes maternas, la desnutrición, etc. pero también tendríamos que ir de la mano del Gobierno ya que ellos como máxima autoridad tienen la obligación de hacer valer nuestros derechos humanos.

Normas Internacionales del Derecho a la Salud

El derecho a la salud se ha establecido en Leyes, Declaraciones y Pactos Internacionales como:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en el artículo 25 señala:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a la igual protección social (Mac-Gregor Ferrer Eduardo & Carbonell, 2007, pág.408).

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 en el artículo 12 señala:

- 1.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- 2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de la enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Mac-Gregor Ferrer Eduardo & Carbonell, 2007,pág.453).

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador" en el artículo 10 señala:

1.- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2.-Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (MacGregor Ferrer Eduardo & Carbonell, 2007, pág.706).

Ley para la protección de los derechos de niñas; niños y adolescentes en el artículo 28 señala:

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- A. Reducir la mortalidad infantil.
- B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- C. Promover la lactancia materna.
- D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- E. Fomentar los programas de vacunación.

- F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- I. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.
- J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar (Mac-Gregor Ferrer Eduardo & Carbonell, 2007, pág.329).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) emitió en el 2001 la Observación General 14 la que habla del derecho a la salud tomando en cuenta el párrafo I en el que los Estados Partes reconocen el derecho y en el párrafo II indican las medidas que deben adoptar los Estados Partes con la finalidad de que ese derecho se cumpla (Comité de Derechos Económicos, 2000).

El Pacto no reconoce el concepto de salud que propone la OMS en el que como ya lo mencioné se concibe a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades; por el contrario, en el párrafo II menciona que el derecho a la salud también abarca factores socioeconómicos.

Por lo tanto, la Observación General 14 señala:

El derecho a la salud “no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo con inclusión de la libertad sexual y genésica y el derecho a no padecer injerencias como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El concepto del “más alto nivel posible de salud” tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Cómite de Derechos Económicos, 2000 pág.3).

El Derecho a la Salud abarca elementos esenciales llamados (DAAC):

- ❖ Disponibilidad: Los Estados Partes deberán contar con suficientes infraestructuras, espacios, recursos y servicios de salud; es decir contar con centros de salud, hospitales, dispensarios, clínicas, así como también, profesionales de la salud capacitados, personal médico, insumos, y dinero.
- ❖ Accesibilidad: Los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deberán ser accesibles a cualquier persona sin discriminación alguna. Estos mencionan cuatro dimensiones:
 1. No discriminación: Toda persona, hasta las más vulnerables y marginadas puedan acceder a alguna institución médica.
 2. Accesibilidad Física: Los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deben estar al alcance de toda la población en especial de los grupos étnicos y de las poblaciones indígenas.
 3. Accesibilidad Económica: Cuando se requiera hacer algún pago por servicios de atención a la salud deberán ser equitativos es decir entre los hogares pobre y los hogares ricos.
 4. Accesibilidad a la información: Las personas pueden pedir y recibir información relacionada con la salud, sin embargo, no porque tenga que haber acceso a la información se tiene que ventilar los expedientes confidenciales.
- ❖ Aceptabilidad: Los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deberán aceptar y respetar la cultura de las personas.
- ❖ Calidad: Los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deberán estar en buenas condiciones y con personal médico capacitado.

El derecho a la salud, no sólo se enfoca a la atención de la salud sino que existen determinantes de la salud como: acceso a servicios educativos, agua limpia potable, alimentación y nutrición adecuada, al medio ambiente adecuado, a la vivienda, al trabajo, medicamentos adecuados, etc. es también cuando el Estado debe generar obligaciones para que se puedan ejercer estas determinantes.

Desde otro punto, el derecho a la protección de la salud, tiene que ver con Establecimiento Bienes y Servicios de Salud (EBS De S); es decir con la infraestructura, los recursos, las clínicas, hospitales que estén disponibles, accesibles, aceptables y de calidad (DAAC).

Normas Nacionales del Derecho a la Salud

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableció el derecho a la protección de la salud en el artículo 4 que señala:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución (Mac-Gregor Ferrer Eduardo & Carbonell, 2007, pág.11).

La Ley General de Salud se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984 y entró en vigor en Julio de ese mismo año. Teniendo como Presidente de la República a Miguel de la Madrid.

En la Ley General de Salud se habla del Sistema Nacional de Salud, prestación de los servicios de salud, protección social en salud, investigación para la salud, genoma humano, promoción de la salud, entre otros.

Aquí solo nos enfocaremos en el artículo 2, 6, 32 y 33.

En el artículo 2 menciona:

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades;

- I. El bienestar Físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acercamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Instituto Superior de Estudios Fiscales, 2013, pág 1).

Podemos observar que cuando hablamos del derecho a la protección de la salud, es hablar de las cuestiones tanto internas como externas y del medio ambiente que rodean al ser humano, es por eso que este artículo nos explica que los seres humanos necesitamos sentirnos bien física y mentalmente para tener una mejor calidad de vida a largo plazo y para que esto sea posible es necesario contar con servicios de salud en buen estado.

En el artículo 6 menciona:

El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos para fomentar su bienestar y

proporcionar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

- IV. Dar impluso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos para mejorar la salud;
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección; y
- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud (Instituto Superior de Estudios Fiscales, 2013, pág 3).

Lo que el Sistema Nacional de Salud estipula es, ayudar a los seres humanos dandoles servicios de salud a toda la población en general incluyendo a las comunidades indígenas, así como también mejorar estos servicios para poder resolver los problemas de salud que existen. Por otro lado brinda asistencia social a todas las personas que estén vulnerables a cualquier situación en este caso ancianos, personas con capacidades diferentes, personas minusválidas, etc.

El proposito de crear un Sistema Nacional de Salud es para que poco a poco vayan disminuyendo los altos indices de mortalidades que existen y asegurar que todas las personas tengan una calidad de vida alta; sin embargo esto no esta sucediendo, ya que en la actualidad no hay suficiente abasto tanto de personal de salud como de los servicios de salud. Un ejemplo de eso son, las comunidades indígenas que viven alejadas de las zonas donde no tienen las posibilidades de contar con establecimientos de salud, es por eso que la muerte materna es frecuente, porque al no contar con acceso a los establecimientos, las mujeres embarazadas mueren junto con sus hijos por no tener asistencia médica.

En el artículo 23 y 24 se entiende por servicios de salud a aquellas acciones que se realizan para el beneficio de los seres humanos y de las comunidades, con la

finalidad de que tengan una mejor calidad de vida, y para que esto funcione se necesitan de atención médica (población en general), de salud pública (grupos vulnerables) y de asistencia social (población que no cuenta con seguro médico) (Instituto Superior de Estudios Fiscales, 2013).

En el artículo 32 menciona:

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud (Instituto Superior de Estudios Fiscales, 2013 pág 12).

En el artículo 33 menciona:

Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales; y
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario (Instituto Superior de Estudios Fiscales, 2013, pág 12).

Un ejemplo de una atención médica es el cáncer, la cual es una enfermedad que es ocasionada por un número de células anormales que multiplican invadiendo uno o varios órganos del cuerpo humano.

En el área preventiva, se tiene como objetivo llevar información a las personas a través de campañas de salud, ya sea en carteles, folletos, medios de comunicación. En el área curativa, se puede hacer un diagnóstico mediante estudios de laboratorio como es la biopsia para detectar el tipo de cáncer y si el tumor es maligno o benigno; al obtener los resultados se puede dar un tratamiento adecuado para evitar así que

el cáncer avance a otros órganos del cuerpo. En la rehabilitación se brinda ayuda física; como las quimioterapias o radioterapias y ayuda psicológica para evitar que sufran alguna depresión. Y por último cuidados paliativos; son aquellas atenciones que se les brinda cuando el cáncer esta en una etapa muy avanzada dentro de estos cuidados estan calmar el dolor por medio de medicamentos con la finalidad de darles una mejor calidad de vida.

Obligaciones de los Estados Partes

En el derecho a la salud también los Estados Partes tiene obligaciones como de respetar, proteger y cumplir y al mismo tiempo la obligación de cumplir tiene la obligación de facilitar, proporcionar y promover.

La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág.13).

Como un ejemplo de esta obligación es que no se limitara el acceso a los métodos anticonceptivos.

La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág.13)

Por ejemplo, que la privatización del sector salud no afecte las DAAC (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de los servicios de salud y por último la

Obligación de *cumplir* requiere en particular que los Estados partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág 13)

Por ejemplo, crear programas que beneficien la salud de las personas como lo son las inmunizaciones, entornos y comunidades saludables, etc.

La obligación de *cumplir (facilitar)*

Requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág 15).

Como ejemplo es elaborar y aplicar indicadores y bases de planeación. La obligación de *cumplir (proporcionar)*

Un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág 15).

Como ejemplo es el Plan Nacional de Desastres Naturales (DN- III) como se menciona proporcionar a las personas afectadas cualquier tipo de ayuda como son viveres, atención médica y también ayuda económica.

La obligación de *cumplir (promover)*

El derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población (Cómite de Derechos Económicos, 2000, pág 15).

Un ejemplo es el programa Muevete implementado por la Secretaria de Salud, el cual consta de realizar ejercicio físico, tener una buena alimentación con la finalidad de bajar los índices de sobrepeso, obesidad, y diabetes en la población.

Violaciones del derecho a la salud

La violación ocurre cuando los Estados partes no están dispuestos a utilizar todos sus recursos para poder hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, pero si sus recursos con los que cuenta son mínimos puede entonces derrocar el cumplimiento que se ha hecho en el Pacto; por lo tanto los Estados tendrán que justificar que ha hecho lo posible por utilizar los recursos con los que dispone al momento para satisfacer las obligaciones que le han sido señaladas; pero también las

instituciones violan ese derecho porque algunas veces no ocupan los recursos que se les otorga para lo que establecieron.

Capítulo 2. Adecuación Intercultural en salud

Antecedentes

El enfoque que se le da a la interculturalidad en salud en cuestiones de atención en la salud, surge en Estados Unidos por los años 50's.

Algunas teorías que desarrollo Iván Illich, tomaban las experiencias que surgieron con la interacción que hubo con poblaciones multiculturales religiosas como irlandesas y latinas en la ciudad de Nueva York.

Con respecto a México el enfoque intercultural incorpora el análisis de las corrientes del indigenismo. Como producto de los cambios provocados el Integracionismo, corriente teórica iniciada por intelectuales como José Vasconcelos y que influyó en el ámbito educativo del país durante la mayor parte del siglo XX. Esta corriente identificaba la cultura indígena con el atraso y la pobreza, y enfatizó en un proyecto de nación que pretendía alcanzar el desarrollo a través de hacer coherente y homogénea la raza nacional (la mestiza), unificando el idioma y la cultura

La influencia del "Integracionismo" alcanzó el campo de la salud y el de la antropología médica, en los cuales los términos de interculturalidad y medicina intercultural son difundidos en México por los trabajos publicados por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, quien señala el concepto "intercultural"¹³ como parte de diferentes estrategias para incorporar a los indígenas a la cultura médica nacional de manera respetuosa y antidiscriminatoria.

Para los años 70's, los conceptos y elementos teóricos interculturales surgidos desde el campo educativo impactaron en México al ámbito de la salud.

En 1992 en México, se llevó a cabo la reforma constitucional que estableció que "La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas" generando un marco a los procesos reivindicativos de los pueblos indígenas en el Estado de Chiapas y que se concretaron, posterior al conflicto armado del movimiento Zapatista, reformas constitucionales de carácter nacional en los años 2001 y 2004. Con ello, en la Constitución Política de nuestro país y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos

indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional (Almaguer González, Vargas Vite, & García Ramírez, 2014).

Para poder llegar a la definición de ¿Qué es la interculturalidad en salud? Primero empezaremos por hablar ¿Qué es la interculturalidad?

La Interculturalidad se refiere

A la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes (Almaguer González, Vargas Vite, & García Ramírez, 2014).

Existe también un enfoque intercultural el cual se concentra en promover el diálogo y la relación entre las culturas. La interculturalidad se trata de la convivencia entre diferentes grupos culturales con la finalidad de que convivan y se relacionen de forma respetuosa compartiendo un mismo espacio geográfico.

La convivencia consiste en ejercer y respetar sus derechos mediante algunos principios básicos como: reconocer la diversidad, respetar sus diferencias, etc.

Concepto de interculturalidad en salud

Algunos servicios de salud no tienen una adecuada atención a las personas vulnerables como es el caso de los indígenas, los pacientes y familiares no son escuchados, también es común el maltrato ante sus creencias y prácticas que ellos acostumbran en cuanto a la salud y la enfermedad.

La Interculturalidad en Salud

Es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio (Almaguer González, Vargas Vite, & García Ramírez, 2014).

Los indígenas tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de salud, porque existen algunas barreras que limitan ese acceso, por ejemplo:

Las barreras económicas: en muchas ocasiones las poblaciones que viven a larga distancia de un centro de salud u hospital no tienen la solvencia económica para poder pagar un transporte y trasladarse a ese lugar.

Las barreras geográficas: hay pocos hospitales en las cabeceras municipales, eso impide que las personas que viven en comunidades alejadas no puedan asistir a revisiones generales, al nutriólogo, al ginecólogo, etc.

Las barreras culturales: ser indígena es otra barrera que les impide acceder a los servicios de salud porque son gente que hablan su lengua materna y no logran comunicarse con el personal de salud que trabaja en los hospitales, también tienen creencias y costumbres diferentes.

La adecuación Intercultural en salud consiste en adecuar servicios de salud materna de acuerdo a las costumbres de las usuarias como por ejemplo trato digno y respetuoso, ser tomadas en cuenta para cualquier situación respecto a su cuerpo, atención de un parto adecuado.

Los servicios de salud con adecuación intercultural brindan a la gestante la privacidad que ellas demandan durante sus controles, así como la libertad para ejercer algunas costumbres propias de su idiosincrasia (Asto & Cruz , 2008).

Modelos del proceso salud-enfermedad

México es un país rico en cultura porque cuenta con muchos grupos étnicos pertenecientes a los Estados de la República Mexicana. Varios grupos siguen viendo a la salud y la enfermedad desde una cosmovisión indígena; por ejemplo, la función que tienen las parteras al usar sus conocimientos ancestrales para poder ayudar a las mujeres embarazadas de sus comunidades.

El proceso salud-enfermedad con el tiempo se ha ido modificando.

- Mágico religioso

En la época de las sociedades primitivas y la Edad Media se caracterizaba a la salud-enfermedad como resultado de fuerzas o espíritus malignos. Este modelo facilitaba la aceptación de la muerte y también la prevención mediante curaciones a base de rituales y eran representados por chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes.

- Sanitarista

La salud-enfermedad resultaba de las condiciones insalubres que rodeaban al individuo, por ejemplo: hacinamiento, agua, alimentos y aire contaminados; pero no contemplaba los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las distintas clases sociales. Surge a partir de la Revolución Industrial y la representaban Max Joseph von Pettenkofer y James Chadwick.

- Social

Durante el siglo XIX la salud-enfermedad se generaba en las condiciones de trabajo y de la vida de las personas; las determinantes fueron los estilos de vida, factores del agente como del ambiente. Los representantes eran Peter Frank, Rudolf Virchow.

- Unicausal

La salud-enfermedad era la respuesta a la presencia de agentes externos permitiendo medidas de control y de fármacos que ayudaron a los tratamientos de los individuos enfermos. Surgió durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. Los representantes eran Louis Pasteur y Robert Koch.

- Multicausal

La salud-enfermedad era causada por distintos factores que pertenecían al agente, el huésped y el ambiente. Surgió durante la segunda mitad del siglo XX, representada por Leavell y Clark.

- Epidemiológico

Incorpora el agente, el huésped y el ambiente para el proceso de salud-enfermedad donde el principal elemento es la identificación de los factores de riesgo. Surgió durante los años 60's representada por Mac Mhun y Pugh.

- Histórico-social

La salud-enfermedad tenía relación con el contexto histórico, los modos de producción y las clases sociales introduciendo algunas variables como: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral de la persona, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción de la persona. Surgió en los años 70's representada por Cristina Laurell (Arredondo, 1992).

Los modelos del proceso salud-enfermedad ya mencionados nos dan una idea de cómo a través de los años el concepto salud-enfermedad ha ido evolucionando, haciéndonos ver que no solamente los agentes internos que habitan en nuestro cuerpo son la causa de alguna enfermedad; sino que existen algunos agentes externos.

El modelo mágico-religioso, se sigue llevando a cabo porque a pesar de que estamos en el siglo XXI en algunas comunidades indígenas se logra observar que los pobladores de esas comunidades todavía recurren a esas prácticas culturales para poder curar enfermedades y tener una buena salud.

La cosmovisión de las comunidades indígenas es diferente a como la miran las personas que viven en grandes ciudades. Por ejemplo, los indígenas todavía tienden a acudir con chamanes, brujos, curanderos para que mediante la medicina tradicional puedan aliviar sus males que los aqueja.

Partería

En algunos estados de la República Mexicana como Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Puebla, Yucatán, etc. se practica la partería tradicional por parteras. Su labor es

brindar ayuda a las mujeres embarazadas a través de sus saberes y su cosmovisión.

La partería

Abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica (OMS, 2014).

Por los altos índices de muerte materna que todavía existen, las parteras están empezando a ser tomadas en cuenta no solamente por sus comunidades sino por las instituciones de salud ya que se ha visto que con su ayuda muchas mujeres logran parir sin dificultad.

En Tlapa de Comonfort Guerrero se ha fundado una escuela de parteras profesionales avalada por la Secretaria de Salud, con la finalidad de graduarse como parteras para después colaborar en hospitales y poner en práctica su conocimiento, para que junto con los médicos obstetras puedan atender a las mujeres embarazadas.

Nace hace mucho tiempo como parte de la historia de México y se pasa de generación tras generación a través de la práctica ancestral de las parteras tradicionales que son

Profesionales autónomas que, acompaña a la mujer tomando en cuenta su cultura, sus necesidades y sus creencias (Asociación Mexicana de Partería a.c, 2018).

El embarazo lo perciben más que un proceso fisiológico, como un aspecto cultural por las creencias y costumbres en las que viven; además acompaña a las mujeres durante todo el embarazo para realizar masajes con la finalidad de acomodar al bebe si viene en una posición inadecuada, durante el parto les recomienda la posición de hincada y administra remedios caseros a base de la medicina tradicional

y para el puerperio prescribe una dieta adecuada para la madre, enseña la lactancia a través de masajes y purifica a la madre y al bebé con baños especiales.

Muchas parteras realizan rituales a los dioses en agradecimiento del bienestar de ambos, dentro de los rituales está enterar la placenta.

Prácticamente trabaja en comunidades alejadas a algún hospital o centro de salud, en casas de parto y actualmente se lucha porque puedan definir su papel dentro del sistema de salud, es decir, que puedan enseñar y poner en práctica su conocimiento para poder ayudar a prevenir las complicaciones en el parto y puerperio (Rodríguez Flores & Bautista Oviedo, 2016).

Parto Humanizado

Las mujeres merecen ser respetadas en todos los aspectos, pero sobre todo en ese momento único y especial el momento de parir a un hijo.

Existen casos de mujeres que cuando van a parir les imponen ponerse acostada en la cama con los pies abiertos, con una bata, desnudas frente a muchas personas desconocidas, ser observadas con morbosidad y les impiden gritar, quejarse, soportar los dolores en una posición que no les beneficia, etc. es por eso que el parto humanizado

Es la respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género (González Almaguer, Ramírez García, & Vite Vargas, 2012, pág. 45).

La mujer está hecha para parir y él bebé para nacer cuando es el momento, sin embargo, el parto se ha medicalizado, es decir; que se tiene que seguir un procedimiento para que la mujer pueda dar a luz a través de medicamentos que le permiten sobrellevar el dolor y en ocasiones acelerar el parto para comodidad del médico, en pocas palabras es violencia obstétrica.

La ciencia ha desarrollado tecnologías que permiten saber el estado del bebe y la madre como ultrasonidos, administración de oxitocina para inducir el parto, monitoreo fetal, episiotomía, administración de anestesia y por último cesáreas. Algunas si son justificables, ya que, durante el trabajo de parto, si hay alguna complicación será necesario utilizarlas.

México es uno de los países con mayor número de cesáreas, en el año 2012 hubo un incremento del 50.3% (ENSANUT, 2012), muchas veces necesarias por alguna emergencia obstétrica que ponga en peligro la vida de la madre o él bebe, pero otras veces se busca comodidad o simplemente no escuchar los gritos o quejas de las mujeres que están a punto de parir, sufriendo así violencia obstétrica que consiste en

La acción u omisión por parte del personal de salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2000).

Como es el caso de una mujer que sufrió abuso físico

Cuando tuve dolores, vine a que me checaran. El doctor me hace el tacto, pero me lastima horrible al meterme los dedos y me muevo, subo la cadera y el doctor me avienta las piernas y me dice que no me iba a atender, que viera a cualquier otro doctor porque no iba a seguir aguantando que yo no me dejara revisar. Me aventó las piernas por un lado y se fue (INSP, 2013, pág. 18).

Por lo tanto, el parto humanizado propone que se respeten los derechos de la mujer, que se le permita parir en la posición en la que se sienta más cómoda, caminar si así lo desea, que tanto la madre como él bebe sean respetados y sean los protagonistas, que se le permita estar presente a algún familiar, tomar decisiones libres e informadas sobre lo que le está sucediendo y la privacidad.

En otros países existe una norma que beneficia a las mujeres que están a punto de parir, como la que se mencionara a continuación.

Norma técnica de salud para la atención del Parto vertical

En Lima Perú el 21 de julio del 2016, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública aprobó la Norma técnica para la atención del parto vertical en el marco de los Derechos Humanos con adecuación intercultural, con la finalidad de mejorar el acceso a la población andina y alto amazónica a los servicios de salud.

La atención del parto en posición vertical, es aquella en el cual el torso de la mujer y su canal pélvico oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal (Ministerio de Salud, 2016).

Esta norma se divide en dilatación, expulsión, alumbramiento y puerperio inmediato.

Cuando la mujer embarazada llega al hospital hay una serie de pasos que el personal de salud debe de seguir, por ejemplo, darle una mejor bienvenida y llamándola por su nombre, explicarle los procedimientos que se van hacer tanto a ella como a la persona que la acompañara a través de su lengua para que entienda con claridad, tomar signos vitales.

Durante el periodo de dilatación la Norma explica lo siguiente:

1. Explicarle a la gestante sobre los profesionales de salud que atenderán su parto y el familiar que la acompañe según costumbres y cultura de la zona.
2. Invitar a la gestante a que se realice el aseo perinatal con agua tibia o fría; explicándole la importancia de la disminución de infecciones y que lo puede hacer reiteradamente de acuerdo a la necesidad y costumbres de cada zona durante el proceso del trabajo de parto.
3. Respetar el uso de ropa según costumbres de la zona u ofrecer a la gestante y al acompañante ropa adaptada para este tipo de atención que dispone el establecimiento de salud.
4. Asegurar el acompañamiento de una persona relacionada afectivamente con la gestante, esto será importante, ya que establece un vínculo de apoyo tanto físico y psicológico, aumenta la seguridad, confianza de la gestante, disminuye las alteraciones en el trabajo de parto, disminuye el tiempo de duración del trabajo de parto, evita la ansiedad materna en todos los periodos del parto, neutraliza la adrenalina y favorece la producción de la oxitocina incrementando las contracciones uterinas.

5. Brindar terapias alternativas para el manejo del dolor del trabajo de parto, con apoyo emocional del acompañante elegido por la gestante, respetando el derecho de libertad de expresión y de libre tránsito (de acuerdo a las pautas de la institución), respetando sus costumbres.
6. Permitir a la gestante la ingesta de alimentos y líquidos azucarados de alto contenido calórico, preparados o infusiones que favorezcan el trabajo de parto de acuerdo a sus costumbres.
7. Realizar el tacto vaginal, solo si la gestante tiene deseos de pujar o si apreciamos pérdida de líquido amniótico.
8. No realizar rotura artificial de membrana cuando la evolución del parto es normal.
9. NO REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE RUTINA, las evidencias médicas consideran perjudiciales para la gestante en el trabajo de parto: el rasurado púbico, la posición decúbito dorsal en el periodo expulsivo, episiotomía, el enema en el trabajo de parto, el pujo forzado sin que la gestante este en la fase avanzada expulsiva, la restricción de los alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, entre otras (Ministerio de Salud, 2016).

En el proceso de expulsión:

Se debe esperar a que la gestante sienta ganas de pujar, tomado en cuenta los posiciones que mejor beneficien a la embarazada para que pueda parir.

- Posición de cuclillas:

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de nuestro país, ya que facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto (Ministerio de Salud, 2016).



Imagen 1 Posición de cuclillas (Ministerio de Salud, 2016)

- **Posición de rodillas:**

El profesional de la salud que atiende el parto se ubicará delante o detrás de la gestante para así proteger el periné en todo momento y evitar que se desgarre. Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante puede estar al frente o detrás de la paciente, dicha persona deberá abrazar a la gestante por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante (Ministerio de Salud, 2016).



Imagen 2 Posición de rodillas (Ministerio de Salud, 2016).

- **Posición sentada:**

El profesional de la salud que atiende el parto se colocará delante de la gestante y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla o en la camilla con las piernas separadas abrazando a la gestante por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla de partos al mismo nivel en el que se encuentra el acompañante.

La gestante en trabajo de parto en posición semisentada se apoyará en el acompañante. Esta posición relaja y permite que aumenten los diámetros de la pelvis (Ministerio de Salud, 2016).



Imagen 3 Posición sentada (Ministerio de Salud, 2016).

- **Posición parada o sostenida de una soga:**

El profesional de la salud se colocará frente a la gestante en trabajo de parto. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante se colocará detrás y tendrá que sostener a la paciente para que no se mueva. La gestante en trabajo de parto deberá sujetarse de una soga suspendida de una viga del techo. Al hacer esto el feto es favorecido, ya que la fuerza de gravedad le ayuda a avanzar por el canal del parto de manera suave y calmada. Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, para detectar cualquier complicación que pudiera surgir en el momento (Ministerio de Salud, 2016).



Imagen 4 Posición parada (Ministerio de Salud, 2016).

- **Posición en cuatro puntos (pies, rodillas y manos):**

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El profesional de la salud que atiende el parto se colocará detrás de la gestante cuidando el periné para evitar los desgarros, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

Algunas gestantes prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyarse hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento del parto adoptará una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto, la recepción del bebé se realiza por detrás de la mujer.

El profesional de la salud que atiende el parto vertical deberá instruir a la parturienta en trabajo de parto para que realice la respiración jadeante, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza de los músculos del abdomen (Ministerio de Salud, 2016).



Imagen 5 Posición en cuatro puntos (Ministerio de Salud, 2016).

Durante el alumbramiento y el puerperio las gestantes deben sentirse en total confianza con el personal de salud siempre y cuando se les respeten sus costumbres y creencias.

Con respecto a México, la Secretaria de Salud ha implementado el servicio del parto vertical ante la alta demanda de mujeres embarazadas que quieren elegir esta opción.

El parto vertical se aplica mediante el programa de Atención al Embarazo de Bajo Riesgo, empezaron a realizarse en junio de 2011 en la primera clínica del Hospital de Ajusco Medio, ahora ya se realizan en la Clínica Comunitaria de Santa Catarina, Iztapalapa, y empiezan a practicarse en el Hospital General de Milpa Alta. La clínica de Ajusco Medio tiene una demanda de entre 500 y 600 partos verticales anuales, no solo de mujeres próximas a dar a luz con residencia en Tlalpan y Coyoacán, también de otras demarcaciones como Gustavo A. Madero e Iztacalco, donde se han difundido sus virtudes, lo cual ha motivado que más mujeres pidan el servicio (Dirección General de Promoción de la Salud, 2015).

A través de estos partos se busca que la calidad de la atención de las mujeres embarazadas sea menos dolorosa, y una mayor movilidad para ellas, como también la implementación del parto humanizado para que siempre se sientan acompañadas de algún familiar cercano. La ventaja de implementar el parto vertical es que se reduce el número de cesáreas.

La posición del parto vertical forma parte de los conocimientos y prácticas que implementan las parteras para ayudar a parir a una mujer embarazada, además por primera vez se están reconociendo el parto natural; es decir parir sentadas, hincadas, en cuclillas, paradas, etc.

Entre los beneficios del parto vertical, permite que el periné de la mujer pueda tener mayor elasticidad sin la necesidad de cortar y hay menos riesgo de infección; se abre más la pelvis y evita lesiones; el útero queda bien contraído y la posibilidad de hemorragia es menor por la fuerza que ejerce la posición en la matriz y su contracción; y disminuye mucho el dolor tanto en intensidad como en tiempo, por la rapidez del parto (Dirección General de Promoción de la Salud, 2015).

Aunque esta práctica se está empezando a implementar, no es suficiente ya que es necesario brindar la mejor atención posible hacia las mujeres que esperan con ilusión la llegada de su hijo.

Capítulo 3. Derechos Sexuales y Reproductivos

Antecedentes Históricos de los Derechos Sexuales y Reproductivos

La Conferencia de Derechos Humanos de Teherán, celebrada del 22 de abril al 13 de mayo de 1968. El emperador de Irán Mohammad Reza Pahlavi y el Secretario General de las Naciones Unidas U Thant inauguraron la conferencia eligiendo como presidenta a la princesa Ashraf Pahlavi.

Al término de la conferencia se aprobó la Proclamación de Teherán en la cual se evaluaron los avances que se hicieron desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos y también se estableció un programa a futuro.

La Proclamación reconoce que en la DUDH ha habido avances en cuestión de la protección de los derechos humanos de las personas; sin embargo, se necesita hacer mucho más, es por eso que en la proclamación se toma importancia a la eliminación del apartheid (lugares separados para los diferentes grupos raciales) calificándolo como un crimen de lesa humanidad.

En cuestión de analfabetismo, en la proclamación se considera un problema grave que impide que la gente pueda superarse y es por eso que se pone énfasis para poder eliminar este problema.

Por otra parte, se reconoce el derecho fundamental de los padres en el cual pueden determinar libre y responsablemente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos.

Por último, es aquí donde nacen los derechos humanos de tercera generación, los cuales hablan del derecho a la paz; y en este punto en especial es en donde la proclamación enfatiza que el desarrollo y avance de la tecnología puede interrumpir la paz de muchos países; por ejemplo, cuando se originaron las guerras mundiales se comprobó que con las armas hubo muchas destrucciones y pérdidas humanas.

En la Conferencia de Bucarest que se realizó del 19 al 30 de agosto de 1974, se estableció un “Programa de Acción” el cual tenía como principal objetivo que los seres humanos tuvieran una mejor calidad de vida, a través de las relaciones entre

las políticas y los programas que se hacían para beneficio de la población, con la finalidad de acabar con algunas determinantes sociales y en otros casos mejorarlas como por ejemplo erradicar la pobreza, disminución de la mortalidad materno-infantil, poder tener más acceso a los servicios de salud reproductiva, etc.

Con respecto a los derechos de procreación y salud reproductiva; la máxima autoridad en este caso los Gobiernos, el Sistema de Naciones Unidas, entre otros deben hacer que los sistemas básicos de salud se fortalezcan para beneficiar a las personas en pobreza.

Para poder lograr esto es necesario que los Gobiernos, las ONG'S se incorporen en la realización y la evaluación de los programas en materia de Salud Sexual y Reproductiva, elaborar programas de Salud Sexual y Reproductiva que sean accesibles para las comunidades indígenas, y capacitar al personal médico en materia de Salud Sexual y Reproductiva para proporcionar información certera y evitar más enfermedades.

En materia de planificación familiar, el Sistema de Naciones Unidas debe apoyar a los Gobiernos para proporcionar recursos, para más métodos anticonceptivos y cuidar que se pueda acceder a ellos en especial a las personas que no pueden tener acceso a los servicios de salud.

La Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer tuvo lugar en México, D.F el 19 de junio y el 2 de julio de 1975, se habló de la igualdad, la paz y el desarrollo. Fue la primera conferencia que marco un gran avance en el rol de las mujeres en el desarrollo de la política y se estableció que el hombre y la mujer son iguales ante la ley. Con esta notificación se le permite a la mujer que sea participe de labores externas; es decir tener un trabajo remunerado, así como poder tener acceso a la educación y a su vez cumplir con los deberes de la casa, la familia y el país. También se definió un "Plan de Acción Mundial" poniendo como metas para la igualdad de género el acceso a la educación, al trabajo, a la salud, a la vivienda, a la planificación familiar y a la alimentación.

En cuestión de salud se decidió que el Gobierno debe poner mayor atención en necesidades básicas como asistencia ginecológica y métodos de planificación familiar, cuidados especiales en el embarazo, parto, puerperio y durante la lactancia materna, así como informar de los programas de educación y promoción de la salud para vencer los tabúes, los miedos y lograr que más mujeres asistan a los servicios de salud, por último toda persona tiene derecho a decir de manera libre el número de hijos que desee tener.

En la Conferencia Internacional de Población en México que se realizó del 6 al 14 de agosto de 1984 se habló de la evaluación del Programa de Acción que se hizo en la Conferencia de Bucarest, hace 10 años. El programa de acción dio otro giro, en esta ocasión se llevó a cabo un consenso sobre tres metas importantes; reducir la mortalidad materno-infantil y la mortalidad de lactantes, proporcionar acceso a la educación en especial a las mujeres y proporcionar acceso a servicios de salud reproductiva, así como a la planificación familiar.

El debate se centralizó en el empoderamiento de la mujer para mejorar la situación en cuestión de Derechos Sexuales y Reproductivos con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

Así como también se plantearon algunos puntos como la disminución de la tasa de crecimiento de la población mundial de 2.03 a 1.67% al año, con respecto a la salud; se sigue careciendo de métodos de planificación familiar, es por eso que se deben hacer esfuerzos para que exista más financiamiento y así poder abastecer más métodos anticonceptivos.

En ese mismo año se dio lugar a la Reunión Internacional sobre mujeres y salud en Ámsterdam en la que se denominaron los derechos reproductivos, así mismo se podría decir que fue el momento en que las mujeres decidieron iniciar una marcha para poder ampliar la definición de derechos humanos.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, tuvo lugar en Egipto del 5 al 13 de septiembre de 1994. Fue la más importante porque se priorizaron temas en salud entre ellos la Salud Sexual y Reproductiva, como

también se definió la Salud Reproductiva y se le dio la oportunidad a Organizaciones de la Sociedad Civil, así como activistas de los derechos de las mujeres y de la Salud Sexual y Reproductiva para que participaran exponiendo sus argumentos.

Para el capítulo de Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, se pretendía incluir el respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas; pero la palabra Derechos Sexuales no se aceptó, porque se tenía temor a la diversidad sexual que se aceptara y se reconocieran el derecho de definir su identidad; sin embargo el termino de Derechos Reproductivos si fue aceptado basándose en el derecho que tienen las personas a disfrutar del nivel más elevado de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Por primera vez se planteó oficialmente el concepto de Salud Reproductiva mencionando que

Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (Unidas, 1995, pág. 37).

Con base a este concepto, entonces la atención a la Salud Reproductiva es el

Conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver problemas relacionados con la Salud Reproductiva (Unidas, 1995, pág. 37).

Es necesario saber que el concepto de Derechos Reproductivos no viene de la mano de los Derechos Sexuales ya que se originaron en instancias diferentes. Sin embargo, se unieron porque se necesita de la sexualidad para que haya una reproducción.

En el Cairo se reconocieron dos puntos importantes; el primero es que los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos; por lo tanto, los hace ser universales, y el segundo la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva

de las personas, con la finalidad de hacer valer sus derechos y así mismo no se sigan violando.

Los Derechos Reproductivos

Permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, regular la fecundidad y disponer de la información y los medios para ello. También incluyen el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y el tratamiento de dolencias del aparato reproductivo (Salud, 2015, pág. 55).

Los Derechos Reproductivos son:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijas o hijos y su espaciamiento, y a disponer de la información, la educación y los medios para lograrlo.
- El derecho de mujeres y hombres a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser madres o padres.
- El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
- El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces.
- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, el trabajo o dentro de la familia.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, brindando así las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.
- El derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
- El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades según los mejores estándares de calidad (Salud, 2015, pág. 56).

Por otra parte, los antecedentes de los Derechos Sexuales se dieron a conocer a partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada del 4 al 15 de

septiembre de 1995 en Beijing, se concretó, la Plataforma de Acción en la que se menciona que dentro de los derechos humanos de las mujeres se incluyen el derecho a poder ejercer su sexualidad.

La Declaración de los derechos sexuales fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 29 de junio de 1997 en Valencia, España, y fue pronunciada en el año de 1999, en Hong Kong esta declaración se realizó porque las personas sufrían por la falta de derechos y querían tener una sexualidad libre, responsable además de necesidades básicas como la intimidad, el cariño, el amor, el placer. Estos fueron los derechos que se establecieron en la declaración:

- Derecho a la libertad sexual,
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo,
- Derecho a la privacidad sexual,
- Derecho a la equidad sexual,
- Derecho al placer sexual,
- Derecho a la expresión sexual emocional,
- Derecho a la libre asociación sexual,
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables,
- Derecho a información basada en el conocimiento científico,
- Derecho a la educación sexual integral
- Derecho a la atención de la salud sexual (OPS & OMS, 2000, pág. 37).

La sexualidad es

Una cualidad de los seres humanos y con ella se ejercen distintos tipos de relaciones, como las afectivas y de poder, se debe tener presente que existen diversas prácticas, así como circunstancias y fines con que se realizan o no, con sus diferentes significados y valoraciones constituidas desde la subjetividad de los individuos en el contexto social histórico y cultural en el que viven (Rodríguez Martínez, 2007, pág. 215).

En la actualidad no existe un concepto de derechos sexuales y reproductivos como tal, sin embargo, lo que encontramos es un concepto que menciona algunos derechos que tenemos.

Ambos conceptos se establecieron por separado, por ejemplo, en derechos reproductivos se menciona más la parte reproductiva; es decir la procreación de un ser humano y por derechos sexuales se menciona la parte subjetiva del ser humano como los sentimientos.

Contexto actual en México

En la siguiente tabla se hizo una comparación entre la CDMX, el Estado de Guerrero y el municipio de San Luis Acatlán, tomando como base los siguientes indicadores, población total, relación hombres-mujeres y el promedio de la fecundidad.

Tabla 3.1 Indicadores de la Población entre la CDMX, el Estado de Guerrero y el municipio de San Luis Acatlán (INEGI, 2015)

	CDMX	Guerrero	San Luis Acatlán
Población total (hab)	8 918 653	3 533 251	43 671
Hombres	47.4%	48.1%	48.9%
Mujeres	52.6%	51.9%	51.1%
Fecundidad (promedio)	1.2	1.9	2.5

El mayor número de habitantes se encuentra en la CDMX, mientras que el porcentaje más alto en relación a los hombres está en el municipio de San Luis Acatlán, sin embargo, el indicador de mujeres nos señala que hay más mujeres en la CDMX que en el Estado de Guerrero y el municipio de San Luis Acatlán.

Por último, en cuestión de salud, observamos que el promedio de hijos nacidos vivos por cada mujer entre 15 y 49 años de edad; es mayor en el Municipio de San Luis Acatlán, esto es debido a que no cuenta con información adecuada en salud sexual y reproductiva ni tampoco con abastecimiento en métodos anticonceptivos.

El crecimiento de la población se ha generado por la dificultad que se tiene a el acceso de métodos anticonceptivos, así como también a la falta de información acerca de cómo poder obtenerlos y a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Uno de los principales factores es la pobreza, porque la situación económica de las familias en esas zonas es precaria y la falta de oportunidades de trabajo es alta;

otro de los factores es la malnutrición y la principal población que ataca es a los niños; ya que es común encontrar este problema de salud porque no pueden acceder a los alimentos que proveen algunos nutrientes como vitaminas, hierro, yodo, (pescado, leche, carne roja) entre otros; el analfabetismo es otro factor, porque les es difícil tener una educación de calidad; es decir escuelas bien equipadas y que su ubicación no se encuentre a larga distancia ya que hay veces que se les complica asistir. El ingreso económico vuelve a ser parte importante porque se ven obligados a dejar la escuela para trabajar y tener otro ingreso en el hogar o en caso de las mujeres ayudar en las labores domésticas.

Sin embargo, cuando las mujeres tienen algún grado de escolaridad, es más fácil que puedan conocer y defender sus derechos sexuales y reproductivos. Un ejemplo de esto es el que expone la autora Mercedes Mateo Díaz:

Es probable que una mujer con educación que viva en un hogar acomodado en una ciudad tenga acceso a una gama completa de opciones anticonceptivas modernas; disfrute del poder de decidir si desea quedarse embarazada, cuándo y con qué frecuencia; y, cuando elija quedarse embarazada, pueda dar a luz de manera segura en un hospital o dispensario bajo el cuidado de profesionales de la salud.

Por el contrario, es probable que una mujer pobre con un nivel educativo bajo que viva en una zona rural disponga de pocas alternativas para evitar quedarse embarazada, mantenerse sana durante la gestación o disfrutar de asistencia calificada durante el parto. Además, puede que al intentar ejercer sus derechos reproductivos deba enfrentar obstáculos de carácter social e institucional que las mujeres con educación que residen en un contexto urbano y acomodado, bien, no enfrentan nunca, o, si los enfrentan, podrán superar fácilmente (Díaz Mateo, 2017, pág. 18).

Estoy de acuerdo con lo que dice la autora entre más adquieras conocimientos podrás defenderte de cualquier situación que se te presente, pero para que esta situación no siga pasando es necesario luchar para que muchas voces se escuchen, aportando nuestros conocimientos a nuestros semejantes.

No tener acceso a los servicios de salud es también otro problema que afecta a la población; por una parte existe una saturación en los establecimientos que brindan

atención médica (población derechohabiente), así como la falta de profesionales de la salud con ética profesional, falta de infraestructura (hospitales, centros de salud, etc), falta de equipo hospitalario (laboratorios, aparatos de rayos X, aparatos para ultrasonidos) y por otro lado la ubicación de donde se encuentran los hospitales.

Miles de personas se ven afectadas por la mala administración que hay en el sistema de salud de nuestro país; los jóvenes son un caso en particular porque se les limita poder acceder algún método de planificación familiar o porque simplemente no hay suficientes como condones masculino y femenino, pastillas anticonceptivas, parches, inyecciones, etc. (Salud, 2015) pero, este grupo etario no nada más es el único, otro caso es el de la población indígena; ellos además de no poder acceder a métodos anticonceptivos, se les dificulta ir por ellos ya que algunas comunidades están apartadas de los hospitales más cercanos.

México cuenta con otro problema que es la muerte materna, la cual es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando las causas no sean accidentales o incidentales.

Tabla 3.2 RMM (Razón de Muerte Materna) entre varios países (Freyermuth Enciso, 2018).

País	Año	RMM
Sierra Leona	-----	1,100 muertes x 100 000 nacidos vivos
Europa, Italia y España	-----	4 muertes x 100 000 nacidos vivos
Canadá	-----	11 muertes x 100 000 nacidos vivos
Haití	-----	380 muertes x 100 000 nacidos vivos
México	1990	89 muertes x 100 000 nacidos vivos
	2000	44 muertes x 100 000 nacidos vivos
	2013	38.2 muertes x 100 000 nacidos vivos
	2015	22 muertes x 100 000 nacidos vivos

Esto significa el número de mujeres que fallecen durante un año determinado por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Como se observa en esta tabla.

Los países más desarrollados tienen menos muertes maternas ya que cuentan con una mejor economía, mejor nivel de escolaridad, mejores servicios de salud, y mejor calidad de vida; sin embargo, los países en desarrollo se encuentran con un alto

índice de muertes maternas porque su economía es baja, se encuentran en pobreza, lo que les impide tener un nivel de escolaridad alto, por supuesto malos servicios de salud (Osotimehin, 2017). Y con respecto a México, hace 25 años aproximadamente la razón de muerte materna era muy alta, pero ahora, aunque la razón ha disminuido no es suficiente.

Desde la perspectiva médica, el 28% de mujeres que fallecen, son por causas indirectas como son enfermedades crónico-degenerativas las cuales pueden ser diabetes, cáncer, enfermedades del corazón, etc. son mujeres que estaban embarazadas y padecían de alguna enfermedad crónica. Y el 72% de mujeres que fallecen son por causas directas estamos hablando de la triada letal (hemorragias, sepsis y preeclampsia); en dónde las hemorragias, ocurren por la tardanza para llegar a urgencias y por la saturación de los servicios de salud, la sepsis, por alguna infección durante el trabajo de parto y también por cesáreas; y la preeclampsia aumento de la hipertensión durante el embarazo y después del alumbramiento entre la semana de la 6 a la 8.

Como causas sociales, podemos encontrar algunos factores de los cuales son mujeres con baja escolaridad, razón de muerte materna en mujeres menores de 15 y mayores de 35 años, municipios de alta marginación, población indígena (Freyermuth Enciso, 2018).

También existen causas culturales, por ejemplo, los usos y costumbres que tiene la comunidad al momento de la atención del parto; es decir las mujeres tienen a su partera con la que llevaron su control prenatal, así como el uso de la medicina tradicional (uso de plantas medicinales) que utilizan para las contracciones, la posición de cómo dar a luz. En este caso no se les obliga a estar acostadas en una cama sin moverse por el contrario se les respeta el que quieran caminar para sentir menos dolor, el acompañamiento de toda la familia, el machismo que impone el hombre de la casa al no querer que ninguna otra persona toque a su esposa.

Otro problema que hay es que las mujeres no quieren salir de sus comunidades porque saben que en el hospital que darán a luz no hablan su lengua, les da miedo

porque no las comprenden y no entienden la dinámica que usan los doctores para el alumbramiento.

Mejorar la salud materna fue uno de los Objetivos del Milenio que se establecieron en la Cumbre del Milenio de la Naciones Unidas celebrada en septiembre del 2000 en Nueva York en la que líderes de 189 naciones se comprometieron con la Declaración del Milenio.

Teniendo como finalidad encarar la pobreza y el desarrollo económico y social.

En el 2015 se pretendía cumplir exitosamente con los ocho objetivos, pero no se pudo llegar a las cifras establecidas; en cuestión de salud materna estos fueron los resultados para México:

Tabla 3.3 Resultados en salud materna en los Objetivos del Milenio para México (De Castro, 2015, pág. 25).

indicador	Año 1990	Año 2013	Meta 2015
Mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos)	88.7	38.2	22.2
Proporción de partos con asistencia de personal capacitado	76.7	96.3 (2014)	Más del 90.0
Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil	63.1 (1992)	72.3 (2014)	Aumentar
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	76.8	65.7 (2014)	Reducir
Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en la Instituciones del SNS	4.4 (2000)	5.4 (2014)	5.0
Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.	25.1 (1987)	5.0 (2014)	Reducir

A pesar de estos 15 años, no se pudo llegar a la meta de reducir el número de defunciones por muerte materna; aunque si hubo muchos avances en este trayecto; sin embargo nos falta mucho por hacer, y es por eso que el 25 de septiembre del 2015 en Nueva York se llevó acabo la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible asistiendo 150 líderes mundiales, en la reunión se estableció el documento llamado “transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible”. En el documento se establecieron 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible los cuales son:

Tabla 3.4 Objetivos del Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2018)

Objetivos del Desarrollo Sostenible	
1.- Fin de la pobreza	10.- Reducción de las desigualdades
2.- Hambre cero	11.- Ciudades y comunidades sostenibles
3.- Salud y bienestar	12.- Producción y consumo responsables
4.- Educación de calidad	13.- Acción por el clima
5.- Igualdad de género	14.- Vida submarina
6.- Agua limpia y saneamiento	15.- Vida de ecosistemas terrestres
7.- Energía asequible y no contaminante	16.- Paz, justicia e instituciones solidas
8.- Trabajo decente y crecimiento económico	17.- Alianzas para lograr los objetivos
9.- Industria, innovación e infraestructura	

Y tienen como objetivo cumplir las metas que quedaron inconclusas con los (Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Esta es la situación en la que se encuentra México en cuanto al objetivo de salud y bienestar:

Tabla 3.5 Situación en la que se encuentra México en el año 2017 y las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2018)

Situación 2017	Metas del objetivo
En 2015, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 216 muertes por cada 100 000 nacimientos. Para lograr la meta de este Objetivo, que establece que en 2030 haya menos de 70 fallecimientos, la tasa de reducción de la mortalidad debe ser de al menos un 7,5%, más del doble de la media registrada entre 2000 y 2015.	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

<p>En 2017, el 78% de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) que estaban casadas o vivían en pareja en todo el mundo satisfacían la necesidad de planificación familiar mediante métodos modernos, en comparación con el 75% en 2000</p>	<p>Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales</p>
--	---

Normas Nacionales de los Derechos Sexuales y Reproductivos

La Ley General de Salud en el capítulo VI llamado servicios de planificación familiar en el artículo 67 menciona:

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presentan en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate (Agenda de Salud, 2013, pág. 18).

En cuanto al artículo 68 menciona:

Los servicios de planificación comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población;
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar;
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas (Agenda de Salud, 2013, pág. 18).

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

En el artículo 4 menciona:

Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisetismo en cualquiera de sus manifestaciones (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 284).

En el capítulo II Medidas para prevenir la discriminación, en el artículo 9 menciona:

Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 286).

NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar

Los servicios de planificación familiar deben proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, atención materno-infantil, detección del riesgo preconcepcional, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, además del manejo de la perimenopausia y la posmenopausia.

La prestación de los servicios deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población. Las personas que prestan servicios de salud reproductiva y de planificación familiar (tanto de los sectores público, social y privado) tienen las siguientes obligaciones:

- Informar sobre los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.
- Brindar atención y servicios de salud reproductiva y planificación familiar con calidad y calidez. Así como los suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar la continuidad y el cumplimiento de los ideales reproductivos de la persona.
- Permitir que la persona usuaria decida libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y del método de control de la fertilidad que mejor cumpla sus expectativas.
- Ofertar métodos de control de la fertilidad efectivos y exentos de riesgos y daños a la salud.

- Garantizar que, al brindar la información, orientación, consejería y servicios, sea en un ambiente privado libre de interferencias y que la información personal proporcionada sea confidencial.
- Otorgar un trato digno con respeto, consideración y atención.
- Considerar la opinión y los puntos de vista sobre los servicios prestados (Olivares Ferreto & Trejo Castillo, 2016, pág. 32).

NOM-007 SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

Cuando una mujer acude a los servicios de salud con una emergencia obstétrica, ésta debe ser atendida de manera prioritaria. Una vez resuelta la emergencia se le debe referir a su unidad correspondiente. Es importante saber que las parteras tradicionales pueden hacer referencias a los centros de salud, y las mujeres deben ser atendidas en éstos. Las mujeres y los recién nacidos deben ser atendidos con calidez: con un trato cordial, atento y con información oportuna para las usuarias del servicio.

Cuando las mujeres dan a luz, los prestadores de servicios de salud deben anotar en el expediente clínico por lo menos los siguientes datos: tipo de parto; fecha y hora de nacimiento; condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, APGAR al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas; inicio de alimentación a seno materno y, si se decide, el método de planificación familiar posparto elegido (Olivares Ferreto & Trejo Castillo, 2016, págs. 33-34).

Capítulo 4. Derecho de las Comunidades Indígenas

Contexto actual de la población indígena en México

El término indígena significa ser originario de un país o estado que cuenta con una riqueza cultural y diferentes formas de organización política y económica.

Sin embargo, al escuchar la palabra indígena nos viene a la mente la distinción entre dos grupos; es decir por un lado las personas que somos parte de esta inmensa ciudad nos caracterizamos por vestir con ropa más cómoda o mejor aún estar a la moda, con distintas costumbres, con una forma de organización política y social diferentes; por otro lado, personas que visten hermosos trajes típicos representando con orgullo al Estado que pertenecen, con rasgos físicos y con una riqueza enorme que los caracteriza, hablar y seguir manteniendo su lengua materna (Navarrete Linares, 2008).

México es un país que está formado por diferentes tipos de poblaciones. Entre estas poblaciones destacan los diferentes grupos étnicos que pueblan el territorio nacional.

El concepto de grupos étnicos hace relación a las comunidades que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias. No obstante, bajo dicho concepto se enmarcan colectividades humanas muy diferentes unas de otras (MPS, DGPS, & OPS, 2004, pág. 27).

En la siguiente tabla se presentan los grupos indígenas de México, clasificándolos por grupo étnico, lengua materna y su ubicación geográfica.

Tabla 4.1 Grupos Indígenas de México (CDI, 2018).

Grupo étnico	Lengua materna	Ubicación geográfica
Cochimí	Laymon	Baja California Norte. Municipios (Ensenada, Tecate y Mexicali).
Kumiai	Yumano	
Cucapá	Yumano	
Kiliwa	Hokana	
Paipai	paipai	

Guarijíos	Guarojio	Sonora y Chihuahua. Municipios (Chínipas, Guazapares, Moris y Uarachi)
Seris	Hokano	Sonora
Mayos	Mayo	Sinaloa y Sonora
Tarahumaras	Rarámuri	Chihuahua, Durango y Sonora
Pápagos	Himerí	Sonora
Yaquis	Cachita	Sonora
Pimas	Otam	Sonora y Chihuahua
Tepehuanos	Ódame	Chihuahua, Durango y Nayarit
Kikapúes	Metusenene	Coahuila
Nahuas	Nahuas	Puebla - Veracruz - Hidalgo - San Luis Potosí - Guerrero - Estado de México - Distrito Federal - Tlaxcala - Morelos - Oaxaca - Tabasco - Tamaulipas - Michoacán - Jalisco - Durango - Nayarit
Huicholes	tejí niukiyari	Durango, Jalisco y Nayarit
Mexicaneros	Náhuatl	Durango y Nayarit
Chichimeca Jonaz.	Otopame	San Luis Potosí y Guanajuato
Huastecos	Tenek	San Luis Potosí
Pames	Pame	Querétaro, San Luis Potosí
Coras	Niuucari	Nayarit
Otomíes	Hiahiu,	Puebla, Hidalgo y Michoacán
Tepehuas	Totonaco	Veracruz, Hidalgo y Puebla
Mixtecos	Mixteca	Guerrero, Oaxaca y Puebla
Popolocas	Popoloca	Puebla
Totonacas	Tachihuiin	Veracruz, Puebla
Matlatzincas	Matlatzinca	Estado y Ciudad de México
Mazahuas	Mazahua	Estado de México, Michoacán
Tlahuicas	Atzinca	Estado de México
Purépechas	P'urhé	Michoacán
Popolucas	Popoluca	Veracruz

Amuzgos	Tzhonoa	Oaxaca, Guerrero
Tlapanecos	Me'phaa	Guerrero
Chatinos	Chatina	Oaxaca
Chinantecos	Chinantecas	
Chochos	Chocholteca	
Cuicatecos	Dvacu	
Huaves	Mareño	
Ixcatecos	Ixcateca	
Mazatecos	Chota te ho	
Mixes	Ayook	
Tacuates	Mixteca	
Triquis	Triqui	
Zapotecos	Zapoteca	
Zoques de Chimalapas	Zoques	
Chontales de Oaxaca	Huamelulteco	
Zoques	Tzun	Chiapas y Oaxaca
Quichés	Cakchiquel	Chiapas
Choles	Chol	
Lacandones	Hach tan	
Mochós	Motozintleco	
Tojolabales	Maya	
Tzeltales	Tzeltal	
Tzotziles	Tzotzil	
Jacaltecos	Abxubal	Campeche, Chiapas y Quintana Roo
Kanjobales	Kanjobal	
Mam	Qyool,	
Mayas	Maya'an	Campeche, Yucatán y Quintana Roo

De acuerdo con el INEGI

El Estado de Guerrero cuenta con una población indígena del 32.92% y el 15.32% hablan alguna lengua indígena, sin embargo, en San Luis Acatlán el 71.10% son indígenas y el 56% hablan alguna lengua indígena (Inegi, 2016, págs. 15,133).

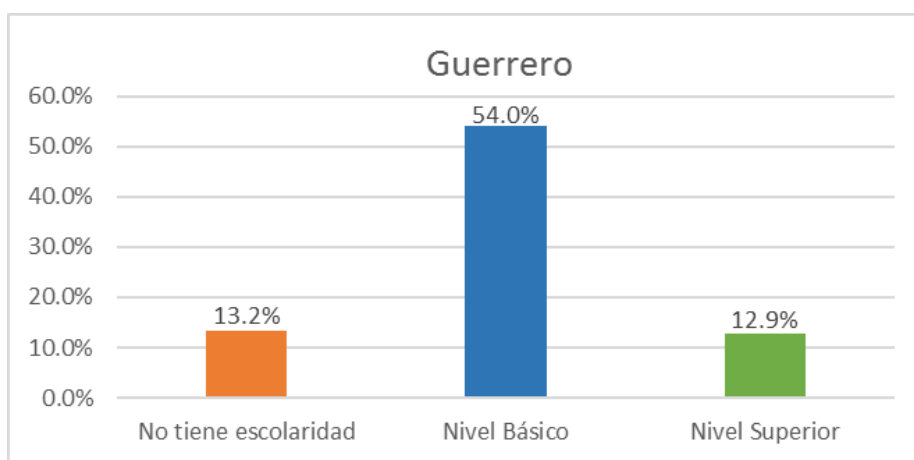
La situación económica de los indígenas no es la mejor, sus medios de producción son a través del campo; cuentan con tierras que son parte de su patrimonio

mediante las cuales siembran todo tipo de alimentos desde hortalizas, frutas, semillas, etc. que cuando son cosechadas las venden en algún mercado; pero no todos tienen tierras para poder labrarlas, porque son despojados de ellas para cualquier actividad industrial o peor aún se las pagan a muy bajo costo; es por eso que se organizan para realizar movimientos sociales y defender lo que es suyo.

Sin embargo, no todos tienen la misma suerte, los que están en peores situaciones son los que no cuentan con ningún terreno que les pertenezca, por lo que deciden migrar a otras ciudades para tener mejores estilos de vida.

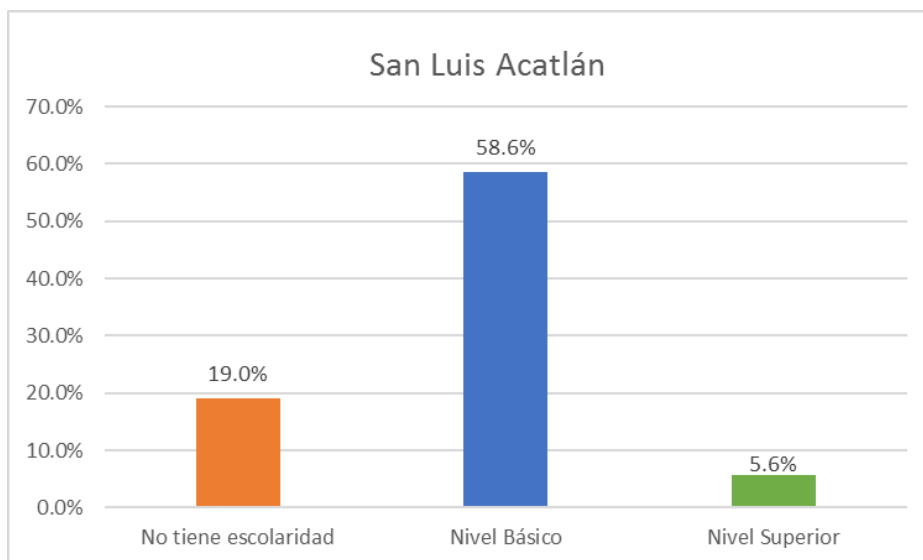
Otra forma de aportar dinero a la familia es vender artesanías fabricadas por ellos.

En cuestión de educación según el INEGI en el Estado de Guerrero, el 54% de la población ha cursado el nivel básico, siguiendo con el 13.2% no cuentan con ningún tipo de escolaridad y por último 12.9% solo ha estudiado el nivel superior.



Gráfica 1: Porcentajes en educación del Estado de Guerrero (Inegi, 2016).

Comparado con San Luis Acatlán, la población tiene un porcentaje más alto con respecto al nivel básico, y el rango de no tienen escolaridad obteniendo el 58.6% y el 19%; sin embargo el nivel superior es menor teniendo el 5.6%.



Gráfica 2: Porcentajes en educación de San Luis Acatlán (Inegi, 2016).

El derecho a la educación es una garantía que el Estado debe hacer cumplir; sin embargo, para los indígenas llega a ser un lujo y muy costoso, porque por las desigualdades que tienen es imposible que lleguen a titularse.

Dentro de algunos factores se encuentra la falta de infraestructura, es decir escuelas con techos de láminas, mobiliario roto, falta de profesores, etc; otro factor es la ubicación geográfica, ya que las pocas escuelas que hay se encuentran lejos de sus comunidades y para poder asistir tardan horas en llegar a demás los caminos están en malas condiciones e inclusive no hay transporte público.

La falta de oportunidades los hace desertar y conformarse con tan solo estudiar el nivel básico (primaria y secundaria) y mejor volverse una persona económicamente activa.

En cuestiones de salud; la mayoría de la población indígena están afiliados al seguro popular y pocos son los que cuentan con IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, y MARINA. Los servicios de salud son pésimos en infraestructura y en cuanto al personal médico; también carecen de insumos para poder brindar una buena atención.

La falta de centros de salud y hospitales, ha dado pie, por ejemplo; que mujeres embarazadas sean atendidas por las parteras que se encuentran en su misma comunidad; así como también hacer uso de la medicina tradicional consumiendo plantas medicinales para curar cualquier dolor.

El mayor problema es que los indígenas no cuentan con personal de salud capacitado que hable su lengua materna y a falta de eso prefieren atenderse con alguna vecina, suegra, amiga, comadre que practica la partería.

Normas Internacionales de los Derechos Indígenas

OIT # 169 sobre pueblos indígenas y tribales

La conferencia se llevó a cabo en Ginebra el 7 de junio de 1989, mediante la intervención del Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo.

En dicha conferencia se tomó en cuenta que estos grupos no gozaban de los mismos derechos que los demás ciudadanos, y hoy en día se sabe que son grupos que tienen un alto índice de marginación, y en ocasiones no son tomados en cuenta para ciertas decisiones a nivel nacional, así como los peores indicadores en cuestiones de trabajo, educación, salud, etc.

El Convenio núm. 169 tiene dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan (OIT, 2014, pág. 8).

A pesar de que la OIT se celebró en el año de 1989 y se concretaron varios puntos, hasta la fecha no se ha dado un avance importante, ya que los pueblos indígenas siguen siendo un grupo discriminado en cuestión de educación, trabajo, salud, participación política, etc.

La conferencia se divide en política general, condiciones y contratación de empleo, artesanías e industrias rurales, tierras, educación y comunicación y seguridad social.

En cuestión de salud el artículo 24 menciona:

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 639).

Lo que menciona este artículo aún no se cumple al cien por ciento, ya que en el año 2014 en especial en la comunidad de San Luis Acatlán Guerrero; no todas las comunidades indígenas contaban con seguridad social y todavía se les discriminaba por no hablar el español.

En el artículo 25 menciona:

1. 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.
2. 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.
3. 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, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 640).

Con respecto a este artículo lo que menciona si se cumple porque en algunas comunidades del municipio de San Luis Acatlán, las clínicas que hay se han organizado en brigadas para brindar servicios de salud básicos a las poblaciones

que no cuentan con clínicas cercar de su comunidad, así como también a mujeres embarazadas. Me parece bien que el gobierno siga brindando este tipo de ayuda de esta manera están ayudando a combatir la muerte materna.

Normas Nacionales de los Derechos Indígenas

Ley General de Derechos Lingüísticos de la Pueblos Indígenas

La presente ley es de orden público e interés social, de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos y tiene por objeto regular el reconocimiento y protección de los derechos lingüísticos, individuales y colectivos de los pueblos y comunidades indígenas, así como la promoción del uso y desarrollo de las lenguas indígenas (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 377).

Estoy de acuerdo con la Ley de Derechos Lingüísticos en que se reconozcan y promocionen las lenguas indígenas que hay, porque en pleno siglo XXI la gente sigue discriminando por esta razón.

Por ejemplo, en el municipio de San Luis Acatlán al ser realizadas varias encuestas, surgieron quejas que mencionaban que por hablar alguna lengua indígena no se les pedía consentimiento para tomar decisiones en cuanto a su salud; por lo que pedían que hubiera un traductor para que ellos entendieran de lo que estaban hablando. Por eso es necesario seguir promocionando estas leyes para brindarles ayuda y no dejen de hablar su lengua indígena.

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

La Comisión tiene como objeto orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Mac Gregor Ferrer & Carbonell, 2007, pág. 389).

Está bien que la CDI siga brindando este tipo de ayuda a través de programas en pro de las comunidades indígenas.

Capítulo 5. Embarazo

Las mujeres no son los únicos mamíferos en el mundo que paren a otro ser vivo con un embarazo que dura 9 meses, existen otras especies mamíferas que llegan a parir más de una cría y el periodo de gestación puede llegar a durar hasta 23 meses como el caso de los paquidermos, es decir, elefantes, (Gestacionde.com, 2015).

El embarazo es el periodo cuando se implanta el óvulo que ya fue fecundado hasta el momento de parir.

Reproducción

Para que dos seres humanos se puedan reproducir no solo necesitan un apareamiento; por lo contrario, es necesario la atracción física, el romanticismo, el enamoramiento, etc.

La reproducción es

Uno de los eventos más complejos, pero al mismo tiempo más fascinantes de la naturaleza, pues representa para cada individuo la posibilidad de perpetuarse a través de sus descendientes (Velázquez Cornejo, 2009, págs. 115-130).

Existen dos tipos de reproducción la asexual y la sexual.

En la reproducción asexual no se necesita de otro sexo para poder reproducirte, por ejemplo, en las plantas no se necesita que ocurra una fecundación ya que de alguna parte de la misma planta se puede obtener un individuo.

La reproducción sexual es un proceso biológico que surge en los seres humanos, empezando por el coito en donde el pene es introducido a la vagina finalizando con la eyaculación del hombre, seguimos con la fecundación; la unión del ovulo y el espermatozoide para formar el cigoto, después es el embarazo, con una duración de 9 meses en el que se desarrolla un nuevo ser y para terminar el parto que es el nacimiento del bebe.

Fisiología femenina

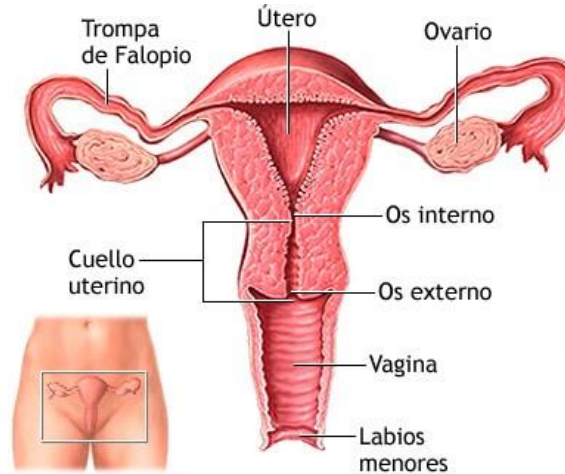


Imagen 1 Aparato reproductor femenino (Diplomado en ultrasonografía, 2016).

La fisiología de la mujer consta de los órganos sexuales como el útero, ovarios, trompas de Falopio y la vagina. Cada uno cumple con diferentes funciones; en los ovarios se desarrollan las hormonas progesterona y estrógenos y los óvulos los cuales son expulsados hacia las trompas de Falopio, ahí es donde se realiza la fecundación. Cuando las dos células se fusionan se implanta en el útero formando un feto; pero si no hay fecundación el óvulo se desprende originando la menstruación.

El sistema hormonal femenino consta de tres grupos de hormonas: hormona liberadora de gonadotropina, hormona adenohipofisarias (folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) y hormonas ováricas estrógenos y progesterona (Joab, 2018, pág. 1011).

Tipos de embarazos

Existen diferentes tipos de embarazos, por ejemplo:

- Intrauterino: este es el más común en las mujeres, porque ocurre dentro del útero al ser fecundado un óvulo por un espermatozoide.

- Ectópico: se produce fuera del útero, es decir el óvulo fecundado puede desarrollarse en las trompas de Falopio o en el ovario. Es un embarazo de riesgo ya que no puede llegar a su término y pelagra la vida de ambos.
- Molar: es un problema genético que ocurre al momento de la fecundación produciendo en crecimiento de tejido que no es normal dentro del útero. De este tipo existen otros dos:
 - ❖ Molar completo: tiene placenta, pero dentro de ella no hay ningún bebe.
 - ❖ Molar parcial: si hay un bebe que se desarrolla más de lo normal y tiene malformaciones.

Signos y síntomas del embarazo

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| • Retraso en la menstruación | • Mareos |
| • Náuseas y vómitos | • Dolor abdominal |
| • Estreñimiento | • Aumento y dolor en los senos |
| • Hemorroides | • Cambio de color en los senos |
| • Dolor de espalda | • Cansancio y sueño |
| • Calambres en las piernas | • Ganas frecuentes de orinar |
| • Manchas en la cara | • Flujo vaginal, etc. |

Signos de alarma del embarazo

- | | |
|-------------------------------------|--|
| • Dolor abdominal fuerte y continuo | • Contracciones |
| • Dolores de cabeza constantes | • Zumbido de oídos |
| • Visión borrosa | • Salida de líquido por la vagina |
| • Sangrados de color café o rojo | • Falta de movimientos del bebe (IMSS Clinica (UMF) No 164, 2015). |
| • Cólicos | |
| • Fiebre | |

Parto

Es un momento inexplicable para las mujeres porque se juntan todas las emociones que puedan existir, pero también la mujer y él bebe son los protagonistas del evento por lo que deben estar sincronizados uno del otro para que tenga un final feliz.

El parto es cuando el feto sale del útero a través de la vagina, a ese acto se le llama nacimiento.

Fases del trabajo de parto

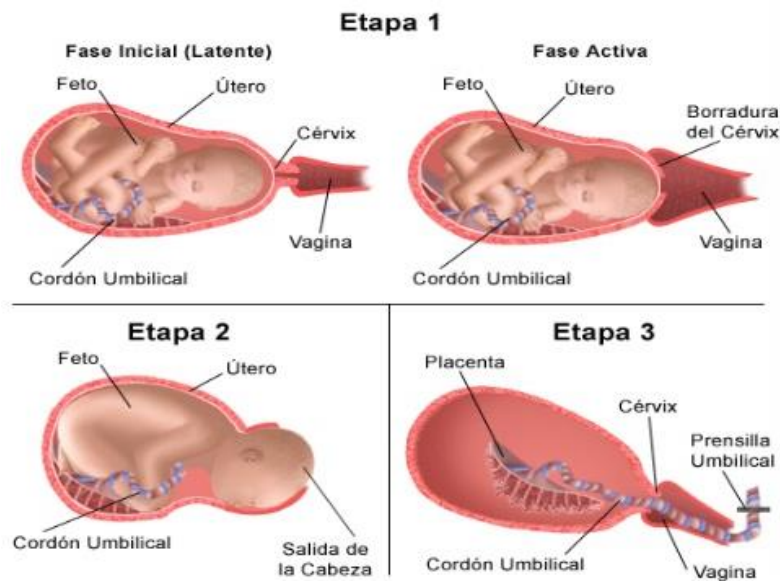


Imagen 2 Fases del trabajo de parto (Delgado Zarzosa, 2008)

El trabajo de parto se divide en tres etapas:

- Etapa 1 (dilatación) se inicia con las primeras contracciones, la ruptura del saco amniótico y la mujer tiene una dilatación de 10 cm. Esta se divide en dos fases:
 1. Fase Latente da inicio cuando las contracciones son regulares y termina cuando se hace el tacto vaginal teniendo una dilatación de 3 cm, pero puede verse modificada por el uso de anestesia, analgesia epidural, y condiciones desfavorables del cuello uterino.
 2. Fase Activa se inicia cuando el cuello uterino más de 3 cm de dilatación y culmina con una dilatación de 10 cm (DICim CECAM, 2006, pág. 15).
- Etapa 2 (expulsión) comienza desde la dilatación hasta la expulsión del feto, en este periodo la madre debe de pujar con mucha fuerza cada que tenga una contracción para que el feto pueda salir. Esta etapa se divide en nacimiento de la cabeza, nacimiento de los hombros y nacimiento del cuerpo y las piernas.
- Etapa 3 (alumbramiento) desde la salida del feto hasta la expulsión de la placenta.

Tipos de parto

Existen diferentes tipos de parto de los cuales están:

- Parto natural es cuando él bebe nace a través de la vagina de la madre sin la necesidad de utilizar algún fármaco que le ayude a controlar las contracciones, ni para ayudar a que se dilate más rápido el cuello uterino.
- Parto vaginal instrumental en este él bebe también nace por la vagina, solo que aquí se necesita de algunos instrumentos que facilitan la expulsión del bebe como los fórceps.
- Cesárea él bebe nace a través de una intervención quirúrgica que se le realiza a la madre en el vientre, se necesitan de una anestesia que se aplica

en la columna vertebral para inmovilizar la parte de la cintura hasta los pies (IMSS Clinica (UMF) No 164, 2015).

Puerperio

El puerperio es el periodo de tiempo que abarca a partir del alumbramiento hasta 42 días después. En esta etapa la mujer tiende a pasar por muchos cambios desde fisiológicos y psicológicos.

El puerperio se clasifica en: puerperio fisiológico este es cuando no hay factor de riesgo alguno, su evolución es normal y no hay complicaciones, por otra parte, el puerperio patológico es cuando hay una patología crónica.

Existen diferentes etapas las cuales son:

- Puerperio inmediato: dura las primeras 24 horas y está destinado hemostasia uterina (mecanismo que detiene hemorragias).
- Puerperio mediato: desde el 2° hasta el 10° día comienza la lactancia.
- Puerperio tardío: del 7° hasta los 42 días lactancia prolongada.

Lactancia materna

La alimentación de un bebé mediante el seno materno no solo es un proceso biológico nada más ya que se ven implicados sentimientos como el amor, cariño, alegría, ternura, etc. es el momento único que los hace volverse una sola persona, por eso es necesario que la mujer este tranquila, cómoda, descansada para poder lactar al bebe.

La lactancia materna es la principal manera de aportarle los nutrientes necesarios a los niños, en especial el calostro porque además de estar compuesto por proteínas, grasas y carbohidratos contiene inmunoglobulinas que son indispensables en el sistema inmunológico del bebé para que crezcan saludables (IMSS Clinica (UMF) No 164, 2015)

Fisiología de las mamas femeninas

El seno materno está conformado por:

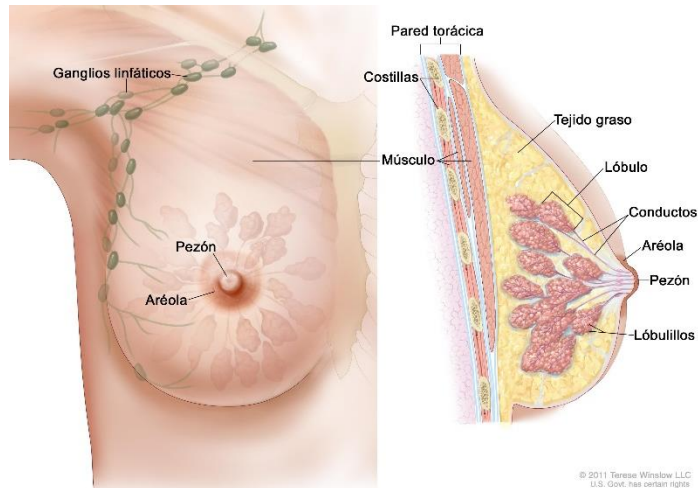


Imagen 3 fisiología mamaria (Grados, 2015).

- Areolas, es la parte más oscura alrededor del pezón y está oscurece más cuando la mujer está embarazada.
- Pezón, es la punta del pecho que tiene de 15 a 20 agujeritos de donde sale la leche que amantara al recién nacido.
- Glándulas de Montgomery, son los pequeños bultos que se encuentran en la areola, produciendo un líquido que mantiene los pezones suaves.
- Alvéolos donde se produce la leche.
- Conductos lactíferos conducen la leche de los alvéolos a los senos.
- Senos lactíferos están por debajo de la areola y es donde se almacena la leche.
- Nervios son los que mandan la orden al cerebro para que se produzca más leche (UNICEF, 2012).

La lactancia es el principal vínculo que hay entre la madre y el hijo. Aun se cree que no puede existir un vínculo afectivo entre ambos, es mentira porque el simple hecho de que la mujer este en contacto piel a piel las hace sentir alegría y pensar cómo es

posible que un ser humano tan chiquito y tan indefenso se pueda alimentar de lo que le pueda ofrecer la madre.

A través de diferentes estudios que se han realizado en varios países, se demostró que los niños que son amamantados por más tiempo de lo señalado tienden a tener efectos duraderos con relación a el Coeficiente Intelectual y el desarrollo cognoscitivo. Esto podría deberse

A la alta cantidad de ácidos grasos de cadena larga en la leche materna, como los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, los cuales han mostrado tener un efecto positivo sobre el desarrollo cerebral, en especial durante la infancia (Lote de Mola Zanatti, Lessa Horta, & Victoria, 2016, pág. 26).

La OMS recomienda amamantar mínimo hasta los 6 meses, ya que a esa edad el niño ya puede empezar con la alimentación complementaria; es decir además del seno materno puede comer papillas y hasta un máximo de 2 años de edad.

Hay opiniones encontradas con respecto a este tema, porque desde un punto de vista se piensa que solo es adecuado dar leche materna a los 6 meses, porque si sigues amamantando por más tiempo como mucha gente dice...” tu leche ya no les sirve de nada” ... “que los dientes se les hacen feos y a temprana edad tienen caries” un sin fin de mitos, sin embargo, se han creado organizaciones civiles que están en contra de este lema y de los mitos ya que se piensa que desde los recién nacidos hasta niños de 8 años necesitan ese vínculo afectivo que los hace sentirse más cerca de su madre (IMSS Clínica (UMF) No 164, 2015).

Métodos anticonceptivos

En pleno siglo XXI la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos sigue siendo un problema de salud porque si se dieran a conocer más y estuvieran al alcance de muchos jóvenes se podrían evitar muchas enfermedades de transmisión sexual como el herpes, gonorrea, sífilis, y en los casos más severos el SIDA.

Los métodos anticonceptivos son

Aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente (NOM 005-SSA2-1993, 1986, pág. 11).

Estos se dividen en:

- **Hormonales:** son los que no producen ovulación en la mujer como (la píldora, píldora de emergencia, implante subdérmico, anillo vaginal, parche anticonceptivo e inyectables).
- **Barrera:** impiden que los espermatozoides puedan entrar al útero y algunos pueden prevenir enfermedades de transmisión sexual como (condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical, esponja anticonceptiva y los espermicidas vaginales).
- **Naturales:** se utilizan en casos cuando la mujer tiene relaciones sexuales en días no fértiles por ejemplo (coito interrumpido, ritmo o calendario, moco cervical y lactancia materna).
- **Permanentes:** son métodos quirúrgicos que cortan los conductos que llevan a los espermatozoides y los óvulos como (salpingoclasia y vasectomía).
- **Intrauterinos:** es un método que sirve para impedir un embarazo como (DIU).



Imagen 4 Tipos de métodos anticonceptivos (Zaira, 2017).

DIU (Dispositivo Intrauterino)

Es un método anticonceptivo de planificación familiar, su forma común es una T y tiene un hilo en la parte de abajo que sirve para cuando se quiere quitar, además se coloca dentro de la matriz y tiene una duración de 3 a 5 años dependiendo del tipo de DIU que se utiliza.

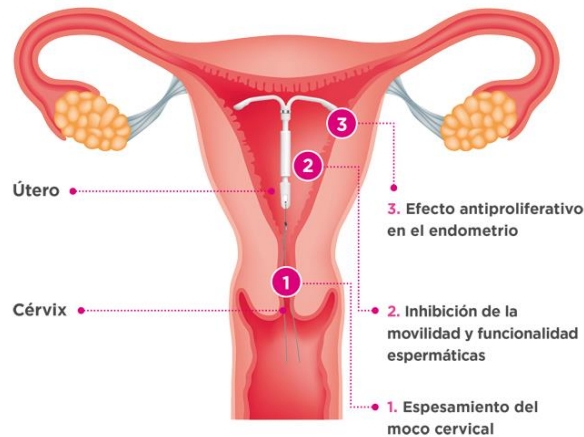


Imagen 5 Lugar donde se ubica el DIU dentro del cuerpo de la mujer (Con la mujer, 2017).

Existen 2 tipos, uno es el que se conoce comúnmente como DIU de cobre, su función es liberar prostaglandinas en el endometrio impidiendo la implantación del óvulo. El otro es el DIU hormonal, está hecho de un plástico flexible y a diferencia del otro contiene hormonas que espesan el moco del canal cervical impidiendo que los espermatozoides puedan pasar y se lleve a cabo la fecundación.



Imagen 6 Tipos de DIU (Centro Médico Mujer, 2017).

Colocación del DIU

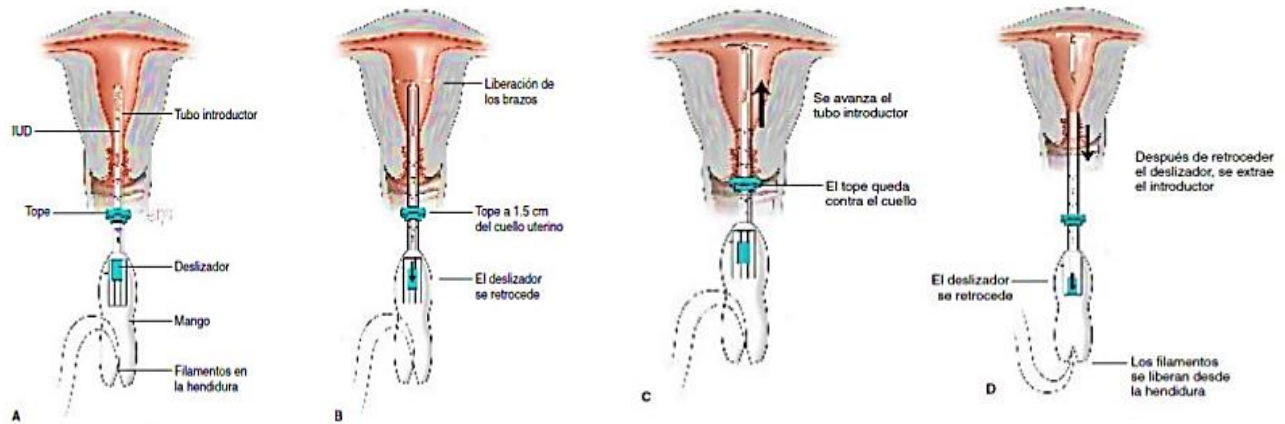


Imagen 7 Colocación del DIU (Hernandez, 2016).

Para la colocación del DIU es necesario que el médico introduzca un espéculo en la vagina para introducir el DIU en el útero una vez que el cuello uterino este completamente abierto, también se puede colocar en cualquier momento del mes aun cuando la mujer este menstruando e incluso en mujeres que acaban de parir.

Beneficios del DIU de cobre y hormonal

- No obstruye en las relaciones sexuales.
- No interfiere con la lactancia materna.
- Es efectivo al momento de utilizarlo.
- El sangrado se reduce.
- Disminuye los cólicos menstruales.
- Se puede utilizar al mes y medio del parto (IMSS Clinica (UMF) No 164, 2015).

Reacciones secundarias

Con el DIU se pueden tener reacciones secundarias por ejemplo el aumento y duración del periodo menstrual, aumento del dolor por cólicos; sin embargo, para el DIU hormonal puede haber ausencia del periodo menstrual y los cólicos pueden reducirse, anemia por la disminución de hierro en la sangre.

Es un método anticonceptivo muy eficaz que previene como ya se mencionó un embarazo, pero no previene de enfermedades de transmisión sexual.

Algunas mujeres no tienen conocimiento de este método anticonceptivo ni mucho menos tienen la probabilidad de acceder a él, ya sea por la falta de información o porque no hay suficientes en los centros de salud.

Todavía se puede oír algunos mitos acerca del DIU como, por ejemplo; no se puede colocar cuando la mujer está lactando, cuando se les retira les cuesta trabajo volver a embarazarse, tiene baja eficacia en comparación con otros métodos anticonceptivos, aumenta las posibilidades de cáncer de mama, dolor de cabeza, puede perforar el útero, es muy costoso, no se les debe de poner a las primerizas, no es un método anticonceptivo para mujeres que no han tenido hijos, etc.

Estos mitos son aún más comunes escucharlos en las comunidades indígenas; porque las mujeres no se acercan a los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud por pena o porque a muchas sus esposos les prohíben hablar de ese tema y es por ese motivo que hay un alto índice de embarazos no planeados. Sin embargo, las mujeres deben saber que hablar de planificación familiar y poder acceder a los métodos anticonceptivos es un derecho que ellas tienen y lo pueden ejercer en cualquier momento.

Capítulo 6 Metodología

Este trabajo se realizó durante mi servicio social, en una Asociación Civil llamada “Kinal Antzetik”. Participamos 6 estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) tanto del plantel San Lorenzo Tezonco, como del plantel Centro Histórico; de las cuales 3 pertenecían a la Licenciatura Comunicación y Cultura, las otras 3 pertenecían a la Licenciatura de Promoción de la Salud y 2 mujeres que pertenecían a la Asociación Civil.

Metodología Cualitativa

Se utilizaron dos tipos de metodologías, la cualitativa (entrevistas) y la cuantitativa (encuesta).

Para Creswell la investigación cualitativa es un

Proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos que examina un problema humano o social (Creswell (1998) en & Vasilachis , 2006, págs. 22-64).

Algunos métodos que se utilizan son recolección de materiales empíricos- estudio de casos, experiencia personal, introspectiva, historias de vida, entrevistas, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales que describen los significados en la vida de las personas (Denzin (1994) en & Vasilachis, 2006, págs. 22-64).

En la que se utilizó la entrevista que es

Una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentada, segmentada, precodificado y cerrado por un cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación (Vargas Jiménez, 2012, pág. 124).

Las entrevistas fueron 4 estructuras, es decir; preguntas que se elaboraron con anticipación antes de llegar al lugar donde se realizarían las entrevistas siguiendo un protocolo, también se realizaron 3 entrevistas informales que constaron de una serie de preguntas abiertas en las que el entrevistador mantiene en mente la pregunta eje y por último se realizó 1 entrevista grupal en donde el entrevistador empieza formulando una pregunta en base a la problemática que le interesa saber y los entrevistadores contestan expresando acontecimientos, experiencias personales.

Las entrevistas fueron realizadas al personal de salud, parteras, ex promotores de la Casa de la Mujer Indígena y a la Jurisdicción Sanitaria 06

Para la realización de las entrevistas, se tomaron en cuenta algunos temas como problemas de salud, la partería y las prácticas culturales, violencia obstétrica, negligencia médica, uso de métodos anticonceptivos.

Las preguntas ejes fueron:

- Personal de salud: ¿Cómo era la participación de la comunidad?, ¿Qué problemáticas de salud había en la comunidad?, ¿Cómo participaban las autoridades del pueblo?
- Ex promotores de la Casa de la Mujer Indígena: ¿Cuáles eran las principales problemáticas de salud que encontraron en su comunidad?, ¿implementabas talleres en tu comunidad?
- Parteras: ¿Desde cuándo se volvió partera?, ¿Qué prácticas de atención les da a las mujeres embarazadas?, ¿Hay algún tipo de vinculación con otras instituciones de salud?
- Jurisdicción Sanitaria: ¿Sigue habiendo muertes maternas?, ¿Tienen suficiente abasto de métodos anticonceptivos?, ¿Qué otras instituciones trabajan en conjunto con usted para darle solución a los problemas de salud que todavía prexisten?

Para la entrevista de la Jurisdicción Sanitaria se hizo una clasificación tomando en cuenta las mujeres que no quieren ir al doctor, usos y costumbres, muerte materna,

y métodos de planificación familiar, porque la entrevista tiene una duración de 2 horas.

Metodología Cuantitativa.

La metodología cuantitativa se basa en recabar datos estadísticos para comprobar hipótesis basándose en datos numéricos. Tiene ciertas características como plantear un problema de estudio, se construye un marco teórico, se realizan pruebas de hipótesis antes de recolectar datos y se obtiene finalmente resultados.

La encuesta se puede definir

Como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral o escrita) de una muestra amplia de sujetos (Cea, 1998, pág. 240).

El diagnóstico se llevó a cabo a través de 193 encuestas⁴ realizadas a mujeres en edad reproductiva y con al menos un embarazo, en el Hospital básico comunitario del municipio de San Luis Acatlán Guerrero y comunidades aledañas (El Carmen, Jolotichan, Cuanacaxtitlan, Pueblo Hidalgo, Potrerillo del Rincón, Santa Cruz del Rincón, Tuxtepec, Buena Vista, Llano Silleta, Cerro Limón, Paraíso, Poza Verde, Pajarito, cuatro caminos, Arroyo Faisán, Hondura Tigre y La Parota). La encuesta lleva por título “Diagnóstico sobre necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna para mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero”.

La encuesta cuenta con 27 preguntas tanto cerradas como abiertas; se divide en tres apartados a) datos personales, b) atención del embarazo y c) atención del parto.

La principal objeción durante el trabajo de campo para realizar la encuesta fue que algunas mujeres no hablan español y tampoco lo entienden así que tuvimos que ocupar la ayuda de una traductora e incluso mediante señas concretamos las encuestas.

⁴La encuesta se encuentra en el anexo 1.



Imagen 1 Hospital de San Luis Acatlán Gro.

Planeación Estratégica

Este trabajo se realizó en Kinal Antzetik Distrito Federal A.C en el periodo de Julio a octubre del 2014, a través del programa “Redes de parteras y promotoras comunitarias en salud materna” además se contó con la participación de la UAM-Xochimilco, de la profesora Esmeralda Covarrubias y alumnos de medicina.

Antes de partir se realizaron varias sesiones y un plan de trabajo.

En la 1ª sesión se explicó el contexto general del municipio de San Luis Acatlán, los problemas de salud que hay, tanto en el municipio como en las comunidades cercanas, también se desarrolló un programa para la formación de promotoras comunitarias y así poder formar una red en su comunidad.

En la 2ª sesión se llevó a cabo una exposición de la muerte materna en el Estado de Guerrero, indagar la estructura de cada comunidad para visualizar que es lo que beneficia o perjudica a las comunidades, se fijaron las fechas para la práctica de campo y se analizaron las preguntas que llevaría la encuesta del diagnóstico que se realizaría en el municipio de San Luis Acatlán.

En la 3ª sesión se organizaron las entrevistas que se les realizarían a las parteras, personal de salud, Jurisdicción Sanitaria 06 y mujeres que han sufrido negligencia medica

En la 4ª sesión se realizaron talleres y material didáctico sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos, violencia obstétrica.

El plan de trabajo consistió en visitar el municipio de San Luis Acatlán por cuatro días, en el cual:

- Se realizarían talleres de primeros auxilios, urgencias obstétricas, libros de planta medicinales y apoyar la captura de las mujeres que fueron atendidas.
- Habría una salida de los estudiantes de medicina junto con el equipo de Kinal Antzetik el cual consistiría en acompañar a las parteras y promotores en salud a algunas localidades del municipio para levantar la encuesta a demás hacer una reunión con varias parteras.
- Visitaríamos el hospital del municipio para seguir realizando la encuesta.
- Por último, se haría una devolución y socialización de los resultados del trabajo en grupo.

Asociación Civil Kinal Antzetik y la Casa de la Mujer Indígena (CAMI)

Kinal Antzetik DF A.C que significa “tierra de mujeres”, es una organización de la sociedad civil que trabaja por el desarrollo integral de las personas en especial con los pueblos indígenas de México a través del fomento de procesos organizativos y autónomos, el trabajo comunitario, la formación, el acompañamiento y la incidencia. El trabajo que realizan se basa en una perspectiva sistémica de derechos, equidad de género y respeto a la diversidad⁵.

Tienen una sede en la Ciudad de México y dos más, una en Chiapas y la otra en Guerrero para ser exactos en San Luis Acatlán; en ese municipio se encuentra la CAMI (Casa de la Mujer Indígena) Nellys Palomo tiene como eje central que las mujeres indígenas desarrollen estrategias para atender los problemas que hay en sus regiones como sobredemanda de servicios para atender a cualquier enfermo o las mujeres embarazadas, falta de personal médico y medicamentos.

La casa está coordinada por mujeres y hombres indígenas mixtecos de los cuales varios son parteras, parteros, promotores de salud y médicos tradicionales; algunas de las acciones que realizan son difundir, sensibilizar y promocionar los derechos sexuales y reproductivos, seguimiento de las mujeres que están embarazadas y canalizarlas en caso de riesgo, también brindar hospedaje a mujeres embarazadas que ya parieron y están en la etapa de puerperio así como a sus familiares que viven en comunidades alejadas del municipio de San Luis Acatlán y necesitan permanecer ahí, y jornadas de salud en conjunto con la Secretaria de Salud.

⁵Lo que a continuación se expresa es motivo de una reunión llevada a cabo en la Asociación Civil Kinal Antzetik A.C



Imagen 2 Casa de la Mujer Indígena

Trabajo de campo

Durante la visita que se realizó al municipio de San Luis Acatlán; participamos en los talleres que pusieron en práctica los compañeros de la UAM-Xochimilco. Se dividieron en grupos de tres personas y en el equipo que me tocó se habló de la violencia de género.

El taller se realizó en la comunidad Llano Silleta Gro, además de los compañeros de la Uam-Xochimilco nos acompañó Apolonia Placido mujer indígena y defensora de los derechos de las mujeres indígenas en la Costa Chica de Guerrero de la comunidad de Buena Vista.

Llano Silleta es una comunidad muy pequeña cuenta con tan solo 517 personas⁶, sus casitas son muy humildes, están hechas de paredes de adobe, techos de teja y cuentan solo con piso de tierra, sin drenaje, algunas veces sin luz eléctrica, no cuentan con internet, y la mayoría de sus habitantes hablan alguna lengua indígena. En cuanto a la vestimenta; las mujeres portan faldas largas con olanes y la blusa es

⁶ Dato recabado a través de una reunión en la Asociación Civil Kinal Antzetik A.C

bordada con diversas figuras de múltiples colores, huaraches, aretes largos, en hombres camisa manga larga, pantalón, huaraches y sombreros.



Imagen 3 vestimenta de hombre



Imagen 4 vestimenta de mujer



Imagen 5 Apolonia Placido



Imagen 6 Casas de Llano Silleta Guerrero

La reunión fue en la Comisaria Municipal; para que los compañeros pudieran dar su taller fue necesario la presencia de Apolonia para que les tradujera todo lo que se mencionó en dicho taller ya que la mayoría de los pobladores no hablan el español. Al finalizar el taller realizamos la encuesta; pero se complicó un poco porque no hablan español solamente lo entienden, entonces nada más aplicamos las

preguntas de opción múltiple y sus respuestas fueron sí o no con base en movimientos de cabeza.



Imagen 7 Comisaria Municipal de Llano Silleta Guerrero



Imagen 8 Taller de Violencia de Género

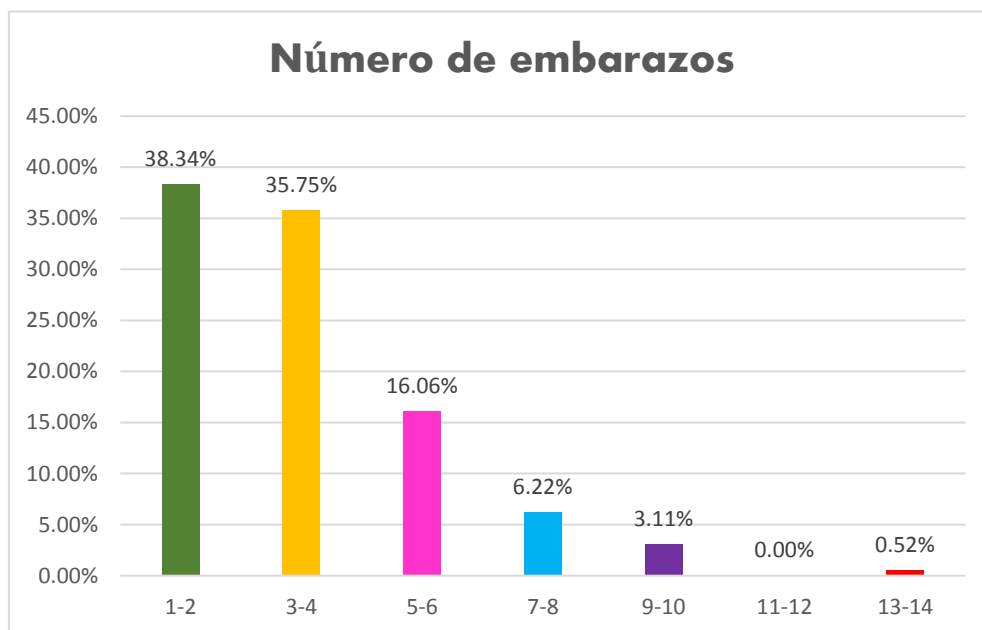
Capítulo 7 Análisis y resultados de la encuesta

Todas las citas de las entrevistas fueron sacadas de las entrevistas realizadas en el municipio de San Luis Acatlán Guerrero del 18 al 20 de julio del 2014.

Los resultados encontrados en la encuesta llamada “Diagnóstico sobre necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna para mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero” fueron los siguientes:

Primer apartado (datos personales)

La mayoría de las mujeres que fueron encuestadas oscilaban desde los 24 hasta los 28 años, algunas mencionaron que hablaban español y Mixteco otras solo español, otras español y Tlapaneco, otras más solo Tlapaneco y solo Mixteco. El 85.49% son del municipio de San Luis Acatlán y el 6.74% de Malinaltepec. Con un 94.30% se consideran indígenas argumentando... *que visten de una manera especial y porque aún conservan su lengua materna*



Gráfica 1 Se muestra el porcentaje del número de embarazos que tuvieron las mujeres encuestadas.

Al preguntarles el número de embarazos que han tenido con el 38.34% contestó que de 1 a 2 embarazos, con el 35.75% de 3 a 4, con el 16.06% de 5 a 6, con el

6.22% de 7 a 8, con el 3.11% de 9 a 10, y con solo el 0.52% dijo que tuvo de 13 a 14 embarazos; esto significa que tomando en cuenta el primer porcentaje comparado con el último se puede pensar que hace muchos años las mujeres, primero que nada no usaban o no tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos, en segundo lugar no tenían acceso a ellos, en tercer lugar por las creencias o costumbres estaban destinadas a solo tener hijos y dedicarse a las labores del hogar. Sin embargo, haciendo una comparación con esta encuesta que se realizó en el año 2014 las mujeres están informadas, usan y conocen los métodos anticonceptivos; pero cabe destacar que en pleno siglo XXI sigue habiendo un alto índice de embarazos no deseados, algunas de las causas serían por la falta del acceso a métodos anticonceptivos, porque no les gusta usarlos, porque su esposo no las deja, etc.

En cuanto al número de hijos que tuvieron vivos el 23.83% contestó que tuvo de 0 a 1, con el 41.97% de 2 a 3 hijos, con el 21.76% de 4 a 5, con el 7.25% de 6 a 7, con el 4.15% de 8 a 9 y con el 1.04% tuvo de 10 a 11 hijos. Como podemos observar hay mucha diferencia entre ambos y esto se debió a que al momento de hacerles esta pregunta a algunas mujeres nos comentaron

Que antes se les morían sus hijos porque no había tanta tecnología que hay ahora en los hospitales, que las mujeres se embarazaban a lo bruto porque les hacía falta información de como poder controlarse y no tener tantos hijos, pero, aunque han pasado tantos años nuestros hijos se siguen muriendo, pero por falta de alimentación, por hemorragias, y por muchas cosas más⁷.

Segundo apartado (atención del embarazo)

En este segundo apartado las preguntas fueron realizadas en cuanto a la atención que recibieron durante el periodo que estuvieron embarazadas.

⁷ Comunicación personal de María. Habitante de San Luis Acatlán, Gro. Madre de dos hijos.

Las mujeres al momento de la encuesta no se encontraban embarazadas, sin embargo, con el 94.30% si tuvieron algún tipo de revisión y el 5.70% no tuvo revisión porque

No encontró algún problema, se esperó hasta ir con la partera, no lo consideraba necesario, no sabía; son algunas de las respuestas que nos comentaron las mujeres que fueron encuestadas⁸.

En cuanto desde que trimestre, los resultados fueron distintos porque algunas dijeron que fue desde el primer trimestre hasta el momento de parir, pero otras dijeron que nada más habían ido a partir del segundo trimestre porque les quedaba muy lejos el hospital y otras más mencionaron que solo asistieron el tercer trimestre porque el esposo no las dejaba ir al hospital y no quería que nadie más las revisara.

De las que sí tuvieron alguna revisión ya fuera en el primer, segundo y tercer trimestre, con el 58.55% lo tuvo con el médico, el 3.11% con la enfermera, el 17.10% con la partera, el 0.52% con otro y con el 20.73% con el médico y partera Es importante mencionar que las mujeres dijeron que el médico con la partera porque había veces que no podían asistir al hospital y entonces iban con la partera e incluso una de ellas dijo

A mí como mi esposo no me dejaba bajar al hospital vino la partera y me dijo tienes que ir al hospital porque algo no anda bien, pero, mi esposo dijo que no por lo que la partera tuvo que traer el médico hasta mi casa para que me revisara⁹.

Las revisiones fueron en el centro de salud porque las comunidades que viven lejos del municipio de San Luis Acatlán no podían asistir a sus consultas en el hospital, pero algunas fueron al hospital porque viven en el municipio, porque tenían algún tipo de transporte para llegar e incluso porque se quedaban en la CAMI (Casa de la Mujer Indígena).

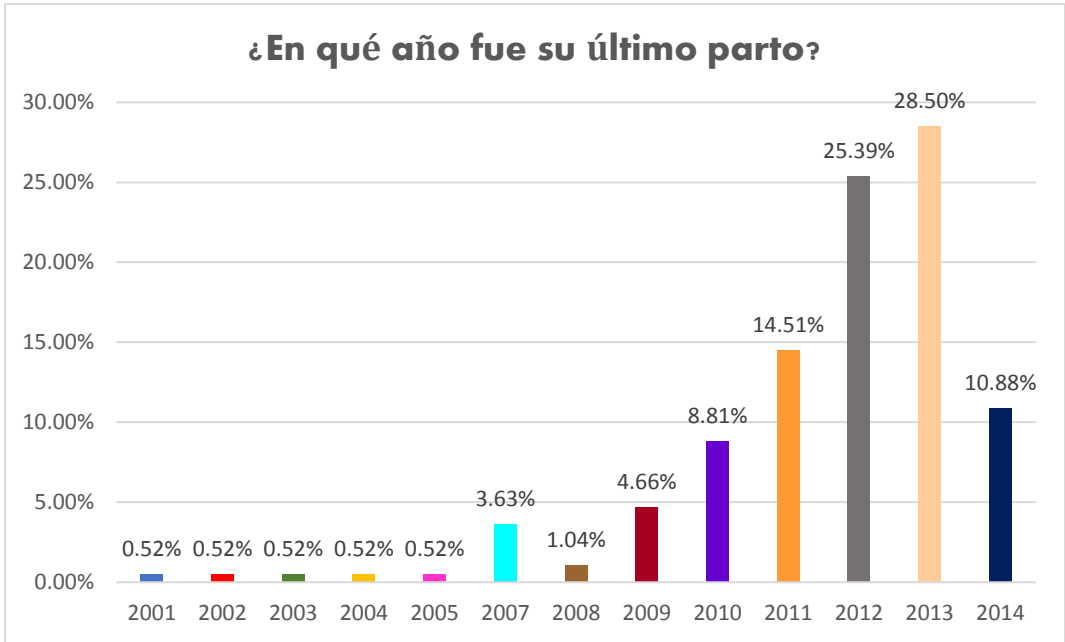
⁸ Comunicación grupal entre Isabel, Rosa y Juana. Habitantes de San Luis Acatlán Gro.

⁹ Comunicación personal de Josefina. Habitante de San Luis Acatlán Gro. Madre de 3 hijos.

Durante su último embarazo se les administro y realizó con el médico las siguientes acciones: ácido fólico/vitaminas, revisión de signos de alarma, prueba de orina, ultrasonido, medición del útero, prueba de sangre, vacunas. Con la partera fueron: acomodo del bebe, no cargar pesado, tés elaborados a base de hierbas, amarrar la cintura.

Tercer apartado (atención del parto)

En este apartado las preguntas fueron basadas en cómo fueron atendidas durante el parto.



Gráfica 2 Se muestra el porcentaje del año en que tuvieron su ultimo parto las mujeres encuestadas.

Los años en que tuvieron su último parto variaron por ejemplo con el 28.50% fue en el 2013, con el 25.39% en el 2012, con el 14.51% en el 2011, con el 10.88% en el 2014, con el 8.81% en el 2010, con el 4.66% en el 2009, con el 3.63% en el 2007, con el 1.04% en el 2008; pero comparado con el año 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005 con un 0.52%, comentando que su parto fue normal, atendido en el hospital de San Luis Acatlán o en el hospital de Ometepec atendido por el médico, sin embargo,

también lo tuvieron en su casa atendido en este caso por la partera. Cabe mencionar que nos comentaron que cuando sus hijos los trajeron al mundo por la partera, no hubo ningún tipo de complicación ya que les tienen mucha fe porque saben mucho y a muchas mujeres de mi familia las ha atendido la partera.

Al preguntarles ¿quién había decidido el lugar del parto? respondieron con el 34.20% que los dos juntos, con un mismo porcentaje de 20.73% dijeron que ella y su esposo solo que, por separado, con el 15.54% dijo que otro, con el 5.70% con la partera y con el 3.11% la suegra. Sin embargo, el ¿por qué escogieron ese lugar? las respuestas fueron distintas como era el único que estaba más cerca, el doctor la mandó porque era arriesgado, es el que estaba abierto en la noche, no hay transporte por las lluvias, ahí no cobran, ya no tenía líquido el bebé, siempre me he atendido en casa, porque la partera vive en la misma zona, el niño no venía bien acomodado, etc.

Las mujeres que contestaron que su parto fue en el hospital mencionaron que el trabajo de parto se realizó en la sala de parto, aunque no fueron tratadas con respeto, y algunas otras tuvieron que parir en la sala de urgencias porque ya no había lugar en la sala de parto e incluso porque no llegaron a tiempo al hospital y el bebé ya estaba por nacer.

Muchas de las mujeres tuvieron experiencias diferentes desde el comienzo de los dolores hasta el momento de parir por ejemplo el 46.11% mencionó que tardó de 1 a 6 horas, el 23.32% de 6 a 12 horas, el 9.33% de 12 a 24, el 8.81% más de 48 horas, el 7.25% de 24 a 48 y el 5.18% no contestaron. Esto se debe a que cada mujer es diferente en cuestiones biológicas por lo que viven el periodo del embarazo de diferente manera.

El trabajo de parto es un acontecimiento muy importante por lo que mencionaron que, si pudieron estar acompañadas en ese momento por el esposo, solo la madre, e incluso por la suegra y en muchos casos por la familia ya que el parto fue en su casa y atendido por la partera; estos casos se dieron por las costumbres y creencias de muchas comunidades que todavía son llevadas a cabo. Sin embargo, las que

contestaron que no las acompañó nadie se les preguntó del porqué, pero no quisieron contestar.

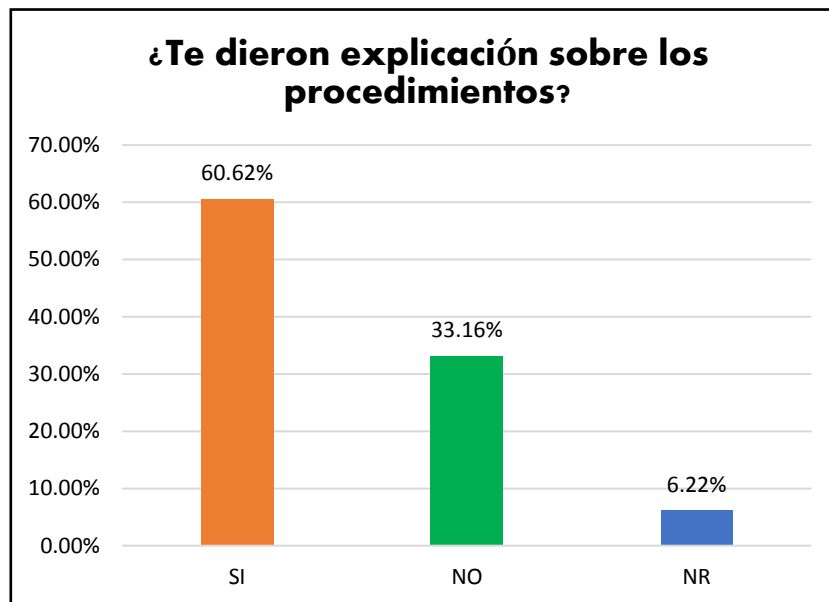
Durante el trabajo de parto y en el parto se les preguntó una serie de preguntas para saber cómo fueron tratadas. Comentaron que si hubo intimidad; es decir que pudieron estar solo con el personal de salud correspondiente, pero otras mujeres dijeron que no porque en el lugar que estaban había mucha gente e incluso que no se sentían cómodas porque les daba pena que las vieran sin ropa y con las piernas abiertas.

La siguiente pregunta arroja un dato curioso porque cuando realizábamos la pregunta ¿tuvo frío? no le encontrábamos sentido, pero una partera nos comentó

Que es porque como las que van a parir su cuerpo se encuentra caliente y al acostarlas en esa cama de metal les puede dar frío y después con el tiempo les dan dolores de cintura¹⁰.

Por lo que la mayoría respondió que no tuvieron frío.

¹⁰ Comunicación personal con Porfiria, habitante de San Luis Acatlán Gro. Partera.



Gráfica 3 Se muestra el porcentaje de mujeres que recibieron explicación de los procedimientos durante el trabajo de parto y el parto.

Podemos observar que en esta gráfica el 60.62% de las mujeres respondieron que si les explicaron el procedimiento que iban a seguir los médicos, esto quiere decir que a pesar de ver que son indígenas las toman en cuenta, con el 6.22% no respondieron y con el 33.16% no se les comentó nada, y aludieron que ellas le preguntaban a cualquier persona que veían vestidos de blanco que les iban a hacer y no les contestaban, o les decían

señora usted no pregunte y déjenos hacer nuestro trabajo¹¹.

Continuando con las preguntas, no se les permitía tomar alguna bebida ni comer algún alimento porque comentaron que en los hospitales es muy difícil que les permitan eso ya que son más estrictos, sin embargo, con la partera es diferente ya que incluso ella misma les da té para aliviar el dolor e incluso para ocasionar las contracciones. Otra pregunta fue, que si les permitieron caminar libremente porque las mujeres que se atendieron con las parteras les recomiendan caminar para así

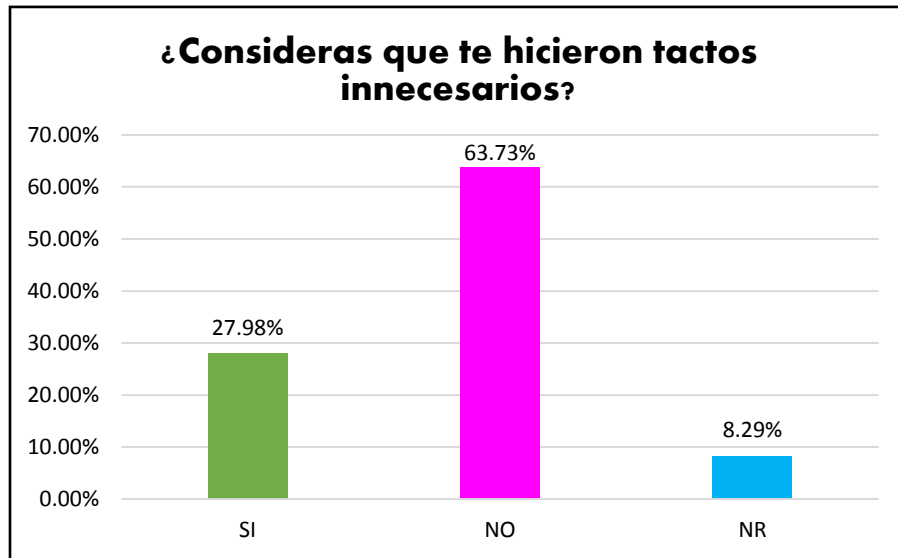
¹¹ Comunicación personal con Aurea de San Luis Acatlán Gro.

sentir menos dolor y que las contracciones sean menos fuertes; (una mujer comentó):

La partera nos da tés de hierbas que ella sabe para que nos tranquilicemos, nos trata bien como si fuéramos un familiar, nos deja tener a nuestro bebe en la posición que nosotras queramos por ejemplo a mi cuñada tuvo a su hijo en cuclillas y agarrada del cuello de su esposo para tener más fuerza para poder pujar y que él bebe salga más rápido¹².

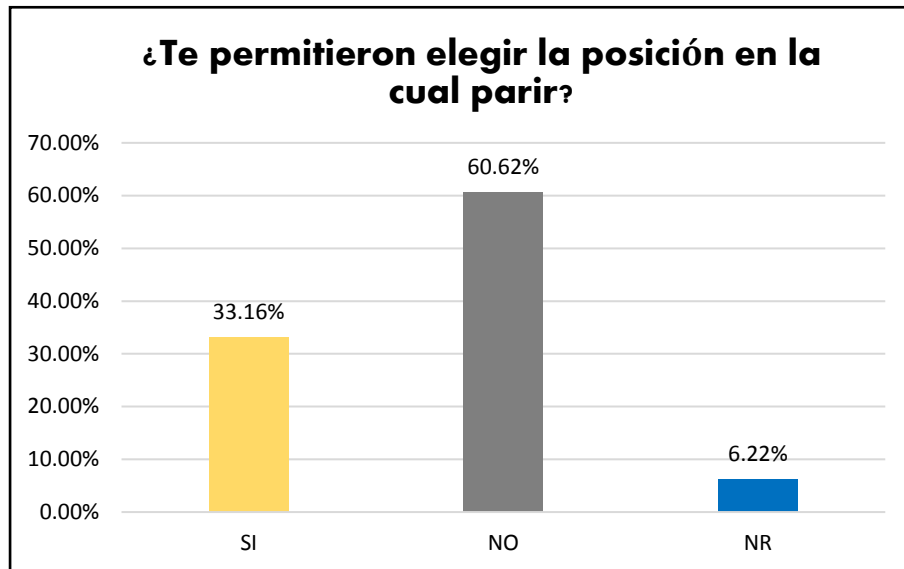
En las instituciones de salud antes del trabajo de parto es necesario colocarles suero ya que a través de ello les pueden administrar medicamentos que las mujeres necesitan; de esta manera la mayoría de ellas respondieron que si les aplicaron suero, pero las que respondieron que no fue porque su parto lo tuvieron con la partera y en esos casos ellas no administran ningún tipo de suero.

¹² Comunicación personal con Asunción habitante de San Luis Acatlán Gro, madre de 5 hijos.



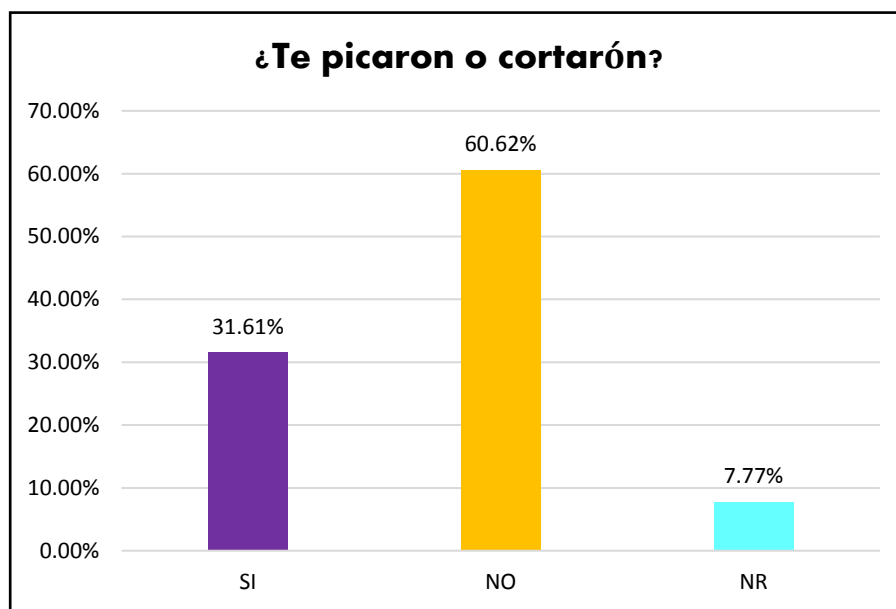
Gráfica 4 Se muestra el porcentaje de los tactos que consideran fueron innecesarios.

La exploración vaginal es parte del procedimiento que deben de realizar los médicos a las mujeres embarazadas con la finalidad de saber cuánto ha dilatado el cuello uterino para que pueda nacer él bebe. En esta gráfica se observa que el 63.73% respondieron que no sintieron que les hayan hechos tactos innecesarios porque ellas piensan que los que les hicieron eran los indispensables para saber cómo estaba él bebe, pero con el 27.98% que respondieron que si fue porque comentan que hubo veces en que entraban muy seguido y las tocaban mucho e incluso que las lastimaban y solo el 8.29% no respondieron la pregunta.



Gráfica 5 Se muestra el porcentaje de mujeres que eligieron la posición en la cual parir.

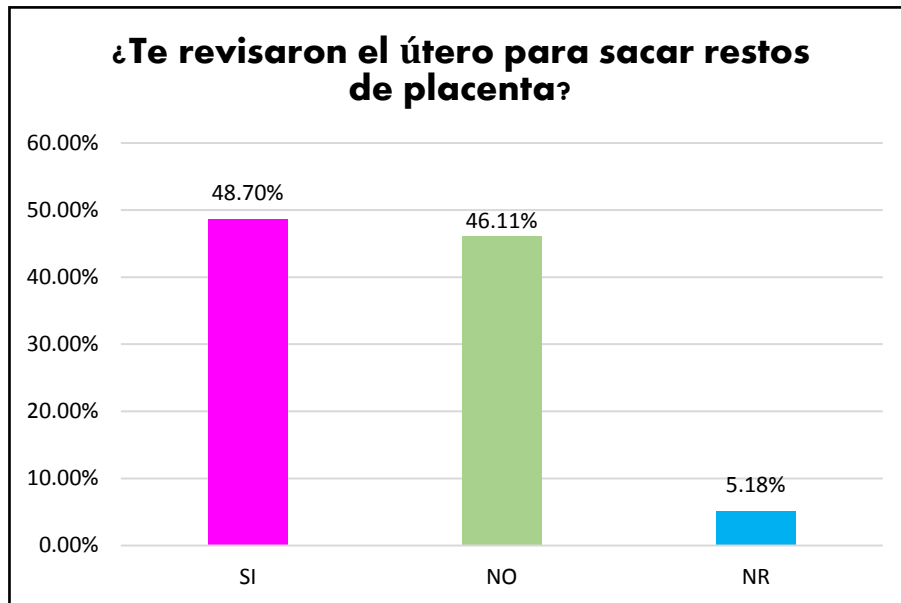
Se puede observar que el 60.62% contestó que no pudieron elegir como parir, esto se debe a que esas mujeres fueron atendidas en una institución de salud en este caso en el hospital del municipio de San Luis Acatlán, ya que en las instituciones de salud las obligan a permanecer acostadas, boca arriba y con las piernas abiertas en pocas palabras una posición muy incómoda. El otro 33.16% respondieron que sí, pero porque su parto lo tuvieron con una partera y ellas siempre tratan de brindarle comodidad a las mujeres que están pariendo; ya que tienen una manera diferente de traer al mundo a los bebés y el 6.22% no respondieron a la pregunta.



Gráfica 6 Se muestra el porcentaje de las mujeres que les hicieron la episiotomía.

La episiotomía es una incisión que se le realiza a las mujeres que están pariendo por parto natural con la finalidad de agrandar el canal de parto para que él bebe pueda nacer más rápido y no le cause tanto dolor a la madre. Cuando realizamos esta pregunta cómo no estaba muy clara entonces les tuvimos que explicar a qué se refería.

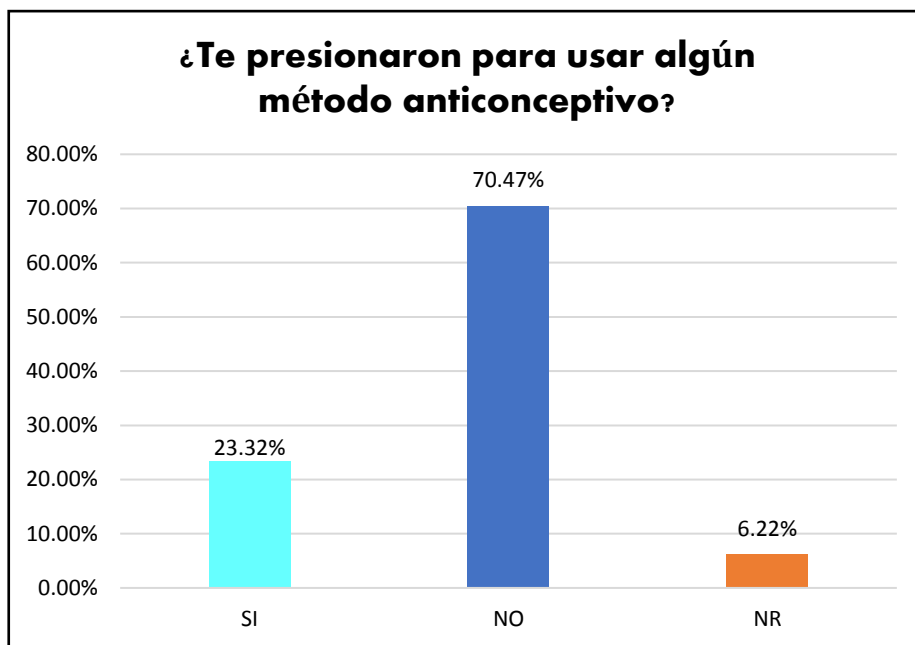
Con los datos que se obtuvieron nos dimos cuenta que el 60.62% dijeron que no le hicieron nada de eso porque su parto lo atendió la partera y como tienen más libertad no hubo necesidad de eso, el 31.61% respondió que si porque su parto fue en el hospital con el médico y el 7.77% no respondieron a la pregunta.



Gráfica 7 Se muestra el porcentaje de las mujeres que se les revisó el útero para sacar restos de la placenta.

En esta pregunta se observa que el 48.70% respondieron que si les revisaron el útero mientras que el 46.11% dijeron que no y el 5.18% no respondieron la pregunta. Son porcentajes muy parecidos, lo que significa que ambas mujeres tanto asistieron a un hospital como con la partera porque en ambos casos realizaron el mismo procedimiento; solo que con la partera es diferente porque muchas de ellas realizan un ritual para poder sacar la placenta; para ellas es algo sagrado que se le debe de dar su tiempo.

La expulsión de la placenta es un proceso de las fases del parto que con ello finaliza el trabajo de parto. Es importante mencionar que cuando la placenta se queda dentro como consecuencia puede haber hemorragias y eso ocasionar la muerte de la madre.



Gráfica 8 Se muestra el porcentaje de las mujeres que tuvieron alguna presión en el hospital para usar un método anticonceptivo.

De las 193 encuestas realizadas el 70.47% contestaron que no las presionaron para usar algún tipo de método anticonceptivo, el 23.32% dijeron que sí y el 6.22% no respondieron la pregunta.

Esto quiere decir que de ese 70.47% su parto lo tuvieron en el hospital y efectivamente no las presionaron, así como también parieron con la partera y ellas no pueden poner algún método anticonceptivo como es el DIU, pero lo que si hacen es proporcionarles información de cómo deben cuidarse y que tipo de métodos existen. Aunque a veces esa información no es de mucha ayuda para ellas porque en algunos casos sus esposos no las dejan que se pongan nada.

De las mujeres que mencionaron que si tuvieron presión fue porque estuvieron en un hospital e incluso una dijo:

Que después de haber nacido su hija la doctora le dijo -que le pondría un DIU a lo que ella contesto- ¿Qué es eso? Y la doctora contesto: - ¡que no sabe! es un aparato que se le pone para que por un tiempo ya no tenga más hijos, y ella contesto- ¿es necesario? es que no se si mi esposo este

de acuerdo, entonces la doctora ya no me puso nada y solo me dijo - entonces después no se esté quejando que le duele¹³.



Gráfica 9 Se muestra el porcentaje de las mujeres que se les respetaron sus costumbres.

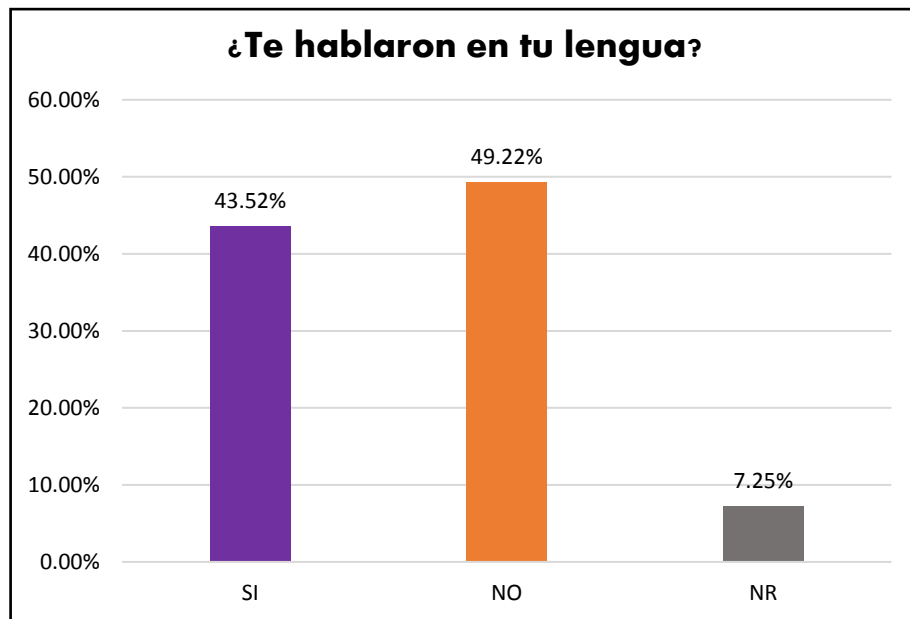
En esta gráfica el 58.55% dijeron que sus costumbres fueron respetadas, a pesar de haber parido en un hospital, y es un dato curioso porque de todas, una dijo:

Que ella no hablaba español solo lo entendía entonces en el hospital le proporcionaron un traductor para que ella pudiera expresarle al doctor lo que sentía¹⁴.

Cabe mencionar que de esas mujeres también respetaron sus costumbres porque estuvieron con la partera. Sin embargo, no todas corrieron con suerte ya que con el 33.68% dijeron que no, y mencionaron que las maltrataron y con el 7.77% no respondieron la pregunta.

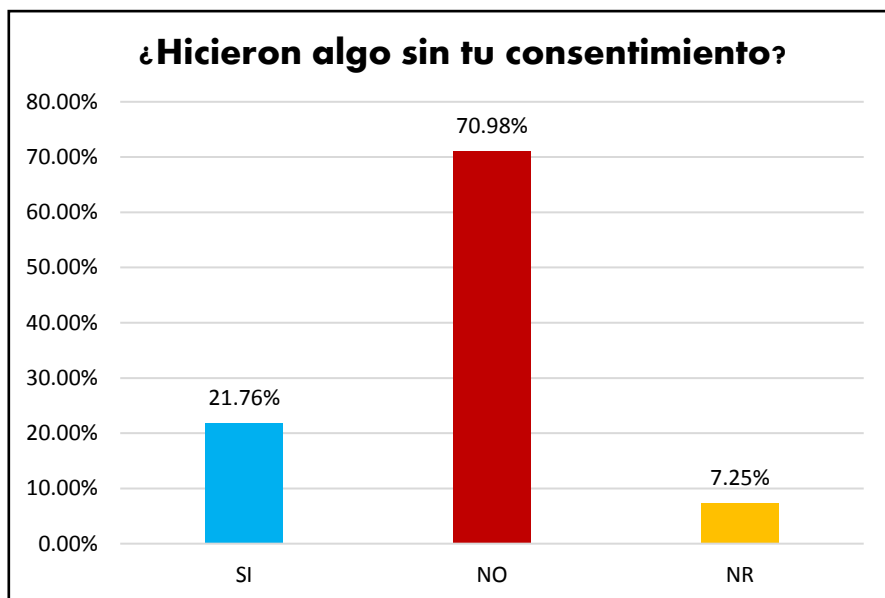
¹³ Comunicación personal con Juventina, habitante de San Luis Acatlán Gro. Madre de 6 hijos.

¹⁴ Comunicación personal con Aurora, habitante de San Luis Acatlán Gro. Madre de 4 hijos.



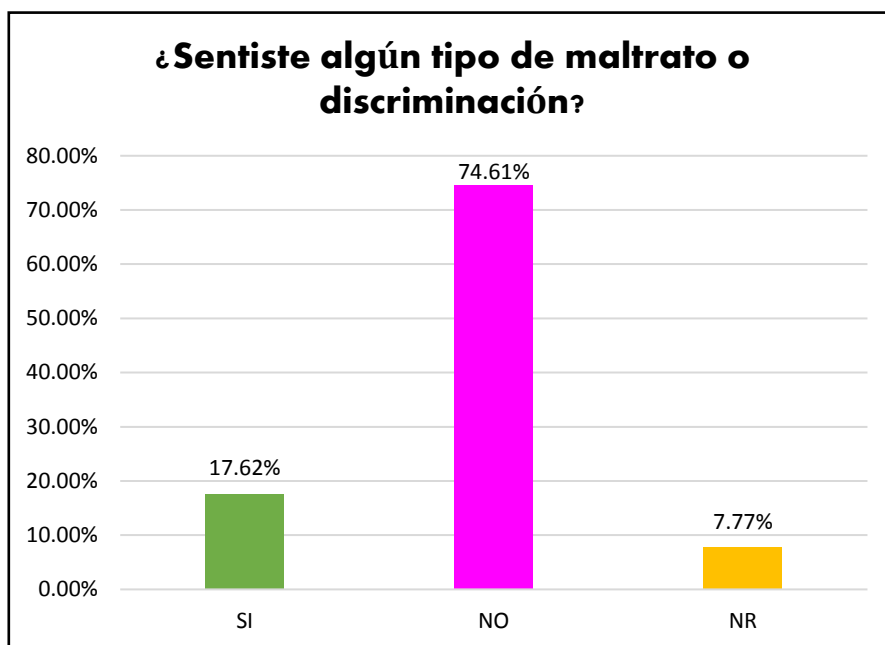
Gráfica 10 Se muestra el porcentaje de las mujeres que les hablaron en su lengua al momento del parto.

Esta gráfica tiene dos maneras de interpretarse. La primera es que del 43.52% que dijeron que si, fue porque tuvieron el parto con la partera y hablan la misma lengua o también porque el parto lo tuvieron en el hospital y les proporcionaron un traductor para que ellas pudieran entender. El 49.22% que fue el porcentaje mayor; respondieron que no, porque en el hospital que estuvieron no hubo traductor y con el 7.25% no respondieron a la pregunta.



Gráfica 11 Se muestra el porcentaje de las mujeres que les hicieron algo sin su consentimiento.

Con el 70.98% las mujeres respondieron que no, porque parieron con la partera, pero también algunas parieron en el hospital y comentan que algunos doctores son buena gente, las tratan bien y con amabilidad; sin embargo, el 21.76% que dijeron que si, fue porque en el hospital que estuvieron no tuvieron buen trato, mencionaron que el personal que trabaja ahí “son groseros, nos humillan porque nos ven humildes y pobres”; y el 7.25% no respondieron a la pregunta.



Gráfica 12 Se muestra porcentaje de mujeres que sufrió discriminación durante el parto.

En la gráfica se puede ver que el 74.61% mencionó que no sintieron maltrato o discriminación, porque parieron con la partera y les fue bien, pero del 17.62% dijeron que sí, y una mujer comentó:

A mi sobrina la trataron muy mal porque tenía muchos dolores y la pobrecita no aguantaba, entonces cuando llegó al hospital no la querían atender que porque ya no había lugar en ese hospital que nos fuéramos a otro, pero, los demás nos quedaban muy muy lejos y la verdad no íbamos a llegar; entonces le dijimos a las enfermeras que por favor la atendieran que porque si no él bebe se le iba a morir solo nos decían que no había camas. No nos quedó otra y nos esperamos, mi sobrina gritaba mucho y decía que le dolía entonces yo creo que porque gritaba mucho decidieron atenderla. Cuando estaba adentro nos platicó que los doctores la veían muy feo y que entre ellos decían que era una indígena pobre y sucia y que la atenderían hasta que ya no aguantara más para no tenerla tanto tiempo ahí. Gracias a dios todo salió bien y mi sobrina y su hijo están sanos¹⁵.

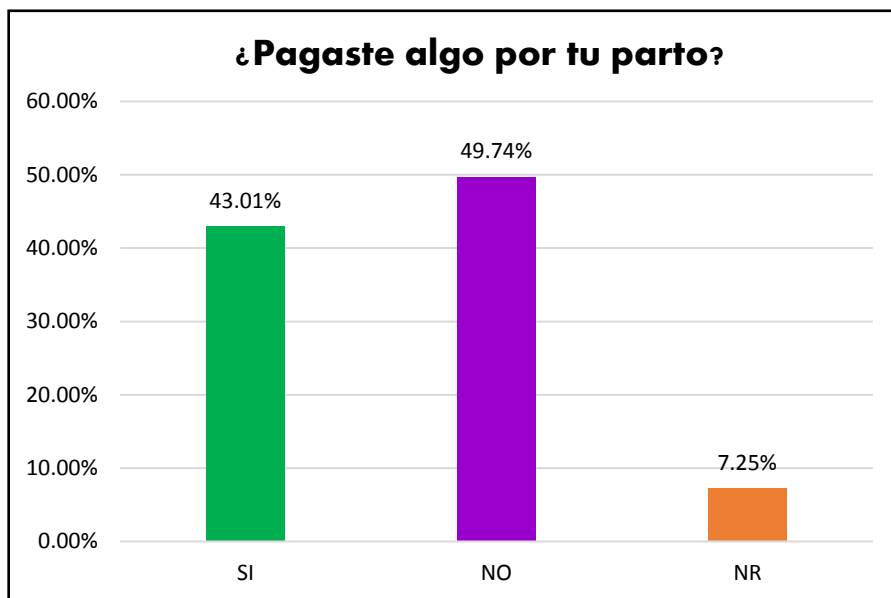
¹⁵ Comunicación personal con Furgencia, habitante de San Luis Acatlán Gro.

Después de esta pequeña anécdota, las mujeres decían que cuando se aliviaban en el hospital el tiempo que tenían después de parir no era el suficiente porque si tenían un parto natural al otro día salían para irse a su casa, pero si era cesárea solo les daban 2 días y las sacaban. Por lo contrario, con la partera tenían el descanso que querían porque estábamos en nuestra casa y con la familia.

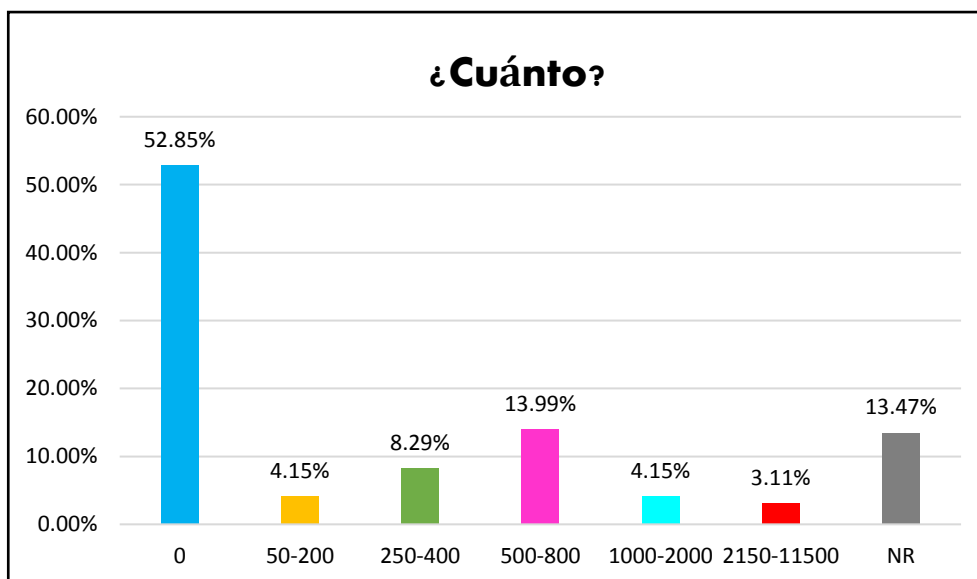
Pero, también había mujeres que no contaban con su familia es decir con sus madres ya que ellas son las que más les ayudan en esos casos proporcionándoles té, baños especiales, cuidaban de los demás hijos, atendían al esposo de la hija.

Para los cuidados que debe de tener una mujer después de parir son especiales como por ejemplo bañarte a una temperatura agradable para que no se les fuera la leche, les decía la partera. La mayoría tuvo esos cuidados, pero otras no porque en el hospital es muy diferente ya que ahí no les calientan el agua y había veces que se bañaban con agua fría y si no se querían bañar las enfermeras les decían que se tenían que bañar para que pudieran estar limpias. Las que parieron con la partera les iba mejor, porque como estaban adoloridas; sus familiares las ayudaban a bañarse para que no hicieran mucho esfuerzo; todo lo contrario, en los hospitales, si tiene dolor te tienes que aguantar y bañarte como puedas.

El puerperio para algunas mujeres de las comunidades era de mucho cuidado, porque por sus costumbres y creencias estaban acostumbradas a tener ciertos cuidados como por ejemplo; comer ciertos alimentos para que la leche les bajara más rápido, para que la herida que tenían por dentro cicatrizará más rápido, para que tuviera más fuerzas y se repusiera fácil, por lo regular todos los alimentos que se consumen después del parto deben de ser calientes ya que su cuerpo está todavía caliente y no debe de enfriarse porque eso perjudica la salud de las mujeres que acaban de parir.



Gráfica 13 Se muestra el porcentaje de las mujeres que pagaron por su parto.



Gráfica 14 Se muestra el porcentaje del precio que pagaron las mujeres por su parto.

En las gráficas se observa que el 49.74% no pago nada por su parto porque se atendió en alguna institución de salud pública o porque también pudo haber asistido

con la partera; sin embargo, el 43.01% contestó que, si tuvo que pagar por ese servicio, y el 7.25% no respondieron a la pregunta.

En cuanto al costo, el 52.85% no pagaron absolutamente nada, el 13.99% pagó de \$ 500 a 800, el 13.47% no respondieron la pregunta, el 8.29% de \$ 250 a 400, con el 4.15% entre \$50, 200, 1,000 y 2,000 y solo el 3.11% pagó de \$ 2,150 a 11,500.

Los que pagaron, fue en medicinas, transporte, algún tipo de examen, alimentos, etc. en el caso del porcentaje más bajo cabe destacar que, es muy significativo porque quiere decir que a pesar de que viven en comunidades muy alejadas y pobres tienen que pagar a cambio de obtener una buena salud y salvar la vida de los suyos.

El personal de salud brindó buena atención en términos generales, pero algunas mujeres comentaron que su experiencia fue mala y tuvieron una pésima atención.

Que a una de ellas le dejaron restos de placenta y eso le provocaba que se desmayara con frecuencia, el domingo me alivie y el doctor me fue a ver hasta el lunes me reviso y se dio cuenta que había restos de placenta y al final me hicieron un legrado.

Otra dijo:

Los médicos no me querían hacer cesárea exigiéndome que lo tuviera normal y me dieron a tomar una pastilla para provocar el trabajo de parto y solo me lastimaban.

Otra mencionó:

Me estaban cobrando y cuando termine de aliviarme me bañaron con agua fría y mi estomago me empezó a crecer y la doctora me dijo que era normal.

Otra comentó:

No tuve privacidad me obligaron a bañarme con agua fría, sentí frío y escalofrió.

Otra dijo:

Maltrato psicológico, hicieron procedimientos innecesarios, las enfermeras siempre están enojadas, violencia verbal, falta de humanidad y sensibilidad¹⁶.

¹⁶ Comunicación grupal con Martha, Rosario, Francisca, Susana y Eustaquia, habitantes de San Luis Acatlán Gro.

De las mujeres que fueron encuestadas dijeron que sus partos anteriores habían sido en los hospitales, en su casa y con la partera. Y un dato curioso que arrojó la encuesta fue al preguntarles, si había sido distinto, a un hospital, centro de salud, sola en su casa o con una partera; ¿en cuál sintieron la mejor atención? la mayoría no respondieron, sin embargo, algunas mencionaron otra vez la partera, porque me explico cómo tener a mi bebe, me ayuda a cómo cuidarme, le tengo más confianza por sus cuidados, sentí mejor atención, estuve acompañada de un familiar.

En su casa, porque su suegra la estuvo cuidando, estaba más a gusto, le daba pena y por eso no va al centro de salud.

En el hospital, porque llevan el control, el médico no se portó grosero, le ponían medicamentos, los médicos saben más y son especialistas, etc.

Las mujeres que estuvieron en un hospital comentaron que les gustaría que hubiera cambios como

Que den buena atención, que den información de lo que van a realizar, atención rápida y de calidad, que no decida por mi cuerpo, que haya suficiente medicamento, mejores ginecólogos, que los doctores cambien su manera de ser pues yo soy libre de tener los hijos que quiera, preguntar lo que una quiere, ellas tienen derecho a decidir cuantos hijos quieren tener, cuando estás sola hay maltrato, mejor atención hacia la mujer indígena sin discriminación, que me hablen y expliquen bien, los gritos que hacen los doctores ¡que no hagan ruido! Y si uno habla ellos dicen ¡ya no nos molesten!, que haya más camas para las embarazadas, que haya más doctores, que el doctor cambie su forma de tratar, que hubiera ambulancias, respetar su cultura, que no hagan tantos tactos porque nos lastiman, que los doctores y enfermeras no hagan comentarios sobre nuestra sexualidad, que los doctores pongan atención para que no haya más muertes y no tengan a los bebes en la sala de espera, que no cobren, que hablaran en nuestra lengua¹⁷.

¹⁷ Comunicación grupal con Felipa, Regina, Antonia, Rubí y Edith, habitantes de San Luis Acatlán Gro.

Las mujeres que tuvieron su parto con la partera lo que más les gusto fue: primero que les prestó la atención que ellas necesitaban, en segundo lugar, que estuvieron acompañadas por algún familiar como esposo, madre y la misma partera, y por último que hablo su lengua y se pudieron entender a la perfección.

También comentaron que la mayoría han escuchado hablar de la CAMI (Casa de la Mujer Indígena) y que si, están dispuestas a atenderse ahí porque brindan una buena atención, nos dan consejos por si somos maltratadas, dan confianza, hay parteras, dan comida y medicinas, están vinculadas con instituciones de gobierno, etc. sin embargo las que no la conocen, les gustaría ir para conocer lo que hacen y como trabajan.

Para finalizar nos dijeron algunas sugerencias que harían para que la atención fuera la adecuada como:

Que tengamos mejor atención y rápida, que tomen curso de sensibilización y que sean amables, que no discriminen porque hablen en dialecto, que pongan traductores en los hospitales, que el personal no regañe a los pacientes, que no haya maltrato verbal, que no haya impedimentos para acceder al servicio de salud, que haya parteras en el hospital, que hubiera una Casa de la Mujer Indígena en mi comunidad, que nos regresen la placenta porque para nosotras es parte de nuestra cultura y la queremos enterrar, que extiendan los horarios de atención, que den más información, que respeten la decisión que tomamos, que haya más doctores, y enfermeras, que pusieran agua caliente en los baños del hospital par abañarnos, que haya más medicamentos¹⁸.

¹⁸ Comunicación Grupal con Adolfina, Arcadia, Bonifacia, Celina, Hermilia y Lucrecia, habitantes de San Luis Acatlán Gro.

Capítulo 8 Investigación Social Cualitativa de las Entrevistas

Se realizaron algunas entrevistas tanto a personal de salud, ex promotores de salud, parteras, comisario auxiliar, jurisdicción sanitaria 06, y usuaria que sufrió de negligencia médica.

Las entrevistas realizadas, se describirán y resumirán las más importantes a través de la observación, la vivencia y la audición. Se dividirán en problemas de salud, partería, negligencia médica, violencia médica y el uso de métodos anticonceptivos.

Los resultados fueron los siguientes:

Problemas de salud

Entrevista: Comisario Auxiliar suplente de Tuxtepec.

Esta entrevista más que una entrevista fue una plática y nos contó que tuvo que llevar a su nieto de escasos 10 días de nacido al hospital de San Luis Acatlán para que lo atendieran, pero los doctores le preguntaban a él que era lo que tenía él bebe y pues él no sabía porque él no es el doctor.

Lo más relevante de la entrevista fue cuando comentó

Entonces es lo que a mí me da más coraje de que la verdad aquí los doctores dan servicio a lo que se les antoja, la jurisdicción de Ometepec dice no tenemos recursos para pagarle a la enfermera, no tenemos enfermeras ni doctor y yo digo todos los días hay la necesidad de atender una familia que tiene problemas de salud, pero desgraciadamente no se da eso, vamos a San Luis y lo mismo¹⁹.

Podemos observar que las principales necesidades que tienen es que no cuentan con un presupuesto para poder contratar y pagarle al personal de salud como médicos, enfermeras, especialistas y para colmo los pocos que hay no cumplen con un horario establecido; esto trae como consecuencia que siga subiendo el índice de

¹⁹ Comunicación personal con José, habitante de la comunidad de Tuxtepec perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

mortalidad; además que ellos tienen que buscar alternativas para poder darle solución a sus problemas.

Entrevista: Ex promotor de salud (Comunidad Llano Silleta)

Trabajó muchos años en la CAMI ayudando a disminuir la muerte materna a través de talleres de salud que él daba a las comunidades; trabajó en especial con mujeres embarazadas, además le gusta mucho ayudar a toda la gente en especial a los de su comunidad.

Él menciona que

Pues el problema es con las embarazadas, porque cuando apenas entramos tuve una embarazada que ya llevaba más de cuatro días con dolor no se podía aliviar y no me avisaron. Luego me avisaron a los tres días y como es tiempo de lluvias me levanté y cuando ya llegué con la embarazada estaba bien complicado. Y en ese momento tengo que subir a Buenavista a hablar con una doctora, para que checara a la embarazada, llegamos, así con el agua y no pudimos regresar la misma noche y ahí estuvimos hasta las 7 de la mañana, conseguimos un carro porque tampoco tienen carro en Buenavista, entonces los del carro ya querían dinero para traernos, pero les dije ahorita no traigo, aunque yo se ser responsable. De ahí sacamos a la embarazada a un lugar hasta donde llega un carro y la llevamos en sillones ahí pusimos a la embarazada, la traemos hasta donde está el carro y tiene que bajar ella hasta aquí (hospital de San Luis Acatlán Guerrero) y llego aquí al hospital y la mandaron hasta Ometepec.

Pues, yo tuve un problema con el doctor de las brigadas que van a las comunidades, porque ellos querían que trabajara como ellos querían; pero como yo conocía al jefe de la jurisdicción Gustavo y después Carlos, dije - a mí no me conviene trabajar con ellos, porque ellos traen su idea- y yo no estoy de acuerdo en eso, porque yo siempre quería apoyar a mi gente y ellos querían cobrarle a la gente sus servicios. Porque yo los vi, el doctor puso un suero a una señora y le cobro 100 pesos y en eso no estoy de acuerdo, porque antes yo estaba trabajando con una doctora y había

coordinación. Cualquier problema que había con las embarazadas yo se lo decía a la doctora y ella bajaba a revisar a la mujer.

Cuando de momento la camioneta te cobra caro, dice págame 600 págame 700, y como estoy trabajando aquí, en San Luis yo busco una más barato, me cobraron 400, porque allá, cobran caro.

Si la dejan, así como dijeron vamos a llevar a las mujeres a las pláticas de planificación familiar. Yo llevaba más de veinte señoras para que no tengan ya hijos, se hicieron las cesáreas y tengo como 15 que utilizan diferentes métodos²⁰.

En esta entrevista se observa que sus principales problemas, son que las comunidades muy alejadas no cuentan con ningún tipo de transporte para que las mujeres embarazadas puedan llegar a buena hora al hospital, así como también tienen que ir a buscar al doctor hasta donde se encuentre para que pueda asistir a la casa de la mujer que está a punto de parir y checar que no haya ningún tipo de complicación.

Pero no nada más es ese problema ya que los doctores tienen otra manera de poner en práctica sus conocimientos y no quieren que la misma población pueda ayudarles. Además, que cobran por sus servicios, y eso está mal porque cualquier servicio de salud debe de ser gratuito y estar al alcance de todos.

Entrevista: Ex promotor de salud (Coyul Chiquito)

El señor trabajó en Kinal Antzetik porque la organización hablaba sobre los derechos de las mujeres, organizaba talleres con los jóvenes de las secundarias y primarias.

En esta entrevista el señor comenta:

La violencia familiar y aparte que se nos ponía difícil el transporte y había mucha mortalidad materna por eso nos pegamos a la organización; para estar apoyando a nuestra gente a los pueblos de la comunidad, un ejemplo,

²⁰ Comunicación personal con Agustín, habitante de la comunidad Llano Silleta perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

de la violencia es cuando se pelean los hombres con las mujeres, las golpean con pala con machete²¹.

Al terminó de la entrevista el señor decía que los casos de violencia son cada vez más comunes.

Entrevista: Jurisdicción Sanitaria 06

Esta entrevista fue hecha al director de la Jurisdicción. Es una entrevista que abarca varios puntos relacionados con la salud de las mujeres.

Como es muy extensa, solo se tomarán en cuenta los párrafos más importantes. Se dividirá en los casos en que las mujeres no quieren asistir al doctor, usos y costumbres, muerte materna, y métodos de planificación familiar. Al terminó se analizará la entrevista comparándola con las entrevistas realizadas a las mujeres, personal de salud, trabajadores de la CAMI, etc.

Mujeres que no quieren ir al doctor

El encargado de la Jurisdicción comentaba que el principal problema de salud, en San Luis Acatlán era que muchas mujeres no quieren bajar de sus comunidades para recibir atención médica en el hospital básico de San Luis. También relataba varias experiencias que él vivió, en donde las mujeres no asistían al hospital dentro de las cuales recuerdo esta que platicó

Hemos tenido problemas graves ya llevamos una muerte materna en Arroyo Cuniapa, estuvo apuntó de morir una señora que es nuera de la mamá de la que se murió y donde la señora decía - ¡no va, y no va y no va!

A pesar de las renuentes de las mujeres, la Jurisdicción junto con un equipo que consta de psicólogo, enfermeras, médico de las caravanas de salud, etc. buscan alternativas, como conseguir alguna persona que pueda prestar su camioneta para

²¹ Comunicación personal con Genaro, habitante de la comunidad Coyul Chiquito perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

poder trasladar a las embarazadas, solvencia económica para que las mujeres y su familia pueda asistir con ella al hospital y con eso pagar el hospedaje y las comidas, etc. todo esto con la finalidad de poder solucionar los problemas de salud que existen y evitar que haya más muertes maternas.

Usos y costumbres

La interculturalidad en salud es la manera de brindar atención médica en este caso a la población indígena, respetando sus usos y costumbres.

La mayoría de la población en San Luis es indígena, por lo que es más difícil aún, porque su cosmovisión es diferente y el personal de salud no puede llegar a imponerles alguna práctica médica sin tomarlos en cuenta, tiene que haber un acercamiento rompiendo las barreras que hay entre los médicos y los pacientes.

En el caso de Ayutla por ejemplo los tlapanecos quien atiende el parto es el esposo y no permite que nadie vea a su esposa, hasta ya después de ciertos días, a mí me ha pasado. Yo subí caminando, se me puso el señor en la puerta ¡no, no puedes entrar! ¿Oye tiene fiebre, está sangrando? -no doctor mi mujer está bien, se pone mal yo la llevo al centro de salud. Y la llevo a los 7 días respetando eso.

Yo le decía a un compañero mira imagínate una mujer indígena que está acostumbrada a tener su parto hincada, sentada, con un vestido, con su falda, y que el esposo está con ella acompañándola, entonces no podemos romper, que la llevemos a que se acueste en una mesa de exploración sin ropa, el pudor de la indígena se rompe, que abra sus piernas y que estén frente a ella y que la hagas pujar.

La falta de sensibilización por parte del personal de salud es otro problema porque los hace ser más inhumanos y cometer humillaciones, faltas de respeto. En ese municipio estaba tratando de implementar el programa de parto humanizado el cual les brindaría mejor atención médica y respetar sus derechos humanos.

Muerte materna

En cuanto a muerte materna se refiere, sigue siendo un índice muy alto. Son muchos los factores que afectan por ejemplo la falta de personal médico, falta de infraestructura, falta de insumos, falta de solvencia económica como es el caso que la jurisdicción nos contó.

La señora estuvo 3 días en su localidad, la veía la caravana de salud, en este caso la señora no bajaba al hospital porque tenía que cobrar oportunidades y no bajo por eso. Cuando va la caravana de salud, les avisan que tenía 3 días la señora complicada, se bajó, pero ya venía en malas condiciones era poco lo que podíamos hacer.

El caso más impactante que tuvimos fue:

El 1° de mayo hay un ultrasonido de un médico particular de Tlapa donde le hace el diagnóstico de que él bebe ya se la había muerto. La refiere al hospital de Tlapa, no acude la señora se viene a Páscala no solicita los servicios ya con trabajo de parto piden apoyo a la partera capacitada donde nos dice doctor -yo no sabía que había una mujer embarazada porque la señora no vive aquí nunca acudió con nosotros a solicitar los servicios, la atendí cuando la vi ¡imagínate un mes él bebe muerto dentro de su panza! Paso de una hemorragia secundaria a choque séptico. Inmediatamente cuando la señora la vio, un viernes cuando a las 4 o 5 de la tarde el médico ya se había bajado, porque trabaja a las 3:30 de la tarde le habló a su médico. Inmediatamente el médico habló con el comisario, el comité de salud, bajaron a la paciente ya había muerto en el traslado.

Métodos de planificación familiar

Con forme a métodos anticonceptivos el problema que tienen es que a pesar de tener buena cobertura de métodos anticonceptivos las mujeres se siguen embarazando por lo que nuestra finalidad es llevarle esa información a la población y ofertarle de acuerdo a su edad que método le conviene.

Cuentan con suficientes métodos como inyecciones, pastillas, dispositivo, implantes, orales, así como también un presupuesto exclusivo para lo que es las vasectomías y lo que es la salpingoclasia.

Cuentan con un protocolo de salud que deben de seguir, el cual es otorgarle a cualquier mujer que llegue a un control prenatal, a las mujeres que están embarazadas y tienen alguna enfermedad crónica, así como también a los adolescentes.

Aquí nosotros de manera oportuna tenemos varias fuentes para que nos den medicamentos. Hablemos de planificación familiar, una es Seguro Popular otra es Oportunidades y otra es directamente salud materna, tenemos 3 fuentes de ingreso que nos llegan medicamentos.

Aquí nosotros la atención es universal, aquí no hay barrera de municipios, jurisdicciones, ni de regiones, aquí en la Costa Chica a toda paciente que llega independientemente donde venga se le atiende. Por ejemplo, me llegó la semana pasada en Tilapa a San Luis una señora multigesta con una anemia severa que llegó casi a morir aquí a Ometepepec, la paciente se salvó, la paciente no acepto ningún método de planificación familiar. Lo que nosotros hicimos a través de la red de servicio es enviarle al jefe jurisdiccional de la Montaña el nombre de la paciente para que le den seguimiento y la convenzan de que use un método de planificación familiar²².

²² Comunicación personal con Pedro, director de la Jurisdicción Sanitaria 06 del municipio de San Luis Acatlán Gro.

Partería

Entrevista: Partera (Pueblo Hidalgo)

Es una mujer de 56 años, habla el Tlapaneco, y lleva siendo partera 40 años. Aprendió porque vio a otra mujer que la ayudo cuando tuvo a su primer hijo y de ahí ella se animó a ser partera, además porque también ayudaba a las mujeres de su comunidad.

Ella usa hojas medicinales del monte, como por ejemplo la cascara del palo que le llaman María para bañar a las mujeres después de parir.

Lo que a continuación se relatará es como ellas conciben el parto y el puerperio. La señora comentó:

Quando ella ya no puede caminar y ella lo manteaba con el baño y cuando ya no se puede, ya no puede caminar, ya no puede hacer nada, quiere decir que él bebe ya viene, las mujeres paren hincadas; además cuando se cae la placenta la revisa, la lava, si no tiene basura no tiene nada y luego lo envuelve con un trapo limpio y la entierra; esto lo utilizan como remedio para cuando los bebes“ le lloran los ojos, el mismo ombligo ya se cae ese lo remojan con esas gotas, le echan al ojo del bebe para limpiarlos.

Prácticas culturales que se realizan después de parir

Dice:

Que durante el puerperio la mujer no puede caminar rápido, que no puedes hacer nada todavía para que no se caiga la matriz, hasta que cumpla el mes entonces ella puede hacer su quéhacer²³.

²³ Comunicación personal con Joaquina, habitante de la comunidad Pueblo Hidalgo perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

Entrevista: Partera (Tlaxca)

Tiene 79 años, empezó siendo partera a los 23 años y lleva 69 partos atendidos y sin ninguna muerte por parte de la madre y el hijo. Ella aprendió solita porque no había quien atendiera a las mujeres.

Algo curioso que comento fue:

Que las mujeres me van a preguntar quieren que les vea la barriga y yo les digo a ellas mira, yo en esto las voy a atender, pero si en caso de que no la esté atendiendo ninguna porque luego hay problemas. No, dice yo quiero que me vea con la confianza de usted, a bueno, pero antes de todo te voy hacer una pregunta ¿Ya fuiste a tu cita médica? Porque ahorita todo ya cambio, si ya fuiste te voy a poner mano y si no, te voy a poner mano hasta que vayas a tu cita médica.

Ella como partera no puede hacer hoja de alumbramiento; lo que si comenta es:

Que tiene una buena relación con el centro de salud porque cuando tienen un parto complicado las levanta y las lleva a San Luis, al doctor de emergencia.

Prácticas culturales que se realizan después de parir

Utiliza hierbas medicinales como:

La hoja de toronjil y la de albahaca; la de toronjil es para que cese el dolor, la de albahaca para el aire. Las mujeres tienen a sus hijos paradas, acostadas, hincadas como ellas quieran; después del parto le voy a cortar el ombligo, le voy a lavar con alcohol el ombliguito del niño bien limpiecito, cuando no hay, aunque sea con una playerita que sea de hombre, la seco bien, el sudor del hombre es limpio, y la mujer como a veces lo ocupamos para que andemos enfermando (se refiere a la menstruación) ya está contaminado el trapo.

En el caso de la placenta ella dice:

La placenta cuando ya le corté el ombligo se lo voy a enredar, bien enredado lo voy a echar en una bolsita negra cuidado por la vista del bebe,

que este limpia la bolsita, nosotros tenemos la costumbre de que la enterramos.

La mujer se debe bañar con agua caliente para que los huesos se amacicen porque con tanta fuerza están calientes sus huesos y al bañarla con agua fría como que se resfría²⁴.

En estas dos entrevistas se observó que tienen muy en cuenta sus usos y costumbres porque ambas llevan a cabo los mismos rituales en cuanto a la placenta se refiere; además utilizan la medicina tradicional.

En la actualidad algunas organizaciones civiles están luchando para que las parteras sean parte del sector salud porque son de mucha ayuda; también ya se han implementado escuelas de partería en algunas comunidades como es el caso de la montaña de Guerrero para ser específicos en Tlapa de Comonfort.



Imagen 1 Plantas medicinales

Violencia médica

Entrevista: Mujeres de la comunidad (Del Carmen)

Esta entrevista no se pudo llevar a cabo de manera individual, ya que el grupo de 4 mujeres eran mayores de 35 años y las cuales ya tenían muchos años de que no

²⁴ Comunicación personal con Jesusa, habitante de la comunidad de Tlaxca perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

tenían hijos, pero estaban interesadas en platicar sus casos de violencia médica que viven con la doctora que atiende el centro de salud en la comunidad.

Por esa razón se convirtió en un grupo focal, la entrevistadora dejó a las mujeres, no interrumpir con la grabación y esto fue lo que se encontró:

Se empezó por la pregunta ¿si ya se habían operado?

Mujer 1:

Si porque uno va a pláticas y lo primero que le dicen es debe de operarse. Lo que si pasa aquí es que la doctora se molesta con uno cuando lleva a los niños; porque ella quiere que les demos de comer carne, fruta y pues aquí no hay “me humilla porque le damos de comer frijoles al niño, ella quiere que le demos pollo, carne y a veces no hay”.

Se les pregunto ¿si han tenido algún problema en sus partos?

Mujer 1:

No pues nosotras nos aliviábamos con parteras.

Mujer 2:

Porque los doctores luego dicen que no debe de aliviarse con partera, que debe ir al centro; porque las parteras quien sabe qué cosa. Y bueno yo de los 9 niños que tuve ninguno se me murió y casi todos los tuve con partera, nada más del último del que me iban a operar ese si al centro de salud.

Mujer 3:

A mí nuera si le paso, que la doctora adentro del consultorio tenía un niño malo y que le dijo que se esperara que hasta después la iba atender, hasta que terminara. Y ella se enojó y le dijo a la doctora –doctora yo ahorita me voy a pasar adelante, y de que ella le dijo así, la doctora vino corriendo a buscarla a la casa, pero ella ya había ido al hospital.

Se les preguntó ¿a qué hora llega la doctora?

Mujer 4:

A las 8 o hasta las 9 y a veces no viene. Como el viernes le tocaba cita a mi suegra y estaba ahí todo el día sin almorzar y sin nada y la doctora no llegó.

Mujer 1:

Y a veces anuncia que no va a venir. Jueves y viernes no hay consulta.

Mujer 2:

Y ya vino el doctor de allá de Ometepec o Chilpancingo; para decir que ella debe de estar de 8 de la mañana aquí.

Mujer 3:

Y la enfermera no vino tampoco el viernes.

Mujer 4:

Y si te toca consulta debes de estar temprano y si quieres almorzar debes de levantarte más temprano para hacerlo y ella te lo dice. Doctora dice - "¡tienes hambre, pues levántate más temprano y así almuerzas!"

Mujer 1:

Pues dice la doctora que de San Luis la mandan a llamar por eso no viene los viernes y ni tampoco la doctora no se duerme aquí, otros que habían venido se quedaban aquí, pero ella no²⁵.

Con esta entrevista grupal nos damos cuenta que el personal de salud no se interesa por ayudar a la gente que tiene problemas de salud, las mujeres indígenas tienen un trato indeseable, son humilladas e ignoradas.

²⁵ Comunicación grupal con Lorenza (mujer 1), Micaela (mujer 2), Nazaria (mujer 3), y Socorro (mujer 4), habitantes de la comunidad Del Carmen perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

Uso de métodos anticonceptivos

Entrevista: Enfermera del centro de salud (Potrerillo Coapinole)

Es enfermera con estudios en técnico en la atención primaria de la salud, originaria de Cuanacaxtitlan habla Mixteco y también aprendió el Tlapaneco. Sus funciones son la prevención de algunas enfermedades como diabetes, cáncer, diarrea, etc. mediante talleres y aplica vacunas.

Su participación con la comunidad no es muy profunda, en el caso de las mujeres embarazadas solo revisa al bebé y en caso de que venga mal realiza un ultrasonido.

Dijo:

En los múltiples talleres que se han ido haciendo se les ha informado a las mujeres que ellas tienen mucho apoyo, se les ha dicho que hay asociaciones que defienden el derecho de la mujer que independientemente de que ellas tengan a sus esposo no les da derecho a que decidan sobre su cuerpo, porque las que se embarazan son ellas, la que paren son ellas, las que arriesgan la vida son ellas. Yo, he dado a conocer esto, pero no sé si es por miedo **“no aceptan el método”**. Hay algunas que dicen que con el método las **enfría, que les duelan los pies o que les duelan los huesos**, hay muchos mitos sobre la planificación familiar y las que no han querido se les ha dicho sobre el método natural, pero se les ha dicho que es un método que no es al 100% seguro, hay algunas que han quedado embarazadas.

Aquí en el centro de salud yo, no aplico el dispositivo, eso lo hacen en el hospital de San Luis a veces el médico que viene aquí aplica ese método, lo único que yo utilizo son las pastillas y las inyecciones. Cada mes, yo, entrego mi informe, me entregan mi dotación de métodos.

Hay mujeres embarazadas que vienen desde el primer trimestre y se les da ácido fólico y sulfato ferroso, pero hay algunas que llegan en su quinto mes de embarazo y lo único que se les puede dar es sulfato ferroso, también se les da información de los síntomas de alarma.

Una problemática que hay es que los hombres no participan en el embarazo y se les pregunta porque no van los esposos y ellas contestan

Que trabajan y no tienen tiempo de venir a demás; existe el machismo a pesar de que estamos en el siglo XXI, hay mujeres que no deciden sobre su propia vida, su cuerpo, si el marido dice “no vas a planificar”, las señoras no planifican y eso también es un problema que tengo aquí, porque los hombres no quieren que planifiquen y ellas pues tienen que embarazarse.

Dentro de la entrevista realizada la enfermera nos platicó de una mujer que es prostituida por su madre

Tengo a una mujer en alto riesgo que presenta problemas psicológicos, que esta desnutrida, baja de estatura, en su embarazo anterior presentó problemas de anemia, se tuvo que realizar transfusión.

Ella no tiene pareja lo que se sabe es que viene un señor de Pueblo Hidalgo, la embaraza y se va. Ya se habló con las autoridades sobre esa situación de que se haga algo para que ya no la embarace, es un caso donde en este segundo embarazo se ha comentado en la comunidad de que su mamá es quien la ofrece y se ha citado a la muchacha para preguntarle, pero hay un problema no sabe hablar muy bien el español y le pregunte si ha sido a la fuerza, pero no sabemos si la tienen amenazada porque ella contesta...“que no”..., se ha platicado también con la mamá, en decirle que está mal de que el mismo señor la vuelva a embarazar y la muchacha está mal en todos los aspectos, y esta es la embarazada que más ando vigilando a veces quisiera programarle una cesárea y de una vez le hicieran la OTB para que no se vuelva a embarazar porque si pone en riesgo su vida.

Continuando con el tema de los métodos anticonceptivos dice:

Tenía 2 mujeres de 15 años que tuvieron a sus bebés, esto se da porque no utilizaron ningún método y son adolescentes, el conocimiento lo tienen se les ha dado talleres a chicos de secundaria, se les ha invitado pero no asisten se les ha dicho que ellos cuentan con el apoyo que pueden pedir su método y es algo confidencial ,pues hay una asociación que los respalda, por ejemplo; si los padres me demandaran porque estoy dando métodos a ellos, existe esta ley que los protege, pero no vienen a solicitar sus métodos y si tiene relaciones ya lo hacen conscientes y salen

embarazadas dejando sus estudios, estas dos chicas estaban estudiando y se salieron de estudiar porque estaban embarazadas²⁶.

El semblante de la enfermera era de preocupación por todos los problemas que hay en donde ella trabaja, y le angustia que ella no se da abasto para atender tantas necesidades de la población. Comentaba que desde su punto de vista hay muchas necesidades tanto en el centro de salud como en el hospital de San Luis Acatlán empezando por la falta de personal de salud, falta de insumos como una pesa para los recién nacidos; enfatizo mucho en la falta de un ginecólogo porque por San Luis y sus comunidades aledañas ninguna clínica cuenta con un ginecólogo.



Imagen 2 Enfermera del centro de salud

Negligencia medica

Entrevista: usuaria (comunidad Del Carmen)

Tiene 21 años y comenta:

²⁶ Comunicación personal con Otilia, habitante de la comunidad Potrerillo Coapinole perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

Desde que nació mi bebe a los dos meses **“me pusieron un implante, yo no quería”**. La Doctora, me lo puso según porque ella dijo -que yo me iba a ir con mi esposo a donde el este, yo le conteste- ¡Que no! ¡Que yo sabía cómo cuidarme! Mi esposo se dedica a pelar nopales, no vive conmigo él está en Querétaro. Ella, me dijo -que me lo tenía que poner, la excusa fue que mi hijo nació a través de una cesárea y tenía mucho riesgo de quedar embarazada. ¡Así que me lo puso! , y **desde que tengo el implante me he sentido mal, empecé con mareos, vómitos y no me baja mi regla ya tengo aproximadamente como un año cuatro meses que no me baja, me duele el vientre se me inflama en ratos, hay veces que no aguanto el dolor, el brazo se me entume siento que me hormiguea, me da mucha comezón y cada vez que quiero cargar a mi hijo eso me pasa.**

La doctora dice:

Que la única manera de que me lo pueda quitar es hacerme un ultrasonido, tengo dos bolitas en el busto me duele mucho, yo le dije -que me lo quitara pues me he sentido muy mal, he ido dos veces al centro de salud. **Ella solo dice -¡Que no me lo va a quitar!, que me haga el ultrasonido y que me fuera a un particular** y la verdad **“no tengo dinero”**, entonces yo le dije-cuando voy a verla que no he tenido lo suficiente para hacerme el ultrasonido, pues **mi niño ha tenido mucha diarrea**, entonces me dijo -**“que ya no llevara a mi hijo”, “que mi expediente ya está lleno ¡que pura diarrea, pura diarrea!”**, que le diera suero, entonces le dije -**“que para eso están, para atender”**, pero como nosotras somos de oportunidades salimos en la lista del IMSS de Ometepec, ella dice -que ya no pertenecemos a esa unidad, **por eso no me quiso sacar el implante** y la verdad si me duele mucho el brazo y cuando hago en cargar a mi bebe o alguna otra actividad , me hormiguea el brazo.

Yo estoy amamantando a mi hijo **la doctora me dijo -que le retire el pecho**, pero mi bebe no quiere la comida, está un poco malito, pero siento yo la molestia de la bolitas y la verdad no hay lo suficiente para ir a sacarme el ultrasonido, uno tiene que pagar el pasaje y el ultrasonido que cuestan \$300.00 y mi esposo me ha dicho que no hay dinero que las ventas están muy bajas, el me dejo claro que no tiene dinero para mandarme. **La**

enfermera de San Luis, me dijo -que ella me cobraba \$500.00 para retirarme el implante, luego me dijo -la doctora de San Luis que como yo firme tienen que retirar después de que cumpla los 3 años, con el implante me ha estado inyectando para evitar el dolor hasta que ya no me duela voy a seguir continuando con el implante **“le he dicho que mi esposo no está aquí, que no lo necesito.**

“La razón de la Doctora ha sido como mi parto fue cesárea que debo durar con el implante 3 años para que después yo me pueda volverme a embarazar”. Mi mamá está preocupada, porque no he tenido mi regla, el día de ayer se me inflamó el estómago mucho y me fui a dormir con el dolor. Al hospital solo fui como dos meses, me han mantenido con puras inyecciones para evitar el dolor **“no me lo quieren quitar”**; ayer estuve con el dolor, mi mamá me dio té de manzanilla y me fui a dormir, **“ya no he ido al hospital de San Luis, porque solo me dicen que ellos no tienen los papeles que yo firme y la doctora de aquí a dicho que ella tiene los papeles que rellenaron y que no me lo van a quitar” ...²⁷.**



Imagen 3 usuaria



Imagen 4 implante puesto

²⁷ Comunicación personal con Maricarmen, habitante de la comunidad Del Carmen perteneciente al municipio de San Luis Acatlán Gro.

A continuación, se realizará una comparación de las entrevistas que se les realizo al personal de salud, usuarias de los hospitales, ex promotores de salud, parteras, etc.; con la jurisdicción sanitaria 06.

Se observó, que la población está en pésimas condiciones de salud, sigue habiendo muertes maternas, violencia obstétrica, falta de infraestructura, falta de insumos, falta de personal de salud, falta de sensibilización por parte del personal de salud hacia toda la población; pero también sigue existiendo el machismo de los hombres a las mujeres impidiendo que tengan una mejor atención médica, hay una falta de información sobre planificación familiar por eso hay muchos embarazos.

Sin embargo, cuando se entrevistó a la jurisdicción, se observó que ellos aseguran que en cuestiones de salud se encuentran muy bien, reconocen que si han tenido percances pero que están tratando de darle solución a las problemáticas de salud que más los aqueja. Para ellos el principal problema primero es que los hombres no quieren que las mujeres sean revisadas por algún médico y que las revisen nada más la partera, en segundo las mismas mujeres no aceptan a llegar a un hospital para atender su parto porque no les gusta que las revisen exageradamente y en tercero no aceptan algún método de planificación familiar.

Conclusiones y Propuestas

El objetivo de este trabajo fue realizar un diagnóstico sobre las necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna para mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, a través de una encuesta para mujeres en edad reproductiva, con la finalidad de saber, como fue la atención que recibieron por parte del personal de salud durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto.

A demás de la encuesta, también se realizaron algunas entrevistas tanto a los que trabajan a través del sistema de salud, así como, a mujeres que viven en el municipio de San Luis Acatlán y que reciben atención médica en el Hospital Básico. Participaron también algunas parteras que nos brindaron enseñanzas sobre sus conocimientos de la medicina tradicional. Con estas entrevistas se pretendió saber más sobre el pensamiento de las mujeres, sus quejas, su sentir, sus anécdotas, y por qué no, también la buena atención que algunas recibieron al momento de parir en el hospital.

Al término de este trabajo se llevó a cabo una retroalimentación a la comunidad del municipio de San Luis Acatlán con la intención de enseñarles lo que se había encontrado con base en la encuesta que se realizó y a sus experiencias contadas. También se diseñaron talleres en varias comunidades sobre “Derechos Sexuales y Reproductivos”, elaboración de material didáctico de métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos y violencia obstétrica.

En la asociación civil Kinal Antzetik se llevó a cabo una reunión donde se realizó un plan de trabajo con la finalidad de poner en práctica los objetivos que se habían visto. Desde el punto de vista estratégico se veía muy fácil; sin embargo al momento de poner en práctica los conocimientos nos encontramos con varios obstáculos como que: al momento de realizar las encuestas las mujeres no lograban entender algunas preguntas entonces había la necesidad de explicarles; el obstáculo más grande fue cuando algunas mujeres no pudieron contestar ninguna de las preguntas porque no hablaban ni entendían el español, en este caso tuvimos que necesitar de la ayuda de una traductora de la Casa de la Mujer Indígena llamada Apolonia. Sin su ayuda hubiera sido imposible que nos pudiéramos entender; también había

mujeres que no hablaban español, pero si lo entendían entonces a través de señas pudimos concretar las encuestas.

En el municipio de San Luis Acatlán muchos de los derechos son violados por parte del personal de salud. Discriminan a los pobladores por rasgos físicos, por la forma de vestir, la manera de expresarse, por ser analfabetas, por no pertenecer a un estatus social, a través de eso los hacen sentir inferiores por vivir apartados de la ciudad.

Algunos indígenas del municipio de San Luis Acatlán y sus comunidades visualizan la salud a través de la medicina tradicional que es representada por las parteras. La labor que ellas hacen es brindar atención a las mujeres que están a punto de parir mediante los conocimientos que han heredado por sus antepasados. Pero también hay mujeres que visualizan la salud a través de un hospital e incluso varias han recibido una buena atención médica.

El Derecho a la Salud es otro derecho que tienen los seres humanos, es parte de los DESC (Derechos Económicos, Sociales y Culturales), y se encuentra en varios Pactos Internacionales, Leyes y Declaraciones.

A pesar de ser uno de los más importantes se sigue violando porque la población del municipio no cuenta con las determinantes de salud adecuadas como acceso a la educación, agua limpia, buena alimentación, transporte, vivienda, trabajo y a la salud. Tampoco tienen derecho a la protección de la salud porque los Establecimiento, Bienes y Servicios de Salud están en pésimas condiciones, carecen de acceso a los servicios de salud, falta de medicamentos adecuados, infraestructura, insumos, falta de personal de salud, y falta de sensibilización por parte del personal de salud.

Los Estados Partes deben de reconocer este derecho a la salud y adoptar las medidas que sean necesarias para que este se cumpla; a través de la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.

Sin embargo, está muy por debajo de lo establecido porque para empezar la población de San Luis Acatlán no tienen el primer elemento esencial que es la

disponibilidad ya que no cuentan con suficiente infraestructura llámese hospital, centros de salud, clínicas, etc. y no se hable del personal de salud porque esa situación está más limitada porque no hay suficientes recursos que puedan brindar una atención adecuada.

Tampoco tienen el segundo elemento que es la accesibilidad, la cual se supone los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deben de ser accesibles a cualquier persona sin discriminación alguna. Sin embargo, aunque el municipio cuenta con 2 hospitales, uno en San Luis Acatlán y el otro en Ometepec, según son los más completos, discriminan a la población que es más vulnerable en este caso a los indígenas porque los ven con malos ojos, no los quieren atender, porque son ignorantes. Por otra parte, algunos médicos y enfermeras cobran por hacer algún servicio de salud a la población e inclusive por ir a revisar a alguna mujer que está a punto de parir.

Otra cuestión que presenta dificultades es la accesibilidad a la información, de este tema se habló mucho en el sondeo que se realizó; porque el personal de salud de los hospitales se niega a darles información a los familiares de las mujeres embarazadas y peor aún a las mismas embarazadas argumentando que son indígenas y no entienden lo que se les dice. Hubo casos en que se les ponía el DIU como método anticonceptivo sin informales que se les haría ese procedimiento (Youtube, 2018), en pocas palabras sufren de violencia obstétrica.

El otro elemento que tampoco se cumplió fue la aceptabilidad porque no respetaban la cultura de las mujeres que eran atendidas en los hospitales, para empezar no tenían ningún traductor que les hablara en su lengua y así poder entender lo que el médico les decía, las mujeres que estaban pariendo tenían que estar acostadas en una cama, sin indumentaria, con las extremidades abiertas, a la vista de mucha gente que para ellas es desconocida, las hacían que se bañaran con agua fría.

En calidad también están muy mal, porque se supone que los Establecimientos Bienes y Servicios de Salud deben estar en buen estado y con un personal de salud capacitado; pero nada de eso hay, son pocos hospitales y se encuentran en malas condiciones no tienen aparatos apropiados para realizar estudios que la población

necesita y el personal de salud no está capacitado lo suficiente porque solo atienden en cuestiones primarias como chequeos básicos.

La Adecuación Intercultural en Salud, tiene una perspectiva alejada un poco de la realidad, porque está enfocada en las comunidades indígenas; esas comunidades que tienen características particulares que las hace ser únicas empezando por su población, por sus creencias, sus costumbres, sus tradiciones, su vestimenta y por conservar su lengua materna.

Los indígenas tienen una idea distinta de visualizar la salud, se guían por sus saberes ancestrales para curar algún mal que les aqueja. Sus conocimientos se heredan de generación en generación.

En el municipio de San Luis Acatlán el tema de adecuación intercultural en salud está muy presente, el papel que juegan las parteras es importante para estas comunidades del municipio porque como las instituciones de salud están muy retiradas necesitan de ellas. Las parteras son mujeres que brindan atención primaria de salud, así como también ayudan a parir a las mujeres que están a la espera del alumbramiento sin recibir ninguna remuneración económica.

Ellas, a través de sus conocimientos que les han heredado sus ancestros ayudan a sus comunidades para que ya no haya más mujeres muertas durante el embarazo, parto y el puerperio.

Con respecto al parto humanizado, solo se aplica en las comunidades atendidas por las parteras, sin embargo, en las clínicas de salud no existe ninguna iniciativa que beneficie a las mujeres indígenas.

Se requiere que en los hospitales, a las mujeres se les respeten sus culturas es decir que tengan el derecho a tener un parto humanizado en el cual se les respete la decisión de cómo quieren parir para dejar de sentir menos dolor; que se les respeten sus costumbres y creencias ya que ellas están acostumbradas a llevar a cabo rituales tanto en el momento del parto como por ejemplo probar algún bocado e incluso probar alguna bebida que las haga sentirse mejor, para el puerperio y como para la comida que deben de probar después de parir.

Otro tema de salud que es de suma importancia son los Derechos Sexuales y Reproductivos.

San Luis Acatlán y sus comunidades en cuestiones de derechos sexuales y reproductivos los estándares están por debajo del promedio nacional que debe de cubrir el sector salud con respecto al acceso a métodos anticonceptivos. La Jurisdicción Sanitaria 06 indica que el municipio y sus comunidades cuentan con suficiente abasto de métodos de planificación familiar; sin embargo, sigue habiendo un alto índice de mujeres embarazadas y no se diga mujeres adolescentes que se embarazan a temprana edad.

Algunos de los derechos reproductivos que tienen las mujeres de San Luis Acatlán y fueron violados son:

- El derecho a decidir el número de hijos que quiera tener, disponer de la información para lograrlo.
- Derecho a acceder a métodos anticonceptivos.
- Derecho de las mujeres a no recibir discriminación o malos tratos durante el embarazo, parto.
- Derecho a acceder a servicios de salud que garanticen un embarazo seguro.

Los derechos sexuales que se violaron fueron:

- Derecho a la libertad sexual
- Derecho a tomar decisiones reproductivas y responsables
- Derecho a la atención de la salud sexual.

Algunas personas de salud realizaban prácticas inhumanas; es decir regañaban a las mujeres por tener muchos hijos, se burlaban de ellas cuando sentían dolores de parto, a algunas les hacían tactos innecesarios y cuando los doctores entraban a revisarlas se reían de ellas.

Cuando las mujeres llegan con dolores de parto al hospital no las atendían porque ya no había lugar para ellas y las mandaban al hospital de Ometepec, pero ¿cómo iban a llegar si no hay transporte que las pueda trasladar hasta allá o la carretera

estaba en malas condiciones? Hubo una usuaria que le pusieron un implante que ella no aprobó y la doctora decidió por ella para que ya no tuviera más hijos.

En cuanto a los derechos sexuales, no pueden decidir sobre su sexualidad, por ejemplo, con los adolescentes para que se les otorgue algún método anticonceptivo necesitan llevar a la mamá en el caso de ser menores de edad para que se les pueda dar un método anticonceptivo, además porque hablan su lengua materna y no son entendidos por las personas que están a su alrededor, etc. esas son las razones por las que las mujeres jóvenes se embarazaban a temprana edad porque no son libres de decidir sobre su sexualidad.

Las comunidades indígenas son consideradas grupos vulnerables por no poder contar con una mejor calidad de vida ya que carecen de las principales determinantes de salud. La mayoría de la población de San Luis Acatlán tienen varios problemas de salud como la pobreza extrema; porque no pueden acceder a una alimentación básica, la mayoría de los niños tiene desnutrición infantil, no cuentan con una vivienda adecuada, ya que en las que viven son de abobe, techos de teja o lámina, pisos de tierra, no tiene acceso a agua potable, ni tampoco transporte.

Los indígenas cuentan con derechos de las comunidades indígenas que los protegen, como es el caso de la OIT 169 que en su artículo 24 habla que la seguridad social debe de brindarse a los pueblos sin discriminación alguna. En el artículo 25 los servicios de salud, médicos, enfermeras, deben de brindar el mejor nivel posible de salud.

A pesar de que cuentan con esos derechos no se les respetan, es por eso que buscan mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad en la materia.

Como otro punto de vista de acuerdo a la Ley de derechos lingüísticos estoy muy de acuerdo que existan porque de esa manera las lenguas indígenas no se perderían, por el contrario, es necesario que sigan existiendo y en lugar de que los indígenas tengan que dejar de hablar su lengua materna para poder explicarse

hacia los demás, es mejor que nosotros también sepamos comunicarnos de esa manera.

Con respecto al embarazo, es un momento maravilloso que le puede ocurrir a cualquier mujer, porque es increíble como una mujer puede darle vida a otra y como el cuerpo se tiene que acoplar a todos los cambios que las hormonas generan. Cada trimestre que pasa surge cambios que para una mujer son nuevos e incluso también son motivo de miedo porque desconocen cada segundo que pasa dentro de su cuerpo, porque tienen la mayor responsabilidad que es darle protección a ese nuevo ser que vive dentro de su vientre.

Es maravilloso que sus sentimientos están a flor de piel porque se pueden encontrar alegres, y en instantes pueden llorar sin motivo alguno, la presencia de toda la familia es de suma importancia para las mujeres embarazadas ya que así se sienten más seguras y acompañadas. El papel que juega el hombre también es importante porque funge como el principal pilar de la familia para brindarle apoyo, cariño, amor, comprensión, confianza, etc. a las mujeres en ese momento que es único para ellos como pareja.

Por todo lo mencionado, es necesario que las mujeres de San Luis Acatlán puedan tener el derecho de vivir esa experiencia única de la mejor manera. Lo principal es que todos sus derechos sean toda la vida respetados, que reciban buen trato en cualquier asistencia de salud, que ya no sean humilladas, que no sean víctimas de burlas del personal de salud.

A título personal, considero que tanto las mujeres indígenas como el personal de salud que trabajan en una institución son afectados por un sistema de salud que es ineficiente.

Explicaré mi punto de vista desde la experiencia que viví durante el trabajo que se realizó. Primero que nada, necesitamos visibilizar las injusticias que han sufrido las mujeres indígenas que viven con pobreza extrema, no cuentan con los servicios básicos necesarios, no cuentan con transporte para llegar al hospital y necesitan

buscar vías de acceso, es indignante que, siendo seres humanos, mujeres humildes, e indígenas, tengan un trato en cuestiones de salud inhumano por parte de algunos médicos y enfermeras; excluyéndolas, discriminándolas, ignorándolas, humillándolas y burlándose de ellas.

Pero desde otro punto de vista, el personal de salud no siempre tiene la culpa de brindar una atención inadecuada; porque algunos que forman parte del sector salud trabajan en condiciones precarias e insalubres.

Los médicos y las enfermeras que laboran en comunidades alejadas muchas veces no deciden en donde trabajar, son personas que los mandan a lugares alejados de la ciudad a brindar la mejor atención posible, pero la falta de infraestructura, de tiempo, de insumos hace que esa atención sea deplorable. Por ejemplo, los hospitales que se supone son de calidad se encuentran, uno en San Luis Acatlán y el otro en Ometepec.

No tienen suficientes insumos como medicamentos, aparatos necesarios para la realización de cualquier tipo de estudio, médicos especialistas, etc. es por eso que los médicos no logran cubrir la demanda de la población que padece alguna enfermedad, mujeres embarazadas, y mujeres que están en labor de parto.

La ineficiencia del sistema de salud ha provocado que las mujeres mueran por alguna complicación en el embarazo; porque se necesita que haya más personal de salud que tenga la iniciativa de trabajar en lugares marginados, como también la participación de las parteras para colaborar en conjunto.

Con estos hallazgos que se encontraron considero que no se está haciendo Promoción de la Salud ya que no existe ningún tipo de mediador que pueda proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud de la población. Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud y bajo la mirada emancipatoria el individuo se debe formar autónomo; es decir tomar decisiones por sí mismo en el que no está exento a las relaciones de poder y lo llevara a crear futuros viables. En donde el sujeto saludable debe de tener el poder para poder ejercer sus capacidades para

llevar a cabo el presente, así como también ver de otra manera lo aparente, reflexionar y cuestionarse sobre la situación que está viviendo.

En otras palabras; las mujeres indígenas del municipio de San Luis Acatlán deben mejorar la atención en salud que el Estado les brinda para que puedan tener un mejor estilo de vida, además necesitan empoderarse para poder ser más autónomas y de esta manera no estar más expuestas a las relaciones de poder que hay sobre ellas. No seguir permitiendo más abusos que las lastima y las hace ser más vulnerables creándoles inscripciones corporales, las marcas que el poder necesita hacer para poder cumplir sus objetivos y con el tiempo se vuelven cicatrices que las marcan de por vida.

En cuanto al personal de salud para que puedan brindar una mejor atención y darle una mejor calidad de vida a las personas, necesitan que los hospitales estén bien equipados, con aparatos científicamente avanzados, nuevos, infraestructura de mejor calidad, y con más personal que estén dispuestos a trabajar con población en vulnerabilidad.

Algunas de las funciones como Promotora de Salud son realizar actividades con el municipio y las comunidades aledañas sobre salud, por ejemplo, brindar información acerca de algunas enfermedades de transmisión sexual como herpes, gonorrea, sífilis y enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, cáncer cervicouterino, etc. al mismo tiempo se hace prevención mediante información que se le proporciona a la población acerca de lo que se debe hacer para prevenir alguna enfermedad como por ejemplo la autoexploración de las mamas para prevenir el cáncer de mama.

En otros casos también podemos apoyar, gestionar y canalizar a las personas que tengan un problema de salud que nosotras no podamos resolver, por ejemplo, cuando una mujer indígena sufre de violencia doméstica donde hay golpes, lo más conveniente es que intervenga alguna institución especializada en violencia de género.

Algunas sugerencias que propongo como Promotora de Salud son las siguientes:

1. Cumplir las políticas públicas que existen armonizando los Tratados Internacionales, Nacionales y Estatales para los indígenas en favor de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el derecho a la salud.
2. Mejorar la infraestructura de los servicios de salud y que estén equipadas y puedan brindar una mejor atención a la población.
3. Focalizar las comunidades que se encuentran más alejadas de los principales municipios, para poner alguna clínica que brinde atención médica a la población y a las mujeres embarazadas.
4. Mejorar el mantenimiento a las carreteras, pavimentándolas para que la población pueda llegar más rápido a alguna institución de salud para realizarse un chequeo de rutina o en otros casos alguna emergencia.
5. Brindar algún tipo de transporte público para que la población de las comunidades que viven en la montaña se pueda trasladar en caso de alguna emergencia.
6. Fortalecer la Casa de la Mujer Indígena a través de apoyo económico; para que sigan brindando hospedaje, comida, talleres que imparten a las mujeres de sus comunidades en cuestiones de salud, instrumentos necesarios para ayudar a las mujeres a parir.
7. El personal de salud tenga cursos de sensibilización para que puedan brindar la mejor atención en cuestiones de salud a toda la población.
8. Personal de salud mejor capacitado.
9. Las comunidades indígenas puedan acceder a cualquier tipo de información que esté relacionada con la salud de algún familiar.
10. Las comunidades indígenas aprendan a realizar trabajo comunitario, para darle solución a las problemáticas que ocurren en sus comunidades.
11. Las mujeres aprendan a organizarse para darle solución a los problemas que hay en cuestiones de salud sexual y reproductiva.
12. Las mujeres conozcan sus derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, para mejorar sus condiciones de salud, a través de pláticas, recorridos a las comunidades alejadas, etc.

13. Proporcionar métodos anticonceptivos a través de programas de Salud Sexual y Reproductiva y programas de planificación familiar.
14. Todas las mujeres puedan acceder a los métodos anticonceptivos, sin la necesidad, en caso de ser menores de edad tengan que acudir con adultos.
15. Hablar de sexualidad con las mujeres para prevenir infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, así como también hablarles planificación familiar, el embarazo, parto y puerperio, entre otras cosas.
16. Que existan más traductores en las instituciones de salud para que las mujeres que no hablan español entiendan de lo que se les está hablando.
17. Dar a conocer los programas del parto humanizado con la finalidad de respetar las decisiones de las mujeres que están a punto de parir.
18. El personal de salud respete la cultura de las mujeres indígenas.
19. Los servicios de salud reconozcan a las parteras como parte de las instituciones de salud, y que se les pueda reconocer oficialmente para que puedan otorgar actas de alumbramiento con validez.
20. Que la Secretaría de Salud implemente la opción del parto vertical en los hospitales para brindarle mejor comodidad a las mujeres embarazadas respetando sus culturas.

Para finalizar me gustaría expresar estas palabras:

“Nosotras somos dueñas de nuestro cuerpo, de nuestros sentimientos, nosotras somos dueñas de este cuerpo que traemos y nadie más debe de usar o hacer con nosotras lo que nos lastime” (Hermelinda Tiburcio Cayetano)²⁸.

Con esta experiencia que viví se necesitan más Promotores de la Salud que se comprometan con la sociedad y con los grupos más vulnerables, para darles las herramientas que ellos necesitan siendo nosotros mediadores entre ellos y las autoridades correspondientes, para que puedan enfrentar y manejar los problemas de salud que enfrentan en sus comunidades de manera progresiva.

²⁸ Partera Indígena de la Casa de la Mujer Indígena de San Luis Acatlán Guerrero

Bibliografía

- Agenda de Salud. (2013). *Agenda de Salud*. México: Ediciones fiscales ISEF.
- Alcantara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 93-107.
- Alcolea Flores, S., & Mohamed Mohamed, D. (2014). *Guía de cuidados en el embarazo consejo de su matrona*. España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, J. (2014). Interculturalidad y Salud. En J. A. Almaguer González, V. Vargas Vite, & J. H. García Ramírez, *Interculturalidad en salud experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (pág. 277). México: Programa Editorial del Gobierno de la República.
- Arredondo, A. (8 de Julio de 1992). *Scielo*. Obtenido de Scielo: www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05
- Asociación Mexicana de Partería a.c. (18 de Enero de 2018). *Asociación Mexicana de Partería a.c.* Obtenido de Asociación Mexicana de Partería a.c: <https://asociacionmexicanadeparteria.org>
- Asto, A., & Cruz, C. (Dirección). (2008). *Parto con adecuación intercultural* [Película].
- Berrio Palomo, L. R. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud*. México: UAM Unidad Iztapalapa.
- Bruce, M., Carlson, M., & P.h.D (Dirección). (2006). *The biology of prenatal development* [Película].
- CDI. (12 de Abril de 2010). *La mortalidad materna indígena y su prevención*. Obtenido de La mortalidad materna indígena y su prevención: www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevencion_cdi_pnud.pdf
- CDI. (26 de Abril de 2018). *Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas*. Obtenido de Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas: <http://www.cdi.gob.mx/atlas/>
- Cea, M. (1998). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Centro Médico Mujer. (7 de Julio de 2017). *Centro Médico Mujer*. Obtenido de Centro Médico Mujer: <https://www.centromedicomujer.mx/blog/El-DIU-se-populariza-entre-las-mexicanas.html/id/781>
- Chapela Mendoza, M., & Jaramillo Soto, E. (2001). Promoción de la Salud, siete tesis del debate. *Cuadernos médico sociales* 79, 59-69.
- Colomer Revuelta, C., & Carlos, A. D. (2001). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. España: Masson.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2016). Aspectos Básicos de Derechos Humanos. *Cartilla sobre Derechos Humanos*, 11.

- Cómite de Derechos Económicos, S. y. (2000). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ginebra.
- Con la mujer. (2 de Marzo de 2017). *Con la mujer.com*. Obtenido de Con la mujer.com: <https://conlamujer.com/que-anticoncepcion-necesitas/conoce-el-diu/>
- Concanaco Servytur México. (7 de Septiembre de 2018). *Concanaco*. Obtenido de Concanaco: www.concanaco.com.mx/documentos/indicadores-estados/guerrero.pdf
- Creswell (1998) en, & Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigacion Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Daphne. (14 de Marzo de 2016). *Lo que necesitas saber sobre nutrición en el embarazo*. Obtenido de Lo que necesitas saber sobre nutrición en el embarazo: nutricionparafuturasmamis.blogspot.com/2016/03/el-desarrollo-del-bebe.html
- De Castro, M. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Delgado Zarzosa, R. (27 de Octubre de 2008). *Slide Share*. Obtenido de Slide Share: https://es.slideshare.net/richie_medic_23/mecanismo-de-trabajo-de-parto-presentacion
- Denzin (1994) en, & Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigacion Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz Mateo, M. (2017). La desigualdad en el ámbito de la salud y los derechos. *Mundos aparte la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*, 18-19.
- DICim CECAM. (2006). *Atención de parto*. México: Departamento de Integración de Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina, UNAM.
- Diplomado en ultrasonografía. (6 de Diciembre de 2016). *Diplomado en ultrasonografía*. Obtenido de Diplomado en ultrasonografía: diplomado.com/protocolo-exploracion-utero/
- Dirección General de Epidemiología. (2018). *Información hasta la semana epidemiológica 52 de 2018*. México: Secretaria de Salud.
- Dirección General de Promoción de la Salud. (19 de Mayo de 2015). *Promoción de la Salud- centro noticias*. Obtenido de Promoción de la Salud- centro noticias: www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=14245
- ENSANUT. (2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. México: Instituto de Salud Pública.
- Frenk, J., & Gómez Dantés, O. (2008). *El sistema de salud de México*. México: Nostra Ediciones.
- Freyermuth Enciso, G. (25 de Febrero de 2018). México social-mortalidad materna. (L. M. Fuentes, Entrevistador)
- Galvani. (4 de Marzo de 2016). *embriologia med blog spot.com*. Obtenido de embriologia med blog spot.com: embriologiamed.blogspot.com/2016/03/primer-semana-de-desarrollo.html

- Gestacionde.com. (29 de Agosto de 2015). *Gestacionde.com*. Obtenido de Gestacionde.com: <https://www.gestacionde.com/un-elefante/>
- GIRE. (6 de Octubre de 2000). *GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida)*. Obtenido de GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida): <repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/6>
- GIRE. (25 de Febrero de 2014). *GIRE*. Obtenido de GIRE: <informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso>
- Gobierno de la Reública. (28 de Julio de 2012). *Estrategía nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. Obtenido de Estrategía nacional para la prevención del embarazo en adolescentes: www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
- Gobierno del Estado de Guerrero. (8 de Octubre de 2015). *Gobierno del Estado de Guerrero*. Obtenido de Gobierno del Estado de Guerrero: guerrero.gob.mx/municipios/costa-chica/san-luis-acatlan/
- Gobierno del Estado de Guerrero. (29 de Noviembre de 2015). *Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021*. Obtenido de Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021: guerrero.gob.mx/municipios/costa-chica/san-luis-acatlan/#prettyPhoto
- González Almaguer, j., Ramírez García, J., & Vite Vargas, V. (2012). *Nacimiento Humanizado. Aportes a la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y salud en cifras*, 45.
- González, D. A. (Dirección). (2015). *2a y 3a semana de gestación* [Película].
- Grados, O. (17 de Junio de 2015). *medicarte salud a tiempo*. Obtenido de medicarte salud a tiempo: www.medicarteoncologia.com/tecnicas-para-la-detencion-de-tumores-en-las-mamas/
- Guerrero Cultural Siglo XXI A.C. (19 de Diciembre de 2012). *Enciclopedia Gro*. Obtenido de Enciclopedia Gro: www.encyclopediagro.org/index.php/indices/indice-cultura-general/1325-regiones-del-estado?showall=1&limitstart=
- Guerrero, L. M. (4 de Marzo de 2017). *embriologialuisaguerrero.blogspot.com*. Obtenido de embriologialuisaguerrero.blogspot.com: embriologialuisaguerrero.blogspot.com/2017/03/capitulo-5.html
- Guggenheim, D. (Dirección). (2015). *Él me nombró Malala* [Película].
- Guytón, C., & Hall, E. (2011). *Fisiología Médica*. España: Elsevier.
- Hernandez, A. (17 de Marzo de 2016). *Slide share*. Obtenido de Slide share: <https://www.slideshare.net/AlejandroHernandez7/planificacin-familiar-i-diu-barrera>
- IMSS Clínica (UMF) No 164. (2015). *Platicas sobre el embarazo*. México: IMSS.

- INAFED. (6 de Enero de 2009). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México*. Obtenido de Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México: siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM12guerrero/regionalizacion.html
- Inafed. (22 de Febrero de 2019). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Obtenido de Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México: siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM12guerrero/mediofisico.html
- INAFED. (26 de Enero de 2019). *Indice de Desarrollo HUmano Municipal 2010*. Obtenido de Indice de Desarrollo HUmano Municipal 2010: www.inafed.gob.mx/work/models/inafed/Resource/476/.../siha_3_2_2_3_dic_2015.xlsx
- INEGI. (13 de Julio de 2001). *INEGI*. Obtenido de INEGI: <http://www.inegi.org.mx/>
- INEGI. (2016). *Encuesta Intercensal 2015. Panorama Sociodemográfico de Guerrero 2015*. México: INEGI.
- Inegi. (2016). *Panorama Sociodemográfico de Guerrero 2015*. México: INEGI.
- INEGI. (28 de Febrero de 2019). *INEGI*. Obtenido de INEGI: <https://www.inegi.org.mx/temas/exportaciones/>
- INSP. (2013). *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. nueva evidencia sobre un viejo problema*. Cuernavaca, Morelos, México: INSP.
- Instituto Superior de Estudios Fiscales, A. (2013). *Agenda de Salud 2013*. México: Isef.
- Joab. (25 de Mayo de 2018). *Youtube: Histología: desarrollo folicular*. Obtenido de Youtube: Histología: desarrollo folicular: <http://www.youtube.com>
- Ki, M. B. (2015). *Objetivos del Desarrollo del Milenio informe 2015*. Naciones Unidas Nueva York.
- López Arellano O, L. M. (2015). *El derecho a la Salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- López Silva, C. (1999). *Parteras y promotoras rurales de salud en la zona Selva de Chiapas*. México: GIMTRAP.
- Lote de Mola Zanatti, C., Lessa Horta, B., & Victoria, C. (2016). Lactancia materna y desarrollo cognitivo del niño. En CONACYT, *Lactancia materna en México* (pág. 26). México: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Mac Gregor Ferrer, E., & Carbonell, M. (2007). *Compendio de derechos humanos*. México: Porrúa.
- Meneses, L. S. (5 de Marzo de 2017). *embriologia ucc*. Obtenido de embriologia ucc: embriologiaucc715ism1.blogspot.com/2017/03/primerasemana-de-desarrollo-de-la.html
- México Travel Club. (16 de Diciembre de 2016). *México Travel Club*. Obtenido de México Travel Club: <https://www.mexicotravelclub.com/gastronomia-en-gastronomia-guerrero>
- Ministerio de Salud. (2016). Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural. *Norma Técnica de salud para la*

atención del parto vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural (pág. 77). Perú : Ministerio de Salud.

- Morales Andrade, E., Ayala Hernández, I., & Moarales Valerdi, H. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del objetivo 5 del desarrollo del milenio, hacia los objetivos del desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 86.
- Moreno Martín, G. (6 de Noviembre de 2014). *slideshare*. Obtenido de slideshare: <http://es.slideshare.net/gustavo2409/segunda-semana-de-desarrollo-embionario-41233190>
- MPS, DGPS, & OPS. (2004). *Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos en Colombia*. Bogotá D.C: Ltda.
- Naciones Unidas. (9 de Febrero de 2018). *Objetivos del Desarrollo Sostenible, 17 objetivos para transformar nuestro mundo*. Obtenido de Objetivos del Desarrollo Sostenible, 17 objetivos para transformar nuestro mundo: <http://www.un.org>.
- Navarrete Linares, F. (2008). *Los Pueblos Indígenas de México*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- NOM 005-SSA2-1993. (1986). Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar. *Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar* (pág. 156). México: Norma Oficial Mexicana.
- OECD. (5 de Octubre de 2014). *Estadística de la OECD sobre la salud 2014 México en comparación*. Obtenido de Estadística de la OECD sobre la salud 2014 México en comparación: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO.2014-in-Spanish.pdf>
- OIT. (2014). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. *Convenio núm 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales* (pág. 134). Lima: Organización Internacional del Trabajo.
- Olivares Ferreto, E., & Trejo Castillo, M. (23 de Junio de 2016). *Inmujeres*. Obtenido de Inmujeres: <cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Hidalgo/hgometa14.pdf>
- OMM en México. (13 de Marzo de 2015). *Indicadores mortalidad materna en México 2015*. Obtenido de Indicadores mortalidad materna en México 2015: www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores_2015.pdf
- OMS. (26 de Julio de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int/topics/midwifery/es/
- OMS, UNICEF Y UNFPA. (23 de Abril de 2005). *Mortalidad Materna en 2005*. Obtenido de Mortalidad Materna en 2005: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43849/9789243596211_spa.pdf;jsessionid=E91A8A5820E1E26F8084E48BF03E0E85?SEQUENCE=1

- ONU México. (6 de Mayo de 2016). *Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Obtenido de Objetivos del Desarrollo del Milenio: www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/
- OPS, & OMS. (2000). Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. *Promoción de la salud sexual* (pág. 37). Guatemala: OPS, OMS.
- Osoimehin, B. (2017). Prólogo. *Maundos aparte la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*, 5-7.
- Peck, R. (Dirección). (1994). *Hotel Rwanda* [Película].
- Pejendino Rosero, G. (2 de marzo de 2017). *Embriología medicina*. Obtenido de Embriología medicina: embriologiamedicinaucc.blogspot.com/search/label/segunda%20semana%20del%20Desarrollo
- Perez, G. (26 de Febrero de 2017). *Gonadotropina coriónica humana (hCG)*. Obtenido de Gonadotropina coriónica humana (hCG): https://www.gonadotropina.com/gonadotropina_corinica_humana_hcg
- Plan Estatal de Desarrollo 2016-2017. (10 de Febrero de 2017). *Congreso de Gro*. Obtenido de Congreso de Gro: www.congresogro.gob.mx/files/PLAN%20ESTATAL%20DE%20DESARROLLO/ESTRATEGIAS_TRANSVERSALES_ECOLOGIA_PUEBLOS_ORIGINARIOS.pdf
- PNUD . (25 de Octubre de 2015). *Indice de Desarrollo Humano para las entidades federativas México 2015*. Obtenido de Indice de Desarrollo Humano para las entidades federativas México 2015: www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/PNUD_boletinIDH-web.pdf
- PNUD. (3 de Marzo de 2018). *Indice de Desarrollo Humano municipal en México:nueva metodología*. Obtenido de Indice de Desarrollo Humano municipal en México:nueva metodología: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/UNDP-MX-PovRed-IDHmunicipalMexico-032014.pdf>
- PNUD. (22 de Febrero de 2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Objetivos de Desarrollo Sostenible: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goal-3-good-health-and-well-being.html#targets>
- Ravelo, A. (7 de Marzo de 2019). La violencia obstetrica es un tema pendiente en México: 40% de los casos son en el IMSS:INEGI. *Sin Embargo*, pág. 12.
- Restrepo, H., & Hernan, M. (2001). *Promoción de la Salud: como construir una vida saludable*. Bogota, D.C, Colombia: Medica Panamericana.

- Rodríguez Flores, L., & Bautista Oviedo, S. (11 de Marzo de 2016). Parterastradicionales:necesarias para atender salud de mujeres. *Cimac noticias*, pág. 12.
- Rodríguez Martínez, Y. A. (2007). Los derechos sexuales de las y los jóvenes en el contexto jurídico nacional e internacional. *IUS Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C* núm.20, 211-243.
- Salud, S. d. (2015). *Modelo de atención integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Sanatorio Allende. (1 de Agosto de 2017). *La voz*. Obtenido de La voz: www.lavoz.com.ar/espacio-de-marca/elegi-amamantar-la-mejor-opcion-para-vos-y-tu-bebe
- Sánchez, D. (22 de Febrero de 2017). *Youtube*. Obtenido de Youtube: <http://www.youtube.com/watch?v=fiQmq8NO4zg>
- Secretaria de Economía . (5 de Febrero de 2018). *Información Económica y Estatal*. Obtenido de Información Económica y Estatal: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/113593/guerrero.pdf>
- SEDESOL. (2010). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social*. Metlatonoc, Guerrero: Coneval.
- Sedesol. (2013). *unidad de microrregiones. Cédulas de Información Municipal*. México: Sedesol.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2010). *Principios de Anatomía y Fisiología 11a ed*. Buenos Aires: Panamericana.
- UNICEF. (2012). *Lactancia materna*. Honduras: UNICEF Honduras.
- Unidas, N. (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. *Conferencia El Cairo, Egipto* (pág. 37). Nueva York: Naciones Unidas.
- Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Calidad en la Educación Superior*, 119-139.
- Velázquez Cornejo, G. (2009). Fisiología de la Reproducción Humana. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción volumen 1 num 4*, 115-130.
- Watson, G. (2016). muerte materna. *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna* , 27.
- Wikimedia Commons Contributors. (4 de Noviembre de 2014). *File: Encephalon.png*. Obtenido de File: Encephalon.png: <http://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Encephalon.png&oldid=138758720>
- Youtube (Dirección). (29 de Noviembre de 2018). *Mexicanas que no sabían que llevaban un DIU [Película]*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=4vxgjlposV8>
- Zaira, S. (7 de Septiembre de 2017). *Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de Reproducción Asistida ORG: <http://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/>

Zamora, J. (19 de Octubre de 2018). caravana de migrantes:¿De qué huyen los Hondureños que quieren llegar a Estados Unidos? (B. News, Entrevistador)

Glosario

Adecuación Intercultural en Salud: Consiste en adecuar servicios de salud materna de acuerdo a las costumbres de las usuarias como por ejemplo trato digno y respetuoso, ser tomadas en cuenta para cualquier situación respecto a su cuerpo, atención de un parto adecuado.

Agente de medicina tradicional o ancestral: Personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo. Así tenemos: huesero, partera, hierbero, curandero, chaman, etc.

Analfabetismo: Es la incapacidad de leer y escribir que se debe a la falta de enseñanza de las mismas.

Atención a la Salud Reproductiva: Conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver problemas relacionados con la Salud Reproductiva.

Calidad de atención en salud: Atender las necesidades de salud sexual y reproductiva del usuario o usuaria de una manera segura y duradera, en todos los aspectos y las veces que sea necesario. La atención debe ser la que necesita y espera el usuario o usuaria.

Derechos Humanos: Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.

Derechos Reproductivos: Permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, regular la fecundidad y disponer de la información y los medios para ello.

Encuesta: Aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información.

Entrevista: Una conversación entre dos personas, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional.

Hormona estrógeno: Son hormonas sexuales esteroideas, principalmente femeninas, que se producen en los ovarios y en las glándulas suprarrenales. Son las responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias femeninas, como: El crecimiento de las mamas, la aparición de la menstruación y el ensanchamiento de las caderas.

Hormona progesterona: La progesterona es una hormona sexual que liberan los ovarios y posteriormente la placenta. Durante el ciclo menstrual, su función es acondicionar el endometrio para facilitar la implantación del embrión en este, y durante el embarazo ayuda a que transcurra de manera segura.

También tiene un papel durante el periodo de lactancia, ya que ayuda a preparar las glándulas mamarias aumentando el tamaño de los senos para la segregación de leche.

Índice de Desarrollo Humano: Es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.

Indígena: Es un término se aplica a todo aquello que es relativo a una población originaria del territorio que habita.

Interculturalidad: A la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes.

Interculturalidad en salud: Es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

Métodos Anticonceptivos: Aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Muerte Materna: La defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Negligencia médica: Es un acto mal realizado por parte de un personal de salud que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente.

Partería: Abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

Parto Humanizado: Es la respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género.

Parto vertical: Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el recién nacido actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

Puerperio: Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

Producto Interno Bruto: Es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país o región durante un período determinado, normalmente de un año.

Rezago educativo: Es la condición en la que se encuentra una persona mayor de 15 años cuando no ha concluido su enseñanza básica.

Salud: No solo es la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo.

Salud Reproductiva: Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Sexualidad: Cualidad de los seres humanos y con ello se ejercen distintos tipos de relaciones como las efectivas y las de poder.

Sistema Nacional de Salud: Conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población

Tasa de Muerte Materna: Es el número anual de muertes femeninas por cada 100,000 nacidos vivos por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo.

Violencia Obstétrica: La acción u omisión por parte del personal de salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos

Fotografías del trabajo de campo

Taller en Casa de la Mujer Indígena de San Luis Acatlán





Hospital Básico de San Luis Acatlán



Taller de violencia de Género en la comunidad Llano Silleta





Parteras de la Casa de la Mujer Indígena





Anexos



Anexo 1 Encuesta

Diagnóstico sobre necesidades de adecuación intercultural de los servicios de salud materna para mujeres indígenas en las Costa Chica de Guerrero.

Código _____ Fecha _____

ENCUESTA PARA MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Edad: _____ Lengua (s) que hablas: español _____ Mixteco _____ Tlapaneco _____ Otro _____

Comunidad _____ Municipio: San Luis _____ Malinaltepec _____ Otro _____

Tú te consideras indígena: Si _____ No _____ NR _____ No de embarazos: _____ No de hijos vivos: _____

ATENCIÓN DEL EMBARAZO

1.- ¿Está embarazada actualmente?

Si _____ No _____

2.- ¿Durante su último embarazo tuvo algún tipo de revisión?

Si _____ ¿Desde qué trimestre? 1 _____ 2 _____ 3 _____ No Por qué _____

3.- ¿Con quién?

Médico _____ Enfermera _____ Partera _____ Méd y part _____ Promotora _____ Otro _____

4.- ¿En dónde?

Hospital _____ Centro de salud _____ CAMI _____ Casa de partera _____ Otro _____

5.- Durante su último embarazo ¿cuáles de las siguientes acciones realizó?

Acomodo del bebe _____ Prueba de orina _____ Prueba de sangre _____

Monitoreo del corazón del bebe _____ Ultrasonido _____ Vacuna _____

Revisión con la partera _____ Medición del útero _____ Tés de hierbas _____

Ácido Fólico/ Vitaminas _____ No cargar pesado _____ Amarrar la cintura _____

Revisión de signos de alarma _____ Ninguno _____ Otro _____

ATENCIÓN DEL PARTO

6.- ¿En qué año fue su último parto? _____ 7.- ¿Qué tipo de parto tuvo?

Normal ____ Cesárea ____ Aborto ____

8.- ¿En dónde?

Casa ____ Centro de salud ____ CAMI ____ Hospital de San Luis _____

Hospital de Ometepec ____ Hospital privado ____ Otro _____

¿Con quién? Casa ____ centro de salud ____ CAMI ____ Hospital de San Luis _____

9.- ¿Quién decidió el lugar del parto?

Yo ____ Mi esposo ____ Los dos juntos ____ Suegra ____ Partera ____ Otro _____

¿Por qué escogieron ese lugar? _____

11.- Si su parto fue en el hospital, ¿en dónde realizó el trabajo de parto?

Área de urgencias ____ Afuera del hospital ____ Sala de parto ____ CAMI ____ Otro _____

12.- Desde que empezaron los dolores hasta que nació tu bebé ¿cuánto tiempo paso?

1-6 hrs ____ 6-12 hrs ____ 12-24 hrs ____ 24-48 hrs ____ más de 48 hrs _____

13.- ¿Alguien te acompañó durante trabajo de parto?

Si ____ No _____ 14.- ¿Quién?

Esposo ____ Madre ____ Suegra ____ Partera ____ Promotora ____ Ninguno ____ Otro _____

15.- Si nadie te acompañó ¿por qué fue?

No quería ____ No estaba permitido ____ Otro _____

16.- Durante el trabajo de parto y el parto:

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="radio"/> ¿Hubo intimidad? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Tuvo Frío? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te dieron explicación sobre los procedimientos | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te permitieron comer algún alimento/bebida? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te permitieron caminar o moverse libremente? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te permitieron estar acompañada? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te colocaron suero? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Consideras que te hicieron tactos innecesarios? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te permitieron elegir la posición en la cual parir? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te picaron o cortaron? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te revisaron el útero para sacar restos de placenta? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Te presionaron para usar algún método anticonceptivo? | Si ____ No ____ |
| <input type="radio"/> ¿Respetaron tus costumbres? | Si ____ No ____ |

- ¿Te hablaron en tu lengua? Si ___ No ___
- ¿Hicieron algo sin tu consentimiento? Si ___ No ___
- ¿Sentiste algún tipo de maltrato o discriminación? Si ___ No ___
- ¿El tiempo de reposo después del parto fue suficiente? Si ___ No ___
- ¿El agua al momento de bañarte tenía una temperatura agradable? Si ___ No ___
- ¿Los alimentos después del parto eran adecuados a tu cultura? Si ___ No ___

17.- ¿Pagaste algo por tu parto? Si ___ No ___ **18.- ¿Cuánto?** _____

19.- ¿En qué? Medicinas ___ Transporte ___ Exámenes ___ Alimentos ___ Otro _____

20.- ¿Cómo sentiste la atención durante el parto?

Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___ ¿Por qué? _____

21.- Tus partos anteriores habían sido en:

Hospital ___ Centro de salud ___ Sola en casa ___ Con una partera ___ Otro _____

22.- Si fue distinto a este, ¿en cuál sentiste la mejor atención?

Hospital ___ Centro de salud ___ Sola en casa ___ Con una partera _____

Otro _____ ¿Por qué? _____

23.- Si tuvo su parto en el hospital, ¿Qué cambios le gustaría que se hicieran para que las mujeres recibieran una mejor atención?

24.- Si tuvo su parto con una partera, ¿Qué es lo que más le gustó?

Que hablo mi lengua _____ Que no me tocó _____ Que estuve acompañada _____

Que me prestó atención _____ Otro _____

25.- ¿Ha escuchado de la Casa de la Mujer Indígena? Si ___ No ___

26.- ¿Ha ido o iría a la Casa de la Mujer indígena? Si ___ No ___

¿Por qué? _____

27.- ¿Qué sugerencias harías para que tú atención fuera adecuada?

Anexo 2 Taller de Derechos Sexuales y Reproductivos

“Elaboración de un taller en la costa chica de Guerrero”

Introducción: El presente taller se creó con la finalidad de reforzar la acción comunitaria de los habitantes de costa chica de Guerrero, con respecto al tema de los derechos humanos, haciendo énfasis en derechos sexuales y reproductivos, debido a la mala atención que reciben por parte de los servicios de salud de esa comunidad. Basándonos en la justificación que muestra los resultados del diagnóstico comunitario, realizado en esa misma comunidad. Mostrando un objetivo general derivado de algunos objetivos en específico, para así poder desarrollar el contenido del programa, se aplicará en 2 días desarrollando una metodología donde se muestra el contenido que tendrá cada día del taller con las actividades y el tiempo en el que se realizaran.

Objetivo General: Generar en hombres y mujeres indígenas de las comunidades de la costa chica de Guerrero un trato adecuado por parte del personal de salud a través del reforzamiento de los conocimientos y empoderamiento de la comunidad sobre los derechos de salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos de las mujeres y hombres del municipio de San Luis Acatlán, Guerrero, acerca del derecho a la salud, así como los derechos sexuales y reproductivos, para promover su efectivo ejercicio.
- Fomentar los niveles de exigibilidad y justiciabilidad de los pobladores de las comunidades de costa chica guerrero para contribuir a mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva

Descripción del programa: Se realizará un taller con mujeres y hombres en varias comunidades de la costa chica de Guerrero, enfocado en el tema de salud sexual y reproductiva, con una duración de 2 días. El programa de actividades tendrá el siguiente contenido:

- Presentación.
- Autoestima.
- Género.
- Derechos Humanos.
- Derecho a la Salud.
- Derechos Salud sexual y reproductiva.
- Realización de carteles y propuestas para spot de radio.

Derechos sexuales y reproductivos.				
SESIÓN: 1		FECHA: -----	DURACIÓN: 8 horas.	
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DESARROLLO	MATERIALES	OBSERV/TIEMPO
Presentación ante la comunidad.	Que los facilitadores y la comunidad se conozcan.		- Pelota - Etiquetas blancas. - Plumones	- 45 min.
Dinámica de integración.	Que los participantes, interactúen y se integren al taller dejando atrás los pensamientos que no les permitan estar del todo en la actividad. Para generar confianza entre ellos.	Sentarse en círculo y que con una palabra digan cómo se sienten. Se jugara al asesino, haremos un círculo cerrando los ojos el facilitador dará las instrucciones del juego y tomando de los hombros a un participante, él sabrá que es el asesino, se dará la indicación para que abran los ojos , caminando en círculos y haciendo contacto visual en todo momento entre los participantes el que sea el asesino le guiñara el ojo a un participante sin que los demás se percaten de que él es el asesino al participante que le haya guiñado el ojo contara 5 segundos en silencio y en su mente y caerá al suelo gritando solo se podrán salvar si alguien descubre al asesino y en silencio le tendrá que decir al facilitador la hipótesis de quien es el asesino si el participante se equivoca saldrá del juego .	- Salón despejado.	- 30 min.
Autoestima.				-
Derecho en salud sexual y reproductiva.	Que las personas expresen que significan para ellos los derechos en	Que los participantes mencionen cada uno todo lo que	- Papel craff - Hojas de colores.	- 30 min.

	salud sexual y reproductiva.	sepan y creen acerca de lo que son o en qué consisten derechos en salud sexual y reproductiva.	- Plumones y diurex	
El árbol de los problemas.	Que los participantes visualicen y compartan las problemáticas acerca de la atención que reciben de los servicios de salud.	Se explica en que consiste la actividad, para así poder poner en las raíces lo problemas de mayor peso y se plantea que las hojas que son las soluciones se rellenen hasta el final ya con todo lo aprendido a lo largo del taller.	- Papel craft - Hojas de colores. - Plumones y diurex	60-90 min.
		Descanso	-	
¿Qué son los derechos humanos?	Que conozcan el concepto institucional de derechos humanos.		- Papel bond - Plumones	30 min.
Derecho a la Salud.	Que los facilitadores den una explicación acerca los artículos relacionados con el derecho a la salud.	Con material implementado por los facilitadores explicación del derecho a la salud.	----- -	20 min.
Información de Derechos sexuales y reproductivos. - ITS	Complementar y reforzar los conocimientos en salud sexual y reproductiva.		- Papel Bond. - Plumones.	20 min.
Métodos anticonceptivos.	Información acerca de los de los métodos anticonceptivos, anticonceptivos que existen.		- Mostrar los métodos visualmente.	30 min.
Elaboración de un material didáctico	De acuerdo a los conocimientos expuestos y adquiridos, los participantes generen su propio material, que les sirva para compartir esa información en su comunidad.		-	
Cierre	Despedida y retroalimentación del día 1 del taller.			20 min.

Derechos sexuales y reproductivos.				
SESIÓN: 2		FECHA: -----	DURACIÓN: 5 horas.	
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DESARROLLO	MATERIALES	OBSERV/TIEMPO
Bienvenida	-Calentamiento. -Generar un ambiente de convivencia con todo el grupo, recordando el nombre de los integrantes del grupo.		- Grabadora. - Etiquetas - Plumines	60 min.
Conceptos de derechos en salud sexual y reproductiva	Que las personas con la información que se expuso, puedan generar un concepto más amplio acerca de estos temas.	Que los participantes mencionen cada uno todo lo que sepan y crean acerca de lo que son o en qué consisten derechos en salud sexual y reproductiva.	- Papel craft - Hojas de colores. - Plumones y diurex	- 40 min.
Árbol de los problemas	Retomar la actividad del árbol de los problemas para que entre todos colocar las soluciones que puedan existir respecto a ese problema	Generar entre todos soluciones idóneas al problema.	- Papel craft - Hojas de colores. - Plumones y diurex	-60 min.