

Mujeres y Salud Materna. Una experiencia con parteras tradicionales del sur de México

Women and maternal health. An experience with traditional midwives in southern Mexico

**María Elena González Canavesio,
Silvia Agustina Peralta y Gabriel Federico Pitaluga**

Fecha de presentación: 30/04/19

Fecha de aceptación: 26/07/19

Resumen

El siguiente texto pretende recuperar la experiencia de trabajo en la Casa Materna de la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, en el marco de la rotación de la Residencia de Trabajo Social y Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, República Argentina, durante los meses de octubre y noviembre del año 2018.

Las acciones desarrolladas se centraron en las problemáticas relacionadas a las usuarias y a las parteras tradicionales que brindan allí sus servicios. Analizando el marco normativo en salud materna y su contraste con las políticas y la concepción de sujeto subyacente a las mismas, la mercantilización de la salud que éstas refuerzan, la hegemonía del modelo médico alopático por sobre la medicina tradicional indígena, y las barreras sociosanitarias que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, recuperamos aportes de la disciplina del Trabajo Social en relación a la salud y, específicamente, a la salud materna, proponiendo ante las autoridades locales, una serie de acciones destinadas al fortalecimiento de los servicios que el mencionado centro de salud brinda para la

Abstract

The following text aims to recover the work experience in the Mother House of the city of San Cristóbal de las Casas, within the framework of the rotation of the Social Work and Health Residency, under the Ministry of Health Córdoba Province, during the months of October and November of the year 2018.

The actions developed focused on the problems related to the users and traditional midwives who provide their services there. Analyzing the normative framework in maternal health and its contrast with policies and their conception of underlying subjects, the commodification of health that they reinforce, the hegemony of the allopathic medical model over traditional indigenous medicine, and socio-sanitary barriers that hinder access to health services. For this we recover contributions of the Social Work discipline in relation to maternal health and health, proposing, before the local authorities, a series of actions aimed at strengthening the services that the aforementioned health center provides for the reduction of maternal death, objective for which that space was created.

disminución de la muerte materna, objetivo para el cual fue creado.

Palabras clave

Salud materna, partería tradicional, derechos, sujetas/os, mercantilización.

Keywords

Maternal health, traditional midwifery, rights, subjects, commodification.

Introducción

El presente trabajo es producto de la sistematización¹ de nuestra experiencia de rotación de la Residencia de Trabajo Social y Salud de la Provincia de Córdoba, República Argentina,² en una institución de salud pública de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México; desarrollada entre los meses de octubre y noviembre del año 2018.

Desarrollamos nuestro trabajo con el equipo de salud de ese espacio de atención materno infantil, el cual combina prácticas y concepciones tanto del modelo médico hegemónico como de la medicina tradicional maya. El equipo está conformado por parteras tradicionales, médicas obstetras (una de las cuales es la directora del Centro), enfermeras/os, una psicóloga y un médico homeópata.

La demanda inicial, realizada por su directora, estuvo dirigida a la construcción de un instrumento de seguimiento de la situación de salud de las mujeres³ usuarias durante el puerperio. Dicha demanda fue resignificada y ampliada en el proceso diagnóstico, a partir del conocimiento de la institución y su contexto. Es por eso que decidimos construir el instrumento de forma participativa, con las parteras tradicionales, y simultáneamente generamos algunas propuestas para abordar la complejidad de las situaciones problemáticas detectadas.

Nuestra formación en Trabajo Social guió el análisis hacia la comprensión de la salud desde las Ciencias Sociales, por lo cual hicimos hincapié en la necesidad de contribuir a la reducción de la muerte materna a través del reconocimiento de las barreras de accesibilidad de las usuarias y la elaboración de tácticas y estrategias para disminuirlas. Contemplando, además, los determinantes sociales de la salud (Breilh, 2003) que influyen en las complicaciones del embarazo-parto-puerperio, y la salud sexual de las mujeres, sus parejas y acompañantes.

Realizamos un reconocimiento de limitaciones externas e internas necesarias de resolver, o al menos mitigar, para acercarnos a los fines propuestos. Por ello, abordamos elementos estructurales vinculados al contexto político, económico y social, y desde allí nos adentramos en cuestiones que consideramos necesarias de trabajar desde el interior de la Casa Materna y a

¹ Los insumos utilizados provienen de la observación participante en reuniones de trabajo, talleres y otras instancias participativas en la Casa Materna de San Cristóbal de las Casas.

² La residencia de Trabajo Social y Salud es un sistema de formación de posgrado teórico-práctico, becado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que se desarrolla en diferentes hospitales públicos de la provincia, con una duración de 3 años.

³ Si bien la expresión "personas gestantes" resulta más adecuada para abarcar la diversidad de géneros, en este trabajo utilizamos genéricamente el término mujer, ya que las experiencias que evidenciamos fueron protagonizadas por personas que se identificaron de esta forma.

nivel Jurisdiccional⁴, reconociendo la interrelación entre los diferentes niveles y elementos del contexto.

Breve reseña contextual

Los Estados Unidos Mexicanos se encuentran constituidos por 32 Estados, siendo Chiapas uno de ellos. En él se encuentran algunas de las regiones con mayor población indígena del país.

En el año 1994 tuvo lugar, en territorio chiapaneco, el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, movimiento político indígena con vigencia actual, que reclamó el acceso a derechos humanos tales como trabajo, tierra, vivienda, alimentación, salud y educación; y demandando a su vez independencia, libertad y justicia. Es a partir de este hecho histórico que la región y la situación indígena toman notoriedad mundial. Por ello, el gobierno federal comenzó a prestar mayor atención a las problemáticas sociales de Chiapas, dando inicio a un proceso de reconocimiento de la interculturalidad que disputa sentidos a la hegemonía racista presente en México.

San Cristóbal de las Casas es una localidad del Estado de Chiapas caracterizada por conformar una zona urbana culturalmente diversa. Si bien el idioma más utilizado es el español, se destacan como principales lenguas indígenas de la región el tzeltal y el tzotzil (de procedencia maya) y es común escuchar conversaciones en estas lenguas por toda la ciudad. El Estado de Chiapas, junto a Oaxaca y Yucatán, concentra el mayor porcentaje, entre su población, de hablantes en lenguas indígenas del país, entre el 27,9% y el 32,2% (INEGI⁵, 2015), y en el Censo 2010, Chiapas ocupaba el tercer lugar en porcentaje de población en hogares indígenas (33,4%). Al respecto, cabe destacar la relación estadística directa entre población indígena y pobreza (CONEVAL⁶, 2012).

Salud y salud materna en México

El sistema de salud mexicano se caracteriza por su fragmentación, descentralización y el escaso presupuesto destinado, aún luego de la implementación de reformas en el año 2004, que habilitaron que la población desempleada, autoempleada y quienes vendían su fuerza de trabajo en el mercado informal, se afiliaran al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS)⁷. Sin embargo, esta ampliación de cobertura no

⁴ "La Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. Dentro del proceso de regionalización y descentralización de los servicios de salud, la Jurisdicción Sanitaria tiene un papel relevante debido a que es el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde se otorgan dichos servicios a la comunidad" (Gobierno del Estado de México, 2006: 5); La Casa Materna de San Cristóbal de las Casas se encuentra bajo la órbita de la Jurisdicción N°2.

⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social.

⁷ La estrategia de seguros de salud es promovida hace tiempo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en todo el mundo. En Argentina pretende materializarse mediante la denominada Cobertura Universal de Salud (CUS), que, como plantea Mario Róvere, lejos de perseguir su objetivo declarado de reducir las desigualdades de salud, en el mediano y

logró los objetivos planteados; por el contrario, la mortalidad materna se mantuvo muy alta, hecho grave si se tiene en cuenta que se trata de un problema de salud prevenible. Es éste el principal problema al cual la Casa Materna debe dar respuestas.

Siguiendo a Díaz Echeverría (2010), ello se debe a que

“(…) en vez de introducir un presupuesto específico para la salud materna desde la perspectiva de garantizar la atención universal, el poder ejecutivo desde el 2007 a la fecha ha desarrollado acciones tendientes a reforzar estrategias focalizadas a dicha problemática, las cuales tampoco contaron con recursos financieros (...) por lo tanto no ha sido un mecanismo de crecimiento de los servicios sanitarios para la salud y mortalidad materna (...)” (p. 19).

México ocupa el último lugar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con relación al gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)⁸; mientras que el gasto de bolsillo que realizan las familias para acceder a las prestaciones de salud supera el 40% del gasto total del país en salud. Así, se mantienen las desigualdades que el proyecto del SPS planteaba disminuir. De esta manera, y tal como se establece en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE), los problemas de salud repercuten en el empobrecimiento de los grupos familiares y en el mantenimiento de la condición de vulnerabilidad (OCDE 2016, 2017).

Durante el año 2016, según datos del INEGI, el porcentaje del PIB para el sector salud fue de 5.6%, manteniéndose en una variación de entre el 5,3% y el 5,6% durante los últimos nueve años. El mismo Instituto señala también un aumento del gasto realizado por los hogares mexicanos a fin de cubrir sus necesidades de salud, dentro del cual se destacan los efectuados para la adquisición de medicamentos y para el acceso a consultas médicas⁹.

Los datos del año 2018, elaborados por la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2018) señalan que:

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 29.7 defunciones por cada 100 mil nacimientos.
- Las principales causas de defunción son: hemorragia obstétrica (23.8%); enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (21.1%) y Aborto (8.7%).
- El Estado que notificó mayor número de defunciones es Chiapas (60).

largo plazo tenderá a profundizar la mercantilización de las prestaciones con una notable regresividad respecto a la efectivización del Derecho Humano a la Salud. Recuperado de Youtube el día 20/04/2019: https://www.youtube.com/watch?v=IXFs_D8q1Y8

⁸ Recuperado de El Sol de México, el día 04/06/2019: <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/curar-a-mexico-presupuesto-de-salud-2018-307782.html>

⁹ Extraído de El Financiero el día 11/11/2018 de: <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/el-sector-salud-representa-el-5-6-del-pib-de-mexico?fbclid=IwAR0sYSTtsEQ7AdiETgOrtKgoNpnlTEziYnBbPrNgeYxmzy-CLNPRFWc9M5E>

Es de destacar que “*las mujeres indígenas tienen un riesgo de mortalidad materna tres veces mayor al de mujeres no indígenas*”¹⁰ (Uicab Pool & Juárez, 2018: 65). En este contexto, es preocupante la alta tasa de mortalidad materna en Chiapas, que está presente tanto en la agenda política nacional como internacional. Por lo cual, la Iniciativa Mesoamérica y el PAE, mencionado con anterioridad, se encuentran vinculados a los Objetivos del Nuevo Milenio, a los que se comprometió el Estado nacional en el año 2000. Pese a estos acuerdos, la mortalidad materna no se ha reducido considerablemente, tal como se refleja en el informe de la DGE del año 2018.

La mortalidad materna es un indicador de injusticia social e inequidad de género (Díaz Echeverría, 2006). Es un problema multiprocesual que incluye aspectos socioeconómicos y culturales; por ello, su disminución requiere de las articulaciones y el compromiso de las/os diferentes agentes de salud, como así también de referentes comunitarias/os; la participación protagónica de las propias mujeres, y la garantía de acceso a los centros de salud, sorteando las diversas barreras que lo obstaculizan. El derecho a la salud, —en este caso en el proceso de embarazo-parto-puerperio— es reconocido por el Estado en sus distintos niveles; no obstante, se identifica una omisión en cuanto al cumplimiento de las normativas y al financiamiento de los programas e iniciativas que abordan esta problemática.

Derecho a la salud

El Derecho a la Salud es un derecho humano fundamental, presente en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) incorporado en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, cuyo objetivo principal es garantizar condiciones de vida digna sin las cuales se dificulta el ejercicio de los derechos. Estos DESC son exigibles al Estado (sujeto obligado) en la medida de los recursos que efectivamente tenga, pero ello no significa que el Estado pueda alegar no poseer recursos (Meza, Mancinas, Meneses & Meléndez, 2015). En el caso de que no disponga en lo inmediato de recursos suficientes para garantizar un DESC, debe implementar medidas para disponerlos, por ejemplo, con la creación de impuestos progresivos.

Por otro lado, se impone el principio de no regresividad. Es decir que el Estado está obligado a adoptar medidas progresivas, incrementando la inversión, el acceso, la cobertura y calidad en la prestación de servicios de salud. Entendiendo que las necesidades a las cuales refieren los DESC, no se colman de una vez y para siempre, sino que tienden a umbrales de bienestar cada vez mayores.

Esto debe quedar claro cuando sostenemos que la salud es un derecho, siendo las/os ciudadanas/os sujetos de derecho y el Estado el sujeto obligado a garantizarlos. Incluso, planteado como un derecho humano, es un derecho de toda persona por el solo hecho de serlo, más allá de la ciudadanía o cualquier tipo de acreditación que termine oficiando como barrera de accesibilidad.

¹⁰ Este dato, sumado a los desarrollados en el apartado anterior, nos llama la atención sobre la profunda vulnerabilidad que representa ser mujer, madre, indígena y pobre en el contexto descripto.

Sin embargo, tal como plantean Meza et al. (2015), entre el sujeto de derecho y el sujeto obligado, deben existir mecanismos de exigibilidad que propicien el ejercicio del Derecho a la Salud; para ello, tanto las instituciones y funcionarios/os del Estado, como organizaciones de la sociedad civil, deben mediar en función de efectivizar los derechos demandados por sus titulares. Esto, a los fines de reducir la asimetría de poder de cada persona usuaria con relación a quienes deben brindarles servicios de calidad y trato digno.

“Según Castro, uno de los determinantes más importantes del maltrato corresponde al desequilibrio en las relaciones de poder que existe entre el personal médico y las usuarias de los servicios, lo que se manifiesta por un lado en prácticas autoritarias por parte del personal de salud –incluso promovidas por estos mismos agentes– y, por otro lado, en un comportamiento de subordinación por parte de las víctimas de maltrato que en muchas ocasiones optan por no protestar ante prácticas abusivas, o asumen estas como culpa suya” (Meza et al., 2015: 361).

En tal sentido, la intervención estatal en materia presupuestaria y de cobertura, y la adecuación de los conocimientos, habilidades y tareas de las/os trabajadoras/es de la salud al ejercicio del Derecho Humano a la Salud, configuran elementos estructurales centrales y cuyo fortalecimiento reduce la muerte materna.

Dentro de las posibilidades en la Casa Materna, resulta una tarea fundamental demandar a las autoridades estatales los recursos necesarios, como el reconocimiento laboral de las parteras tradicionales y la creación de organismos e instrumentos que representen los intereses de las usuarias en sus demandas. Simultáneamente, resulta necesario seguir adecuando los servicios para el ejercicio del Derecho a la Salud y en ese marco, disminuir el riesgo de las usuarias de morir por causas evitables.

La Casa Materna en el marco de la Iniciativa Mesoamérica

La iniciativa Mesoamérica Salud integra fondos provenientes de fundaciones internacionales en asociación con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Sus objetivos son la reducción de inequidades en salud mediante la extensión de la cobertura y la mejora de la calidad de las intervenciones, y la contribución a reducir la muerte materna e infantil.

En el marco de esta iniciativa se impulsa la creación de las Casas Maternas. Se trata de centros de salud de baja complejidad, de jurisdicción estatal, cuyo objetivo principal es la reducción de la mortalidad materna. Entre sus estrategias está la de articular la medicina tradicional indígena con la medicina alopática, con la finalidad de que los partos atendidos por parteras tradicionales –

práctica habitual en Chiapas¹¹ – se realicen con el apoyo del sistema de salud y sus recursos humanos, administrativos y de infraestructura.

La Casa Materna de San Cristóbal de las Casas se constituye como tal en junio de 2018. En ella se pueden identificar los atravesamientos del contexto sociopolítico y económico en general, y del sistema de salud mexicano antes caracterizado. La descentralización representa un obstáculo para la cooperación entre los diversos centros de salud de la región. Asimismo, hay un escaso reconocimiento e identificación de referentes comunitarias/os presentes en la cotidianeidad de las mujeres que acuden al Centro.

Quienes ejercen la partería tradicional no son reconocidas por el Estado como trabajadoras, pese a que se avalan sus prácticas de salud en diferentes normativas¹², en tanto intérpretes y acompañantes del embarazo, parto y puerperio, autorizadas para la atención del proceso, respetando la diversidad cultural que caracteriza a la población de Chiapas. Es importante destacar que existe un tabulador salarial y código de contratación para las parteras tradicionales, por tanto, en términos administrativos, se puede solicitar su contratación y existe la plataforma administrativa de gestión financiera para ello (Díaz Echeverría, 2017).

Para la constitución de la Casa Materna, la Jurisdicción de Salud II convocó a las parteras que figuraban en los registros oficiales, sin proporcionarles ningún tipo de seguridad social ni salario. Esta situación mercantiliza la relación establecida entre éstas y las usuarias de sus servicios.

A la precarización laboral se suman problemas de salud de las parteras consultadas, como problemas visuales que dificultan su trabajo en óptimas condiciones. Asimismo, en las jornadas compartidas, algunas parteras relataron situaciones en las cuales no podían pagar el transporte hacia sus hogares si en su turno no iba ninguna mujer a contratar sus servicios remunerados. Estos obstáculos identificados hablan de una profunda precariedad sociolaboral de las parteras tradicionales. Problema grave, considerando que son agentes de salud fundamentales para la reducción de la muerte materna y el parto humanizado en la región. Quizá bajo el manto del principio del enfoque intercultural se enmascara la precarización laboral de las parteras y la mercantilización del derecho a la salud de las mujeres.

De las observaciones realizadas y las consultas al personal, surge que las usuarias del Centro de salud no pertenecen a la población de mayores ingresos; no obstante, en pos de acceder a una atención con pertinencia cultural –en la medida en que el proceso de embarazo-parto-puerperio constituye un evento biocultural– efectúan gastos de bolsillo con gran esfuerzo para acceder a un servicio de salud respetuoso de su cultura. A esta erogación se suman los costos de traslado para acceder a la institución, los días que su acompañante no trabaja –y por ende no genera

¹¹ Chiapas tiene el menor porcentaje de partos atendidos por personal médico en el país (69.7% vs 94.6%) y el mayor número de partos atendidos por parteras tradicionales o profesionales (26.9% vs 2.7%), de acuerdo con los datos del INEGI y CONAPO del año 2014. Cabe destacar que la partería tradicional es concebida como patrimonio cultural del país (Ramírez, s/f).

¹² A nivel internacional, existe una Declaración conjunta de la OMS/FNUAP/UNICEF; En México, la partería tradicional está contemplada dentro de la medicina tradicional, en los artículos 1º y 2º de la Constitución y en los artículos 6 y 93 de la Ley General de Salud y la figura de la Partera Tradicional en el artículo 64 de la misma Ley; en tanto el proceso de autorización se encuentra en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Incluso existe una guía de la Secretaría de Salud (SSA) para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional. (SSA, s/f)

ingresos- además de los gastos de manutención de las/os hijas/os que dejan en la comunidad. En otras ocasiones, no hay alternativas y acceden a un hospital con atención biomédica, alejadas de sus costumbres y comunidades, pero que les reconoce el Seguro Popular de Salud, brindándoles atención de manera gratuita. De esta forma se pone en cuestión si estas mujeres siguen siendo ciudadanas con derechos en el sistema de salud o clientas de un mercado de servicios de salud.

Por otra parte, pese a que la Secretaría de Salud (SSA) implementó una metodología donde tanto parteras como otro personal de salud universitario pusieran en diálogo sus conocimientos para crear sinergia entre modelos y culturas diferentes, no se lograron relaciones de igualdad, sino que las parteras continúan teniendo un lugar relegado en el sistema de salud (Meneses Navarro, 2010). En la Casa Materna ello se manifiesta a través de la no remuneración de los servicios de las parteras -cuando el resto del personal está reconocido en sus derechos laborales- en la dinámica cotidiana y la disposición del espacio.

Alonso Lord & Iburgüen Tinley (2018) afirman que, si bien la SSA realizó propuestas operativas, éstas no se evidencian con claridad en la cotidianeidad de los servicios de salud. Tales propuestas giraban en torno a:

- La incorporación formal de las parteras a la red de servicios, particularmente al SPS, y la remuneración justa por ello.
- La formación de nuevas parteras tradicionales y capacitación de las que están insertas en instituciones de salud¹³.
- El fortalecimiento de las parteras que viven en comunidades alejadas a los centros de salud con equipos de comunicación y atención.

Intervención desde el Trabajo Social en la Casa Materna

Para generar un diagnóstico de situación, realizamos una serie de acciones que nos permitieron acercarnos a las problemáticas vinculadas a la salud materna en San Cristóbal de las Casas: la revisión de fuentes bibliográficas locales; el marco jurídico; las políticas involucradas; sumado a las observaciones participantes en la Casa Materna y otros centros de salud para recoger las experiencias de las trabajadoras de los mismos.

A partir de ese diagnóstico, construimos nuestro objeto de intervención de la siguiente manera: limitaciones de orden extrínseco e intrínseco para el monitoreo del estado de salud de mujeres embarazadas y púerperas por parte del Equipo de Salud de la Casa Materna. Las primeras se manifiestan en la insuficiente coordinación con los diferentes centros de salud, principalmente con los del primer nivel de atención. Las segundas se refieren a la escasa implementación, por parte del equipo de Salud de la Casa Materna, de los instrumentos disponibles para el monitoreo del estado de salud de mujeres embarazadas y púerperas; además de no contar con profesionales

¹³ En el caso de las parteras de la Casa Materna de San Cristóbal de las Casas, las mismas destacaron como un hecho positivo las capacitaciones que se les brindaban desde la Jurisdicción.

de Trabajo Social que puedan trabajar, por ejemplo, en la identificación de determinantes sociales de salud de las usuarias y las barreras de accesibilidad a los servicios de salud sexual y materna, entre otras incumbencias.

Por otro lado, la desprotección laboral en la que se encuentran las parteras tradicionales indígenas que prestan servicios en la Casa Materna constituye una doble vulneración de derechos, no sólo a los suyos, sino también hacia los de las usuarias de sus servicios que deben establecer relaciones mercantiles para acceder a los mismos.

Frente a esta situación, generamos algunas propuestas, en nuestra acotada experiencia en San Cristóbal de las Casas, desde la mirada del Trabajo Social y desde nuestra particular visión, elaborando un proyecto para aportar otras perspectivas y concepciones de sujeto, a los servicios que se brindan.

La intención fue proporcionar algunas líneas de trabajo que pudieran ser evaluadas por el equipo de la Casa Materna, incorporando aquellas que creyeran pertinentes y viables de implementar.

Nuestro punto de partida: ¿qué entendemos por salud y por salud materna?

Una visión social, integral y colectiva de la salud, desde el legado de la Declaración de Alma Ata en adelante, es recuperada en el planteo de Mirad (2016), quien sostiene que

“La salud es creada, producida por las personas en el marco de su vida cotidiana; es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y mentales. Los determinantes de la salud dependen fundamentalmente de la educación, la alimentación, la vivienda, los ingresos, los servicios básicos, el ambiente, la equidad, la paz y la democracia” (p. 1).

Ferrandini (s/f), por su parte, plantea que *“la salud es la capacidad de lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida” (p. 5)*. Aquí, el protagonismo radica en las propias personas que proyectan su vida y luchan por transformar las condiciones que reconocen como limitantes.

Desde esta mirada, la salud es una opción política inmersa en relaciones de poder que condicionan la vida. Por ello no basta con reconocer los determinantes sociales de la salud, las barreras de accesibilidad, la responsabilidad del Estado, la salud como asunto público, la necesidad de una epidemiología crítica para planificar los servicios de salud, y la necesaria participación comunitaria en los procesos de salud colectiva –todos elementos fundamentales de considerar–; sino que es necesario partir de la *desmercantilización* (Esping Andersen, 1993) de la salud como premisa fundamental. La imposición del capitalismo biomédico prolifera en los sistemas de salud y en la propia formación de profesionales de la salud (Mirad, 2016), en donde por ejemplo, la promoción y la prevención ocupan un lugar marginal en la planificación y la carga/inversión presupuestaria en salud.

La salud, entonces, debe entenderse como un proceso colectivo político, cultural, social y económico, en permanente cambio y sobre el cual cada persona influye y es influida por los

procesos instituidos e instituyentes de lo legítimo y esperable en relación con el bienestar propio y de la sociedad de la que se forma parte.

Sujetos en la trama mercantilizadora de la salud

Las mujeres se enfrentan a *barreras* (Comes, Solitario et al, 2006) que obstaculizan el acceso a los centros de salud impidiéndoles tener una atención adecuada y de calidad. No es menor la dificultad de acceso geográfico, por ello son relevantes las/os diversas/os actoras/es comunitarias/os. Otra barrera está ligada a lo simbólico y dentro de ella se destaca la cultural, no solo en cuanto a costumbres, sino también en cuanto a la lengua materna que no siempre es dominada por las/os agentes de salud. Lo mismo sucede cuando no se realizan consejerías de temáticas fundamentales – tales como salud sexual (independientemente de la reproducción), signos de alarma en el proceso de embarazo-parto-puerperio, lactancia– o cuando estos espacios de consejería no se desarrollan con pertinencia sociocultural, desconociendo la realidad de la mujer en el marco de su centro de vida y su nivel educativo, por citar ejemplos. En ocasiones las/os agentes de salud desconocen y/o no respetan su cosmovisión. Así como lo administrativo, también dificulta el acceso al centro de salud, burocratizándolo. Estas barreras no sólo son experimentadas por las usuarias, sino también por las propias parteras tradicionales indígenas.

El proceso de embarazo-parto-puerperio da cuenta de experiencias con un profundo significado emocional, espiritual, psicológico y físico, así como un evento sociocultural para la mujer, su familia y comunidad. Por tal motivo, es necesario plantearse un sistema de salud centrado en la persona, quien debe ser protagonista de sus procesos de salud sexual y reproductiva (SSR) tomando las decisiones que tales procesos requieran (Alonso Lord & Ibargüen Tinley, 2018).

La concepción sujeto que se sustente determinará en buena medida la forma, el contenido y los objetivos de las intervenciones que se realicen, posicionando la intervención en diferentes perspectivas y enfoques.

Desde nuestra formación proponemos y promovemos una concepción de sujetas/os de derechos, en donde la función de los servicios que se les brinden debe ser la de garantizar los derechos consagrados y la dignidad de sus titulares, entendiendo los mismos de forma interdependiente en una relación y simultaneidad con los de las demás personas de la sociedad que se comparte. De esta forma, se entiende que los derechos de las/os trabajadoras/es de la salud son complementarios con los de las/os usuarias/os y viceversa. Sabemos, sin embargo, que esta concepción –según nuestra experiencia como residentes– poco se comparte en los servicios de salud, tanto en México como en Argentina, estando siempre latente el miedo a que los derechos de las/os usuarias/os interpelen negativamente al quehacer del personal y que los derechos del personal limiten la atención en tiempo y forma de las/os usuarias/os (concepción que se refuerza en los conflictos desatados en situaciones de paros, asambleas y otras medidas de fuerza).

En el campo de la salud pública –y en el marco de la sociedad latinoamericana contemporánea– se focaliza la atención de la salud en trabajadoras/es cuyos derechos laborales y de protección social no se encuentran plenamente garantizados, las/os denominadas/os “no derecho habientes”, expresión con la que se designa en México a las personas excluidas del mercado formal de trabajo. Ese lugar precario ocupado en el mercado de trabajo se suma a otros procesos de vulnerabilidad vinculados a aspectos de géneros, diversidad cultural, generación, entre otros, que deben ser considerados en todo proceso de intervención, que a su vez contiene particularidades propias de acuerdo con la posesión y combinación de diferentes tipos de capitales. (Gutiérrez, 2006).

En nuestra intervención construimos un proyecto centrado tanto en las usuarias de la Casa Materna como en sus trabajadoras precarizadas, las parteras tradicionales.

Consideramos fundamental, en pos de garantizar los derechos humanos en el ámbito de la salud pública, construir estrategias que garanticen mayores niveles de autonomía y protagonismo individual y colectivo de usuarias/os en las decisiones sobre su salud integral. Ello se plasma en algunas de las propuestas realizadas en el proyecto que elaboramos para la Casa Materna.

En primer lugar, expusimos la necesidad de realizar un mapeo de los centros de vida de las mujeres que se atienden en la Casa Materna para visibilizar los potenciales recursos institucionales y comunitarios que permitieran abordar en red la salud materna y resolver con mayor efectividad las emergencias obstétricas. También diseñamos una propuesta de cartilla informativa destinada a las usuarias facilitando información sobre el proceso de embarazo-parto-puerperio, sus derechos durante éste, datos de contacto de los centros de salud y agenda de cuidados prenatales y puerperales. Finalmente, sugerimos la implementación de un proyecto de Consejerías en Salud Sexual desde la perspectiva de derechos y con un enfoque intercultural¹⁴ y de géneros, a los fines de complementar la integralidad y calidad de la atención proporcionada en la Casa Materna y como estrategia de oportunidad de promoción de la salud sexual integral incluyendo a las/os acompañantes de las usuarias.

Estas líneas de acción, sumadas a otras insuficientemente implementadas por el equipo de salud, como los planes de parto, surgen del reconocimiento de las relaciones asimétricas entre las/os usuarias/os y el personal; por ello pretenden conformarse como herramientas para minimizar los posibles abusos de poder y opresiones que impactarían negativamente en los procesos de autonomía y protagonismo de las/os usuarias/os sobre su salud individual y colectiva. Al mismo tiempo que contribuirían a organizar y coordinar los servicios desde la planificación estratégica participativa.

¹⁴ Desde nuestra experiencia en la implementación de proyectos de salud sexual desde los Servicios Sociales de los Hospitales en los cuales nos insertamos como Residentes, hemos insistido en la necesaria incorporación de profesionales de Trabajo Social, en la Casa Materna, para desarrollar el espacio de consejerías, contemplando además la posibilidad de establecer convenios con unidades académicas de la disciplina para habilitar las prácticas preprofesionales en este espacio y la articulación de estas con el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) como centro formador en Trato Digno y Salud Materna con pertinencia cultural. En nuestro reconocimiento del campo visitamos Escuelas de Trabajo Social, Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en salud sexual y accedimos a investigaciones y capacitaciones del CIESAS, lo cual nos invita a pensar que podrían generarse importantes sinergias con voluntad política y algo más de coordinación y recursos.

Por otro lado, si consideramos la importancia del abordaje integral de la salud, se vuelve necesario partir del reconocimiento de la autonomía, tanto de las parteras tradicionales como del resto de integrantes del equipo de salud, y desde allí buscar la necesaria y efectiva complementariedad de prácticas y saberes. En tal sentido, ninguna praxis debería pensarse como auxiliar de otra, sino como complementaria de las demás, en busca de sinergia e integralidad en el abordaje de la salud de las personas.

Tanto la hegemonía biomédica, como la exclusión de las parteras de la seguridad social y el salario, son obstáculos, no solo para su reproducción cotidiana, sino también para su protagonismo y autonomía. Por ello se generaron como acciones la visibilización y problematización de la situación de precariedad laboral de las parteras tradicionales ante las autoridades de la Casa Materna y de la Jurisdicción II, y la reconstrucción del instrumento de registro empleado por las parteras que conforman la Casa Materna. Las parteras identificaron fortalezas y obstáculos en su implementación, y por nuestra parte recogimos sus propuestas para realizar las adecuaciones pertinentes en el instrumento. Para el instrumento de registro y seguimiento a emplear por las parteras, y la cartilla informativa para las usuarias, se esbozaron modelos que deberían ser adaptados por diseñadoras/es gráficas/os y traducido a las principales lenguas indígenas de la región.

A modo de cierre

Ha resultado muy enriquecedor el paso por la Casa Materna de San Cristóbal de las Casas, cuyo personal nos abrió las puertas con calidez y nos permitió la realización del análisis y la presentación de propuestas que refleja este trabajo¹⁵. La crítica constructiva transversal a nuestro análisis puede ser incómoda, pero creemos que puede resultar productiva en el marco de la reciente institucionalización de este centro de salud cuya corta trayectoria puede explicar algunas de sus debilidades pero también brindar grandes oportunidades para instituir prácticas y concepciones de salud superadoras. En ese sentido, cabe destacar algunos de los enfoques que podrían guiar hacia una mayor calidad en los servicios brindados.

Enfoque de Derechos: esta perspectiva parte del reconocimiento, la promoción, la garantía e incluso la restitución de los derechos de las/los sujetos con quienes se interviene. Estos deberían considerarse los principios rectores de las intervenciones en los sistemas de salud, en tanto derechos humanos consagrados internacionalmente.

Enfoque de géneros: una mirada desde los géneros reconoce las construcciones diferenciales sobre lo que implica ser varones, mujeres y géneros divergentes. Es necesario analizar y actuar sobre las desigualdades, prejuicios, estigmas, marginalidades, mandatos y diversos tipos de violencias que tales construcciones han generado.

Enfoque de pertinencia cultural: que parte de considerar el contexto y las características culturales de las/os usuarias/os y sus requerimientos en relación a su salud. Para ello resulta

¹⁵ Amerita un agradecimiento especial al acompañamiento que nos brindó la Socióloga Magdalena Morales Domínguez, voluntaria en la Casa Materna.

necesario el conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural, para adecuar y/o complementar los servicios a las necesidades, prácticas, valores y cosmovisiones de las personas, escuchando además las consultas y propuestas particulares de cada usuaria/o. La comunicación en su lengua materna (con intérprete en caso de requerirlo) y el diálogo en términos accesibles a la comprensión mutua resulta fundamental (Freyermuth Enciso y Meneses Navarro, 2017). Tener en cuenta estos enfoques, junto a la consideración de las clases y desigualdades socioeconómicas –de forma transversal–, resulta indispensable para garantizar prácticas de trato digno, además de potenciar la reducción de los efectos de las manifestaciones de las estructuras sociales productoras de desigualdades.

Bibliografía

Alonso Lord, Cristina; Iburgüen Tinley, Lorena (2018): Filosofía y principios de los modelos de atención de la partería profesional. Panorama internacional. En Freyermuth, Graciela. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. CIESAS, México.

Breilh, Jaime (2003): Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia (2006): El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de Investigadores*. Volumen XVI, 201-209. Secretaría de investigaciones. Facultad de Psicología – UBA, Buenos Aires.

Coneval (2012): La pobreza de la población indígena en México. Coneval, México. Recuperado de:

https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/POBREZA_POBLACION_INDIGENA_2012.pdf Fecha de consulta: 10-06-2019.

Díaz Echeverría, Daniela Francisca (2006): Mortalidad materna, una tarea inconclusa. Fundar, México.

----- (2010): Mortalidad Materna y Seguro Popular. Un balance a 5 años de su implementación. En Díaz Echeverría, Daniela Francisca; Castañeda Perez, Marta; Meneses Navarro, Sergio: *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los Estados de Chiapas y Oaxaca*. Fundar, Ciudad de México.

----- (2017): *El Seguro Popular y las Parteras Tradicionales*. Recuperado de: La Silla Rota <https://lasillarota.com/opinion/columnas/el-seguro-popular-y-las-parteras-tradicionales/171808> Fecha de consulta: 22-04-2019.

Esping Andersen, Gosta (1993): Los tres mundos del Estado de Bienestar. Alfons el Magnánim-IVEI, Valencia.

Ferrandini, Dévora. (s/f): *Salud: opciones y paradigmas*. Recuperado de: <https://bit.ly/2pttbCf> Fecha de consulta: 20-04-2019.

Freyermuth Enciso, Graciela y Meneses Navarro, Sergio (2017): La atención del parto con pertinencia cultural. CIESAS, México.

Gutiérrez, Alicia (2006): Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Ferreyra Editor, Córdoba.

Meneses Navarro, Sergio (2010): El Seguro Popular de Salud y atención materna en los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones. En Díaz Echevarría; Castañeda Perez & Meneses Navarro. *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los Estados de Chiapas y Oaxaca*. Fundar, México.

Meza, Alejandro; Mancinas, Sandra; Meneses, Sergio & Meléndez, David (2015): Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 37, 360-364. Washington DC, Estados Unidos de América.

Mirad, Nahúm (2016): *Aportes de la Producción Popular a la salud*. Trabajo Final del Curso "Formación para formadores en Producción Popular". Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP). Córdoba.

Ramírez, Alba (s/f): El parto en el modelo público institucional y con partera tradicional: motivaciones de las mujeres del Istmo oaxaqueño. CIESAS, México.

Róvere, Mario (2016): *La situación de salud en Argentina en el marco de la restauración neoliberal*. Recuperado de: Youtube https://www.youtube.com/watch?v=IXFs_D8q1Y8 Fecha de consulta: 20-04-2019.

Uicab Pool, Gloria & Juarez, Mercedes (2018): Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional. En Frayermuth, Graciela. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. CIESAS, México.

Documentos consultados

Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (2018): Informe semanal de vigilancia epidemiológica: semana 41. México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400024/MM_2018_SE41.pdf Fecha de consulta: 04-06-2019.

Gobierno del Estado de México (2006): Manual de organización tipo de jurisdicción sanitaria. Documento oficial. Meza México. Recuperado de: http://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/acercade/marco_juridico/manual/MOTIPOJURISDICCION.pdf Fecha de consulta: 15-10-2018.

INEGI (2015): Hablantes de lengua indígena en México. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P#> Fecha de consulta 13/06/2019

Lizárraga, Teresa (2017): *Curar a México; presupuesto de salud 2018*. Recuperado de: El Sol de México <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/curar-a-mexico-presupuesto-de-salud-2018-307782.html>. Fecha de consulta: 04-06-2019.

OCDE (2016): Diagnóstico y recomendaciones en Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. OCDE Publishing, Francia. Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016-9789264265523-es.htm> Fecha de consulta: 15-10-2018.

OCDE (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Recuperado de: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> Fecha de consulta: 16-10-2018.

SSA (s/f): Guía para la autorización de las Parteras Tradicionales como personal de salud no profesional. SSA, México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf> Fecha de consulta: 08-11-2018.

Cita recomendada

María Elena González Canavesio, Silvia Agustina Peralta y Gabriel Federico Pitaluga (2019): «Mujeres y Salud Materna. Una experiencia con parteras tradicionales del sur de México» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 254-269 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26141>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las/os autoras/es

María Elena González Canavesio

Argentina. Licenciada en Trabajo Social (UNC). Residenta en Trabajo Social y Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en el Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini (2016-2019). Proyecto elaborado en el marco de la rotación optativa del Programa de Residencia de Trabajo Social y Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Correo electrónico: canavesioelena@hotmail.com

contribuciones

Silvia Agustina Peralta

Argentina. Licenciada en Trabajo Social (UNC). Residenta en Trabajo Social y Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en el Hospital Córdoba (2016-2019). Proyecto elaborado en el marco de la rotación optativa del Programa de Residencia de Trabajo Social y Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Correo electrónico: agustinaperalta1@gmail.com

Gabriel Federico Pitaluga

Argentino. Licenciado en Trabajo Social (UNC). Residente en Trabajo Social y Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (2016-2019). Proyecto elaborado en el marco de la rotación optativa del Programa de Residencia de Trabajo Social y Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Correo electrónico: gabriel_pitaluga@hotmail.com

