

Implementación del proyecto: Atención integral de calidad en el embarazo en un Hospital Básico Comunitario Culturalmente Competente

Agustín Díaz-Gois,^a * Francelia Puente-Solís,^a Francisco J. Posadas-Robledo,^a Silvia M. Sanjuanero-Ruiz,^a Sergio Galán-Cuevas^b

^aServicios de Salud de San Luis Potosí. San Luis Potosí, SLP, México.

^bUniversidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

Introducción: La mortalidad materna en zonas indígenas en San Luis Potosí es una problemática grave que preocupa a diferentes sectores de la sociedad. Su problemática es multicausal y está relacionada con las condiciones de vida y pobreza que la mujer indígena sufre, la opresión cultural hacia la mujer propia del modelo patriarcal que en el campo llega a situaciones extremas y las condiciones de acceso a los servicios médicos. **Objetivos:** Capacitar en el enfoque intercultural al personal del Hospital Básico Comunitario, para contribuir a disminuir la mortalidad materna en zonas indígenas en San Luis Potosí. **Material y métodos:** Se implementaron cursos y talleres de capacitación para desarrollar en el personal habilidades de competencia cultural, así como encuentros de enriquecimiento mutuo entre médicos, personal de salud institucional y el personal comunitario. **Resultados:** El resultado más relevante de este proyecto fue desarrollar habilidades de competencia cultural en el personal de salud del Hospital Básico Comunitario de Aquismón, que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud a la población indígena, modificando procedimientos, comportamientos, actitudes y espacios físicos, propiciando el respeto y la referencia oportuna de las parteras tradicionales y parteras profesionales. Esto avalado y verificado por el Aval Ciudadano Indígena que de acuerdo a sus hábitos y costumbres verifica que la población de esta área es atendida con calidad. **Conclusión:** Durante el año 2002, el municipio fue repetidor de muerte materna, la cual se relaciona con la pobreza y con la mala calidad de la atención médica y es el indicador más sensible de justicia social. Y este ha disminuido en los últimos años.

Palabras clave: Interculturalidad, culturalmente competente, parto humanizado y sensibilización.

Introduction: Maternal mortality in indigenous areas in San Luis Potosi, is a serious problem that concern several sectors of society. Their problem is multi-causal and is related to living conditions and poverty that indigenous women suffer, cultural oppression against women of patriarchal model itself, in the countryside comes to extreme situations and conditions of access to medical services. **Objective:** Training intercultural approach in Basic Community Hospital staff, to help reduction of maternal mortality in indigenous areas in San Luis Potosi. **Material and methods:** As a strategy to achieve cultural acceptance of the people of this region, we implemented training courses and workshops to develop staff skills in cultural competence, and meetings of mutual enrichment between staff physicians and institutional health community staff such as community leaders, doctors and midwives to address the complex problem of maternal mortality in indigenous areas and the importance of distinguishing the determinants produced by the shocks and cultural barriers between health services and population. **Results:** The most important results of this project was to develop cultural competency skills in health personnel Basic Community Hospital Aquismón, enabling effective access to health services to indigenous people, modifying procedures, behaviors, attitudes and physical spaces by promoting respect and prompt referral of traditional birth attendants and midwives, that supported and verified by the Indian Citizen Endorsement that according to their habits and customs checks that the population of this area is staffed with quality. **Conclusion:** During 2002, the municipality was repetitive of maternal death, wich is related to poverty and the poor quality of care it is the most sensitive indicator of social justice, and this has declined in recent years.

Keywords: Intercultural, culturally competent, humanized childbirth and awareness.

1. Introducción

El estado de San Luis Potosí está dividido en cuatro regiones, cada una con particularidades y complejidad peculiares, tiene una población de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2005 de mas de 2 millones

*MC Agustín Díaz-Gois. Maestría en Salud Pública. Subdirector de Prevención y promoción, Servicios de Salud de San Luis Potosí (SSSLP). Correo-e: diazgois@yahoo.com.mx.

de habitantes para una densidad de población de 38.5 habitantes por Km², el 10 % de la población es indígena, principalmente conformada por tres etnias con predominio de la Náhuatl.

Entre las primeras causas de mortalidad general en el estado se encuentran la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes, los problemas perinatales y la mortalidad materna por la trascendencia social que representa.

Los municipios con mayor marginación de acuerdo a los indicadores de desarrollo son 10 y en todos ellos existe población indígena. Una de las regiones es La Huasteca, y aquí se encuentran ubicados siete de los municipios de mayor marginación estatal, con atrasos importantes en los rubros de educación, salud y desarrollo en general, en este lugar aún persisten las enfermedades de rezago como son tuberculosis, desnutrición, las gastrointestinales y las respiratorias.

El proyecto se desarrolla en un Hospital Básico Comunitario ubicado en el municipio de Aquismón, que es uno de los de mayor marginación con un alto porcentaje de población indígena.

Este municipio se encuentra localizado en la parte este de la capital del estado, Su centro de referencia más cercano es el Hospital General Regional de Ciudad Valles, ubicado a 55 Km.; la distancia aproximada a la capital del estado es de 318 Km. De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000) la población total de indígenas en el municipio asciende a 25,617 personas. Su lengua indígena es el huasteco y el náhuatl. La principal etnia es la Téneck o Huasteco, organizados en un sistema de gobierno paralelo; las autoridades municipales, así como una asamblea general indígena cuyo órgano máximo de decisión comunitario es el Consejo de Ancianos.

Durante el año 2002 Aquismón fue un municipio repetidor de muerte materna, la cual se relaciona con la pobreza y con la mala calidad de la atención médica, es el indicador más sensible de justicia social. El indicador "Muerte Materna" (MM) incluye a las fallecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio; defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto (Soto, 2000).¹

¹Las muertes maternas se asocian a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, no cuentan aquí aquellas causadas por accidentes o incidentes. Las muertes maternas se dividen en dos grupos: obstétricas directas, que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio; y obstétricas indirectas,

La mayoría de las indígenas cubre prácticamente todas las características desventajosas que elevan el riesgo de morir durante el proceso reproductivo.²

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

A las desventajas enunciadas se suman las dificultades logísticas, pues en muchas ocasiones las comunidades indígenas tienen una deficiente infraestructura de servicios públicos y de comunicaciones; de modo que no es fácil, rápido ni barato acudir a localidades o ciudades cercanas para recibir atención médica con oportunidad aunque se ha insistido que los servicios de salud son gratuitos, los gastos indirectos como son pasajes y comidas les dificultan el acudir.

El acceso real a los servicios de salud depende también de factores funcionales, (horarios, dotación de insumos y medicamentos) económicos (medios de transporte y comidas), logísticos (transporte, medios de comunicación, carreteras, accesibilidad, etc.) y culturales (lengua, vestimenta, usos, costumbres y cultura, pertenencia étnica, discriminación de género, posición cultural de la mujer ante la comunidad, etc.).

Dentro de la problemática compleja de la mortalidad materna en zonas indígenas, es importante distinguir los factores determinantes producidos para los choques y barreras culturales existentes entre los Servicios de Salud y la población.

Una de las principales barreras y choques culturales en el proceso de la calidad de la atención en zonas indígenas, es la percepción de la salud y enfermedad de las mujeres indígenas (embarazo, parto y puerperio). La importancia de la partera tradicional en el proceso de la atención del embarazo y parto, la discriminación

que resultan de patologías existentes antes del embarazo y que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Soto, 2000).

²Gisela Espinosa Damián, investigadora de la UAM-Xochimilco en: 213 Voces Contra la Muerte. Mortalidad Materna en Zonas Indígenas, refiere que el riesgo de morir por ser madre en zonas indígenas es 2.96 veces mayor que en el resto del país.

por parte de los Servicios de Salud. La percepción del fenómeno salud-enfermedad del personal de los Servicios de Salud y la interpretación de la cultura indígena a la que brindan servicio.

Metas del Proyecto

- Capacitar al 100 % del personal médico tanto de unidades médicas fijas y móviles en la atención a los usuarios con enfoque intercultural.
- Capacitar al 100 % del personal de enfermería de unidades médicas fijas y móviles en la atención a los usuarios con enfoque intercultural.
- Abasto de medicamentos en 90 % en todas las claves y el 100 % de las de mayor consumo.
- Incrementar la productividad de los médicos a un mínimo de 20 consultas diarias.
- Cero rechazo en la atención.
- Elaborar censo nominal de las mujeres embarazadas, que incluya nombre, edad, domicilio.
- Cuantificación del riesgo e identificación de signos de alarma en el 100 % de las embarazadas.
- Ofertar consejería en planificación familiar en el 100 % de las mujeres en edad fértil diabéticas, hipertensas y con problemas psiquiátricos.
- Referir al 100 % de las diabéticas e hipertensas embarazadas.
- Gestionar la construcción de una Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada (AME).

2. Material y métodos

La estrategia implementada para eliminar las barreras culturales alrededor del embarazo, parto y puerperio, fue establecer acercamiento con las parteras y médicos tradicionales del municipio, también se realizaron encuentros de enriquecimiento mutuo para conocer la cosmovisión de los sistemas de salud alópata y tradicional, para crear un modelo de atención que involucre la calidad y satisfacción de las usuarias de la etnia Téneck.

Los Servicios de Salud del Estado implementaron el Modelo de Partería en el Hospital Básico Comunitario

con la apertura de contratos para Parteras Profesionales.

El objetivo del Modelo de Partería en el Hospital Básico Comunitario es atender a la mujer embarazadas con calidad y respeto, las 24 horas al día, con control prenatal, atención del parto respetando la cosmovisión del evento del parto y puerperio, detección y control del riesgo y orientación, eliminación de barreras culturales, proporcionar seguridad y libertad a la paciente con apoyo familiar, promoción de la lactancia materna y apoyo de otros programas como Planificación Familiar, Cáncer Cervico-uterino, Cáncer de mama, Ácido Fólico, Hierro, Vacunación y Nutrición.

Se utilizó como base para el proyecto las fortalezas que existen en los Servicios de Salud como es la Red funcional de radiocomunicación para solucionar los traslados o contingencias que se presenten.

El personal de salud del Hospital Básico Comunitario se encuentra sensibilizado con perspectiva intercultural, a través de cursos y encuentros de enriquecimiento mutuo y asesoría permanente en servicio.



La relación del personal de salud y parteras tradicionales es respetuosa y sinérgica, se refieren a las mujeres embarazadas con riesgo y complicaciones.

Se cuenta con la Posada AME en el Hospital General Regional en el municipio de Valles que recibe a las mujeres del área de referencia de las Jurisdicciones V y VI incluido el municipio de Aquismón.



La dinámica se realizó convocando a las parteras y médicos tradicionales del municipio y al personal de los equipos de salud itinerantes, centros de salud y del hospital básico comunitario, se definieron los conceptos del embarazo, parto y puerperio, se discutieron estos conceptos en plenaria, y se realizó una demostración de la atención del parto en la etnia Tének y la atención del parto de la medicina alópata.

Los datos cuantitativos se obtuvieron del Sistema de Información en Salud, en el Hospital Básico Comunitario, basado en el número de consultas de mujeres embarazadas, número de partos atendidos, número de consultas para la detección de cáncer cervicouterino y de mama, métodos de planificación familiar, referencias y contrarreferencias de parteras y médicos, administración de ácido fólico, hierro, micro nutrimento, vacunación, nutrición, etc. Los partos atendidos por parteras y médicos tradicionales, se obtienen de las hojas de referencia, se obtiene el número de mujeres embarazadas que acudieron a la Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada. Se obtienen los datos antes y después de la implementación del Modelo de Partería, para obtener datos transversales y evaluar la situación anterior a la implantación del modelo y evaluar la eficacia del modelo.

Se comparó la tasa de mortalidad materna antes y después de la implementación del modelo de partería en el municipio. Se obtuvo el impacto social, al prevenir muertes maternas y dejar hijos huérfanos.

3. Resultados

En los últimos dos años no se han registrado muertes maternas en el municipio, lo que alienta a seguir aplicando el modelo intercultural y reforzar acciones para tener embarazos saludables y verificar la calidad de la atención a través del Aval Ciudadano Indígena.

Como una de las estrategias implementadas para disminuir la mortalidad materna con el enfoque intercultural son la participación del aval ciudadano indígena, el cual está conformado por médicos tradicionales de la región, ellos cuentan con la calidad moral para evaluar la oferta de los servicios desde la cosmovisión indígena a través de la aplicación de las encuestas de calidad en la atención y satisfacción del usuario, en su misma lengua lo que hace que tengan más confianza y puedan decir abiertamente como fueron atendidos.

Se incrementaron las referencias de pacientes embarazadas con riesgo por parteras tradicionales y Unidades Médicas Móviles hacia el Hospital Básico Comunitario y de este al Hospital General como resultado de la sensibilización para el traslado oportuno y atención efectiva con la identificación con calcamoniá a vehículos de la misma localidad que trasladen a las embarazadas hasta la cabecera municipal en donde existe una unidad de salud con ambulancia y a través del convenio con el H. Ayuntamiento para proporcionar gasolina a los dueños de vehículos identificados como Transportes A.M.E.



Se capacitó al personal de salud, (Médicos y enfermeras) en el parto humanizado y pueden atender partos en posición vertical, a petición de la parturienta apoyado del "banquito maya".



Para eliminar los problemas y barreras culturales entre el personal de salud y las parteras tradicionales se realizaron tres encuentros de enriquecimiento mu-

tuo cuyo lema era: “Aprendiendo juntos en la atención del embarazo”, que permitiera conocer, escuchar y aprender de los modelos de atención del parto, puerperio y recién nacido estableciendo estrategias con los diferentes actores sociales, para encontrar un modelo complementario que incrementara la demanda en salud, la calidad y la satisfacción de las usuarias indígenas Tének.

Encuentros de enriquecimiento mutuo; personal de salud, parteras y médicos tradicionales.



En la atención del parto de la medicina alópata se evidenciaron ventajas tales como el parto limpio, la detección temprana de riesgos y signos de alarma durante el embarazo y la prevención de los defectos al nacimiento (administración de ácido fólico), el manejo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, exámenes de laboratorio y ultrasonido, la realización de actividades preventivas y consejería en planificación familiar, y se reconocieron como desventajas en el modelo institucional el difícil acceso, la distancia que se tiene que recorrer para llegar a los centros de salud o al hospital básico comunitario, la infraestructura y que cuenta con un personal de salud sujeto a un horario y a un salario, la mala actitud del personal sin sensibilización cultural ni de equidad de género, la barrera cultural del lenguaje que el personal de salud no maneja, la carencia de insumos.

En la atención del parto de la medicina tradicional se evidenciaron las ventajas y desventajas identificadas por el personal institucional. Ventajas: la atención del parto de acuerdo a su cultura, (reconocido como un evento familiar) la calidez y respeto que brinda en la atención del embarazo, parto y puerperio, y la vinculación que existe entre la partera y la mujer embarazada. Las parteras y los médicos tradicionales se encuentran disponibles en los horarios que las mujeres embarazadas los soliciten, el salario que perciben es económico para la mujer embarazada, realizan el seguimiento del puerperio y del recién nacido, utilizan

recursos naturales, promueven la lactancia materna, realizan la detección del embarazo. Se reconocieron como desventajas del modelo de la medicina tradicional: las complicaciones no detectadas tempranamente en el embarazo, parto y puerperio y la dificultad en recursos e insumos y la referencia al hospital básico comunitario, el desconocimiento de los riesgos durante el embarazo, la falta de vacunas, vitamina K, ácido fólico, hierro y material de curación.

Un aspecto importante a resaltar en la medicina tradicional es que tiene un alto porcentaje de revisión en el puerperio, situación que se ha buscado compartir a nivel institucional, así como los cuidados inmediatos del recién nacido, con administración de vitamina K, cloranfenicol oftálmico y toma del tamiz neonatal, tanto con médicos tradicionales como institucionales

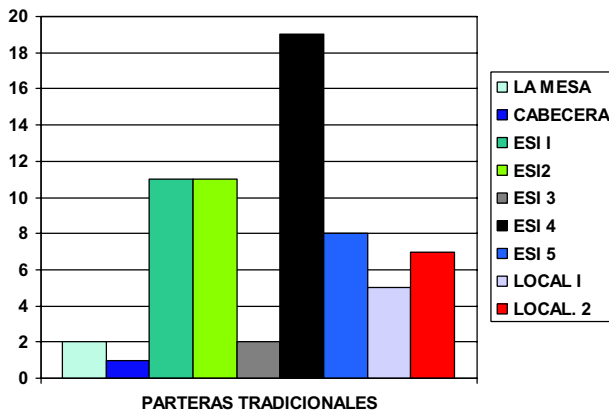
En la atención del parto de la medicina institucional las parteras y médicos tradicionales identificaron las ventajas y desventajas. Las ventajas identificadas fueron: que algunos médicos alópatas y enfermeras respetan las decisiones de las mujeres Tének. Las desventajas identificadas: se refieren a la vergüenza de las mujeres Tének al descubrirse o desnudarse, al tomar la posición del parto horizontal, refieren que es más cansada para la mujeres embarazadas y no se puede pujar, el trato a las mujeres embarazadas de la etnia Tének y a las parteras y médicos tradicionales es inadecuado, refieren que las mujeres de la etnia Tének no se dejan desnudar por médicos varones, pero sí con médicos mujeres, de acuerdo a su cosmovisión en salud, no están de acuerdo con la salida inmediata del hospital, pues esto puede enfermar a las mujeres de la etnia Tének, refieren que los médicos institucionales no saben apretar la matriz, ni cerrar la cadera y esto provoca que se les “caiga” la vejiga.

En la atención del parto de la medicina tradicional, las parteras y los médicos tradicionales identifican las ventajas y desventajas de su propio sistema.

Identificaron como ventajas: el hacer oración, barrer y limpiar lo malo, utilizan hierbas y baños para mujeres y niños, soban para cerrar la cadera, brindan indicaciones de acuerdo a su cosmovisión en salud como: el evitar salir al camino después de atenderse el parto, porque están calientes o se pueden “hinchar”, refieren atender partos sin necesidad de material, identifican cuando un parto es complicado y lo “canalizan” (refieren), se brinda trato personalizado y

con cariño durante la atención del parto, las posiciones que utilizan para el parto facilitan la salida del bebé, el control de la mujer y se protege el periné, se promueve la participación del esposo para que las ayude y no se sienta sola, tienen un amplio conocimiento que ha pasado de generación en generación, Identificaron como desventajas: el no estar dedicadas (os) completamente en la atención de los partos y manifiestan que les falta preparación, falta de material, algunas posiciones son muy cansadas para la partera durante el parto, manifiestan que algunas mujeres están muy mal alimentadas, manifiestan sus limitantes al tratar embarazos y partos complicados, saben de la necesidad de coordinarse con clínicas y hospitales para enviar pacientes, el sistema de salud institucional les exige una credencial que identifique que son parteras y médicos tradicionales.

Número de parteras tradicionales, localización en el municipio, unidad de salud itinerante y equipo de salud itinerante (ESI) con la que coordinan.



En la negociación para implementar los dos modelos se realizaron las siguientes acciones:

- Las parteras y médicos tradicionales detectan y refieren a las pacientes con riesgo para su valoración.
- La relación partera - médico tradicional - personal de salud se realiza en un marco de respeto y horizontalidad.
- Las parteras tradicionales conservan el material limpio y en buenas condiciones y solicitan material e insumos cuando éstos se terminan.

- El personal de salud respeta la cosmovisión, usos y costumbres que rodean el evento del embarazo, parto y puerperio.
- El personal de salud trata con calidez, humanidad y respeto a las mujeres embarazadas y a las parteras tradicionales.
- El personal de salud respeta la posición que elija la embarazada durante el parto (posición vertical).
- Se permite la entrada durante el parto a la partera tradicional y al marido y que éstos sean facilitadores al untar aceites y ungüentos y preparar a la mujer para el parto.
- Las parteras informan de sus actividades mensualmente.
- Encuentros de enriquecimiento mutuo entre parteras y personal de salud.
- Las parteras tradicionales realizan orientación y consejería en Planificación Familiar.
- La partera tradicional y la mujer embarazada pueden hospedarse en la Posada AME.
- La comunidad y el municipio participa activamente en los traslados de urgencias con los transportes AME.

La mortalidad materna en el municipio, fue asociada a barreras geográficas, la infraestructura de caminos y carreteras es ineficiente para el traslado oportuno, cuando se presentan urgencias; la barreras culturales en el concepto salud y enfermedad, específicamente embarazo, parto y puerperio que tienen las mujeres indígenas, el lenguaje, el liderazgo comunitario ejercido por las parteras tradicionales y sus limitaciones al enfrentarse a las complicaciones, y el choque cultural entre médicos alópatas y parteras y médicos tradicionales.

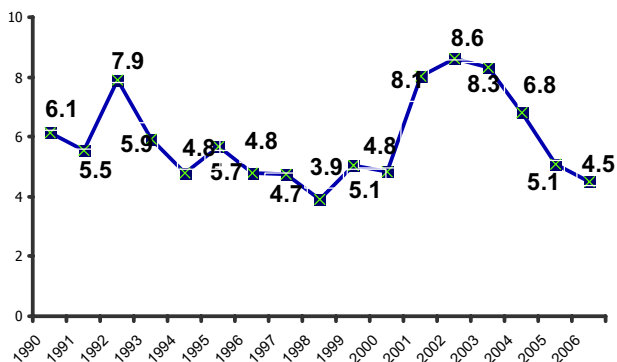
Se compara una razón de Mortalidad Materna Nacional de 65.2 por 100,000 nacidos vivos en el período de 2003 y 2004 con la razón Estatal de 84, la razón jurisdiccional de 66.4 y la razón del municipio de 300.3 que define la frecuencia de mortalidad materna en el municipio, la cual es elevada. El municipio cuenta con una cobertura en salud del 92.8% con una población

de 42,782 habitantes en el municipio y con un 7.2% sin cobertura.³

En la Gráfica 1 se muestra el comportamiento de la mortalidad materna en el estado durante el año 1990 al 2006, en el año del 2002 existe un decremento considerable de muertes maternas.

Durante este período de 17 años la tasa promedio por 100,000 N.V. es de 8.8 muertes maternas en el estado durante este período, y la media en número de muertes maternas es de 34 mujeres embarazadas.

**Gráfica 1. Mortalidad materna en San Luis.
Tasa por 100 NVR.**



Número de defunciones maternas en el estado.

Número de defunciones maternas																			
AÑO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DEF.	41	35	56	42	34	39	32	31	26	35	33	40	41	38	30	22	19	27	18

Fuente: Certificados de defunción/SEED.

La mortalidad materna del municipio se logró disminuir durante el 2000- 2006, permaneciendo dos años consecutivos sin muerte materna.

De los hallazgos de las causas de muerte materna en el municipio fueron que existían problemas interculturales entre el personal de salud del Hospital Básico comunitario, parteras tradicionales y la población indígena del municipio, la cosmovisión diferente de los factores de riesgos y signos de alarma durante el embarazo y la atención del parto y el puerperio. Otro de los hallazgos que predisponían la Muerte Materna en el Municipio fue la debilidad en las redes sociales, la pobreza y la marginación extrema.

Las mujeres de la etnia Téneck viven en subordinación por el varón (marido), discriminadas, en silencio, factor determinante que interfiere para la correcta toma de decisiones ante una emergencia durante el embarazo y parto ya que ellas no son las que deciden.

Uno de los factores culturales de las mujeres Tének que permiten el alejamiento de los servicios de salud es el miedo a morir, a dejar solos a sus hijos, y por miedo que las operen.

Cuando se enfrenta a la muerte, contrario a lo que se pensaría, no tiene miedo, mas bien lo acepta con resignación y además depende totalmente de las decisiones del marido, que en ocasiones decide que mejor muera, y resuelve el problema de la pérdida de la madre con la suplencia de otra esposa o bien la hija mayor ocupa el lugar de la esposa, no solamente en el cuidado de los hermanos y en los quehaceres de la casa, si no que muchas veces se cometen incestos.

Otro de los factores que influyó en la muerte materna en el municipio fue la mala calidad de la atención a las mujeres embarazadas de la etnia Tének. Existía el racismo institucional, rechazando mujeres embarazadas por la no correspondencia de la regionalización entre las instituciones de salud. Otro resultado de la mala calidad de la atención es la ineficiencia de los prestadores de servicios de salud en el momento crucial del parto, el trato agresivo hacia la mujer y el desinterés de la misma al enfrentarse a la muerte. Esta mala calidad de atención percibida en los usuarios de la etnia tének provoca la desconfianza y miedo y prefieren enfrentar la muerte en casa que acudir a un hospital.³

El impacto social de la muerte materna se ha cuantificado a través del número de hijos huérfanos que se enfrentan a una falta de compromiso del padre, que trae como resultado un daño afectivo severo en estos niños, escaso interés de la familia por el cuidado de los niños, en ocasiones son cuidados y educados por las abuelas y tías, viven en desintegración familiar, en donde existe la explotación, promiscuidad, deserción escolar, sin cuidados médicos⁴ y con un alto riesgo de que en las mujeres se vuelva a repetirse la historia y convertirse en círculos viciosos.

³Lic. Noé Guarneros . Abril 2006 Tesis: Mortalidad Materna en Mujeres Tének.

⁴Dr. Francisco Javier Posadas Robledo. Ponencia: Voces Silenciosas; Causas y consecuencias emotivas de la Mortalidad Materna. 2007.

Productos del Proyecto

Como productos del proyecto se encuentran:

- Personal de salud capacitado en interculturalidad para que prevalezca el respeto por las costumbres y tradiciones de la población.
- Mejora en la calidad de atención a toda la población con prioridad a las mujeres.
- Ofertar métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil.
- Control prenatal adecuado y respetuoso, con la identificación de los factores de riesgo.
- Mayor uso de los servicios que oferta el centro de salud.
- Mayor número y oportunidad de referencia a un segundo nivel de atención.
- Detección de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre.
- Evaluación periódica a través del Aval Ciudadano Indígena.

- Formación de un equipo de salud comprometido con actitud positiva y dispuesto a brindar una atención de calidad y aplicar lo aprendido.
- Atención del parto de acuerdo a las preferencias y costumbres de la población.

4. Conclusiones

En los últimos dos años no se han registrado muertes maternas en el municipio lo que alienta a seguir aplicando el modelo intercultural y reforzar acciones para tener embarazos saludables y verificar la calidad de la atención a través del Aval Ciudadano Indígena.

El Proyecto es fácilmente replicable en municipios donde refieran problemas derivados de choques interculturales y en los que la población ofrece propuestas de solución a su problemática y los servicios de salud tienen apertura a modificar actitudes, conductas e infraestructura, para ofertar un servicio de calidad con perspectiva intercultural.

Se deben incorporar parteras tradicionales o profesionales en los hospitales en donde exista población indígena a fin de eliminar las barreras de lenguaje y se respeten las costumbres, se fortalezca la consejería en planificación familiar a través de la anticoncepción postevento obstétrico.