

“LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA EN COMUNIDADES INDÍGENAS”

MC Alba Meneses Rentería¹
Dra Dulce María Quintero Romero².

“El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.
Organización Panamericana de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

La atención de la mujer durante el embarazo y el parto es tan antigua como la historia del hombre y ha ocupado siempre un lugar preponderante para asegurar la supervivencia de los pueblos. La ciencia en todas las épocas y sociedades ha puesto al servicio de la medicina todos los recursos con que cuenta, buscado disminuir los riesgos que corren la mujer y el producto durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la actualidad la salud materna se considera como un indicador que mide el grado de desarrollo social de un país.

A pesar de los adelantos científicos, las complicaciones que pueden sufrir la mujer y su hijo, en este período, continúan cobrando vidas, especialmente en los grupos sociales más desprotegidos. La gran dispersión de las comunidades rurales, el difícil acceso geográfico y el bajo nivel económico, especialmente de las comunidades con población predominantemente indígena, son factores que coadyuvan a que las mujeres sufran complicaciones del embarazo que las puede llevar a la muerte, aun cuando éstas puedan evitarse.

Actualmente la salud del binomio madre – hijo es, como muchas otras cosas en una sociedad de consumo, un símbolo del progreso que han alcanzado los países desarrollados y un indicador que mide el avance de los países en vías de desarrollo.

Donde nacen nuestros hijos

En México, las personas que tienen la fortuna de estar afiliados al IMSS o al ISSSTE podrán tener a sus hijos en clínicas pertenecientes a la seguridad social, sin realizar un gasto extra, mediante partos normales; las mujeres que alcanzan a pagarlo pueden acceder al sector privado donde, en la mayoría de los casos, tendrán un parto sin dolor –mediante cesárea- en un par de horas. Las clases más pobres tienen que acudir a las unidades de la Secretaría de Salud

¹ Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. Universidad Autónoma de Guerrero.

² Unidad Académica de Desarrollo Regional. Universidad Autónoma de Guerrero

donde se da atención a la población abierta, muchas de ellas están afiliadas al servicio por parte de alguno de los programas de asistencia social y deben ser atendidas de forma gratuita. A pesar de ello, y ante la falta de insumos en la secretaria de salud, eventualmente tienen que comprar algún material o medicamentos necesarios para su atención. Ésta dualidad en la atención del parto tiene diversos matices en las regiones, especialmente en comunidades rurales y más aún cuando son indígenas.

En las comunidades rurales el parto es atendido en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud a los que, en teoría, toda la población tiene acceso. Aún con toda la promoción que se ha hecho del parto institucional y la presión que se ejerce a través de los programas de asistencia social, el 60% de las mujeres (CONAPO, s.a.) que viven en zonas rurales ya sea por falta de acceso al servicio o por tradición buscan la asistencia de la partera, de la familia y algunas de ellas todavía se enfrentan al transe de dar a luz solas. Este mosaico de posibilidades, además de poner en riesgo la vida de las mujeres en edad productiva y la de sus hijos, contribuye a frenar la posibilidad del Estado de alcanzar las metas del milenio en lo que a salud se refiere.

Las causas de muerte materna siguen siendo las mismas: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia y las infecciones, y aún cuando no todas las complicación del embarazo se pueden prevenir, si se detectan y tratan a tiempo es posible salvar la vida de la madre y/o su hijo. El embarazo como tal no es una enfermedad, sin embargo cualquier embarazada esta en riesgo de sufrir una complicación. Se estima que el 15% de los embarazos (UNFPA, 2004), aún cuando tengan un desarrollo normal pueden terminar en una complicación al momento del parto o después de este. La diferencia entre vivir o morir en estos casos estriba en la oportunidad de acceder a un nivel hospitalario que cuente con la capacidad resolutive adecuada para atender la emergencia. Sin embargo, aún cuando la mujer pueda llegar a un centro de salud, si este no cuenta con personal capacitado, no hay el equipo necesario para estabilizar a la mujer y no se cuenta con un medio de transporte disponible para llevarla a un hospital el futuro de la madre y su hijo seguirán siendo inciertos. En algunos casos a pesar de que la mujer llegue a un hospital el tiempo de espera, antes de recibir la atención y el manejo adecuado de la emergencia es fundamental. Según datos de la Secretaría de Salud, en el 2006 el 13.7% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar y el 86.3% de las mujeres que fallecieron recibieron atención médica antes de la defunción.

La asistencia social y sus problemas operativos

La reducción de las muertes maternas es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Organización Mundial de Salud (WHO, 2004) plantea que una de las estrategias centrales para alcanzar esta meta es lograr una cobertura universal de atención de parto por personal calificado, considerando como personal calificado a aquellos que tienen una formación académica y excluyendo a las parteras tradicionales. Con el propósito de elevar la cobertura de partos institucionales la Secretaría de Salud en México ha implementado una amplia gama de estrategias entre las cuales el programa PROGRESA tiene un papel preponderante.

La secretaria de Salud reconoce en el discurso oficial, que los sistemas de salud tradicionales desempeñan un rol importante en la atención del embarazo, parto y el puerperio, que es un recurso culturalmente aceptado por las comunidades indígenas que son las que tienen menor cobertura y mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo pese a que en el discurso hay un acercamiento con los sistemas de salud tradicional para dar una mejor atención a las embarazadas, la realidad nos muestra que a veces ese acercamiento es irreal.

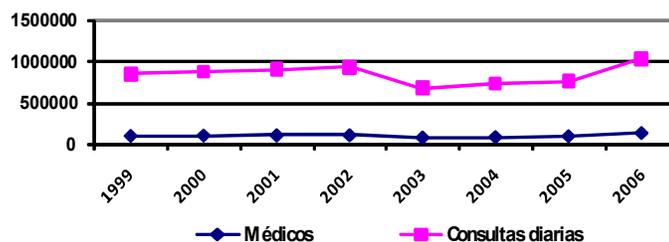
ProgresA condiciona el apoyo económico –otorgado a través de las becas escolares- a la asistencia puntual a los servicios de salud (Meneses, 2007), asistencia que no se limita a la consulta de control prenatal, control del niño sano o atención de parto institucional, sino que incluye platicas de educación para la salud o participación “voluntaria” en los trabajos de saneamiento comunitario o de la unidad de salud. “*Si no voy cuando me toca la platica o el aseo me ponen falta*” comenta una de las beneficiarias. Esta forma de coerción da como resultado un aumento en el número de consultas registradas, lo que da una idea de un aumento en la demanda de los servicios en las zonas rurales, aún cuando no sea una demanda sentida por parte de los usuarios.

La estrategia para elevar la asistencia al servicio, ocasiona que los centros de salud –que sólo dan atención por la mañanas- tengan más consultas y que la población no derechohabiente se quede sin poder acceder al servicio cuando acuden por alguna emergencia ya que los servicios elevan su carga de trabajo pero no hay un aumento en los insumos, ni el personal que atiende el primer nivel. Según datos del INEGI, en México el número de consultorios con que cuenta el sistema nacional de salud para 1996 fue de 48.5 por 100 mil habitantes y en el 2006 esta cifra fue de 50.9, como puede verse este indicador no presenta cambios sustanciales en una década. Aunado a la insuficiente infraestructura física hay una deficiencia en el número de

personal médico ya que se ha incrementado el número de consultas pero el número de médicos no ha aumentado sustancialmente como puede verse en la gráfica 1.

Es común escuchar en las comunidades: “sólo atienden a los que tienen progreso”, “no alcanzamos ficha, dan pocas por que atienden a los de progreso”. Esta política de condicionar la ayuda económica a la asistencia al servicio eleva el número de consultas otorgadas pero da como resultado una falsa idea de mejoría en relación a la cobertura real de los servicios ya que no satisface la demanda real de las comunidades.

Grafica 1. Comparación entre el número de médicos por 100 mil habitantes y el número de consultas otorgadas en el sistema nacional de salud en el período 1999 a 2006.



Elaboración propia

Fuente: INEGI. Principales indicadores de recursos humanos en instituciones del sistema nacional de salud, 1996 a 2006.

INEGI. Principales indicadores de servicios en instituciones del sistema nacional de salud, 1996 a 2006.

Uno de los paradigmas en relación a la salud materna en las zonas indígenas es el relacionado con la dificultad para que las mujeres, acostumbradas a atenderse con la partera, acudan a los servicios. Este concepto está cambiando, los programas de asistencia social han logrado que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud, más por obligación que por convicción y, aunque el número de muertes maternas ha disminuido, esta reducción no es suficiente para alcanzar las metas previamente establecidas como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Comparación entre la mortalidad y defunciones maternas registradas y las metas del 2000 y 2015.

Indicador	1990	2000	Meta del 2000	Meta al 2015
Razón de mortalidad materna*	90.4	72.6	45.2	22.3
Defunciones maternas	2189	1543	1094	547

*defunciones maternas X 100 000 nacimientos, incluyendo corrección por subregistro.

Fuente: Mortalidad materna. Una tarea inconclusa. (Díaz, 2006).

Otro aspecto importante para asegurar el acceso al servicio es que las unidades cuenten con los recursos necesarios para resolver las emergencias que se presenten o poder estabilizar a las pacientes para que lleguen en las mejores condiciones a una unidad donde las puedan atender. Desafortunadamente los centros de salud de las comunidades rurales muchas veces no cuentan ni con el equipo básico para atender un parto mucho menos para estabilizar a una paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo o hemorragia, que son las principales causas de mortalidad materna. La falta de insumos en los centros de salud repercute no solo en la calidad del servicio sino que agrega una dificultad financiera a las familias que en algunos casos deben comprar el medicamento o material necesario para la atención de la mujer embarazada.

Uno de los principales problemas encontrados en la revisión de las muertes maternas es el retardo en el acceso a los servicios de salud en caso de una emergencia obstétrica. Para tratar de disminuir el tiempo de traslado y ofrecer a la mujer una mejor posibilidad de atención oportuna se han implementado varias alternativas entre las que destaca el involucramiento de actores sociales de las comunidades que colaboren prestando el servicio de transporte gratuito y el equipamiento de vehículos a los centros de salud o municipios. Estas propuestas no siempre pueden desarrollarse por diferentes problemas desde recursos para el mantenimiento de las unidades, problemas administrativos para liberar el vehículo o cobrar el reembolso de la gasolina en el caso de transporte solidario, falta de personal que maneje la unidad o la utilización de las unidades en actividades distintas a las que están asignadas.

En el ánimo de alcanzar las metas relacionadas a la salud materna comprometidas internacionalmente, las autoridades han implementado infinidad de programas y estrategias enfocadas a elevar la asistencia de las madres a los servicios. Todos los esfuerzos gubernamentales traducidos en campañas publicitarias, convenios, programas de servicio y un largo etcétera, no se han visto reflejados en mejoras a la infraestructura de los servicios de salud. Entre los usuarios de los centros de salud es común escuchar *“no me dieron nada, sólo la receta para que lo compre”*, esta situación desalienta la débil confianza que los usuarios tienen en el servicio como una opción resolutoria para sus problemas de salud.

Otra de las grandes deficiencias en la implementación de los servicios es la falta de personal, algunos centros de salud en las zonas más apartadas funcionan sólo con personal de enfermería, auxiliares de salud y algunos cuantos se encuentran cerrados por falta de personal.

Desafortunadamente las regiones que más necesitan de los servicios son las regiones más pobres que no ofrecen un mejor nivel económico ni social a los médicos. Esta situación ocasiona que los médicos mejor calificados para atender las emergencias obstétricas busquen colocarse en los grandes centros urbanos dejando de lado las plazas de primer nivel donde, en el mejor de los casos se encuentran pasantes en servicio social que únicamente cumplen su periodo y se van sin poder establecer lazos de compromiso social con la comunidad que en las zonas indígenas son fundamentales para generar la confianza en la población.

La salud materna es un problema complejo que tiene que ver no sólo con el acceso a los servicios; está relacionado con la inequitativa distribución de la riqueza entre las regiones. Factores como la desnutrición crónica que sufren las mujeres, la pesada carga de trabajo, la violencia familiar, el número de hijos, la discriminación en los servicios, el lenguaje, el acceso geográfico y muchos más hacen que este indicador refleje no sólo la salud de las mujeres sino el grado de desarrollo de un país al expresar en una cifra el nivel de bienestar social que se ha alcanzado en un país.

Para atender la salud materna a nivel mundial se han implementado diversas estrategias, una de ellas fue que todas las mujeres fueran atendidas por personal calificado durante su embarazo, parto y puerperio. Entendiéndose como personal calificado a médicos, parteras profesionales y enfermeras obstétricas, excluyendo en esta clasificación a las parteras tradicionales. En México, en las comunidades rurales más apartadas, son precisamente las parteras tradicionales quienes atienden los partos, a pesar de esto no son consideradas como aptas para tal fin por no haber recibido una capacitación formal de parte de los servicios. Aún cuando carecen de la aceptación institucional, ellas cuentan con el aval de la comunidad y en ausencia de otra alternativa viable son las que ayudan a las mujeres y enfrentan los problemas del parto con sus propios recursos y los conocimientos que una vida de práctica y servicio les han dado.

La salud materna en zonas indígenas

En las comunidades rurales, especialmente donde hay predominio de población indígena subsiste en mayor o menor grado un sistema de salud tradicional que coexiste con el sistema de salud oficial. Por mucho tiempo esta forma de concebir y atender la salud fue considerada como sinónimo de atraso y contraria al desarrollo de los pueblos. Actualmente, este concepto ha cambiado y la Constitución Mexicana en su artículo 2° garantiza el derecho de los pueblos

indígenas a preservar su cultura y asegura el acceso a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional (Diario Oficial de la Federación. 2001).

Por su parte la Ley General de Salud menciona que es necesario promover la participación, en el sistema nacional de salud de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas y promover acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales (Secretaría de Salud, 2006). Desafortunadamente, en la práctica la coordinación entre estos sistemas de salud se encuentra limitada a una bonita declaración y buenas intenciones. Para mejorar la competencia técnica de las parteras los servicios de salud han implementado cursos de capacitación en las regiones donde hay población indígena. La capacitación de las parteras parte de la premisa de que no saben nada en lugar de enriquecer sus saberes con adiestramiento para el manejo de las emergencias. Se les forma como técnicos en la atención del parto tratando de que asuman una forma de atención distinta a la que están acostumbradas. Esta capacitación adolece de un seguimiento real para identificar si han aprendido y si aplican los conocimientos recibidos.

En una visita a la Huasteca Potosina una partera dijo que recibía capacitación por parte del servicio de salud, que le daban una compensación, tenía su credencial y le habían dado un maletín para atender partos; al revisar su maletín encontré que los instrumentos estaban nuevos por que la señora no sabía como usarlos ni para que servían. El hecho de no haber asimilado los nuevos conocimientos no impedía que ella continuara atendiendo a las mujeres de su pueblo ya que era la única partera en esa localidad. Otro aspecto importante es que aún cuando se les capacite, las parteras no tienen los conocimientos técnicos para resolver los casos de emergencia obstétrica y tampoco son tomadas en cuenta en el sistema de referencia de los servicios de salud.

Es evidente que los servicios de salud, con la capacidad física instalada y los recursos humanos con que cuenta, no puede garantizar la cobertura universal de la población. Incluso los derechohabientes de los subsistemas como IMSS e ISSSTE tienen que enfrentarse a esperas interminables cuando solicitan atención en los servicios de urgencias, esta espera se prolonga por varios meses si es enviado a consulta con un especialista. Sobra decir que esta falta de recursos es más marcada en las zonas rurales donde las condiciones de salud y de pobreza incrementan el riesgo de morir de la población derechohabiente y aún más de los no derechohabientes.

Una de las estrategias implementadas es la de involucrar a la población en el cuidado de su salud. En el programa de Comunidades Saludables se hace responsables a los ciudadanos de cuidar su propia salud. Bajo la premisa de que deben ejercer sus derechos y responsabilidades se le confiere a la comunidad el autocuidado de su salud. Esta estrategia esta basada principalmente en acciones de educación y promoción a la salud. El autocuidado de la salud es muy importante para lograr que la población acuda a solicitar el servicio de manera oportuna, esto es substancial para la salud materna por que contribuye a disminuir el tiempo que tardan las mujeres y sus familias en decidirse a buscar ayuda en caso de presentar una emergencia. Sin embargo si esta estrategia no se complementa con una mejor infraestructura de salud, se garantiza el abasto de medicamentos y el personal suficiente para atender la demanda de servicio no tendrá el impacto necesario para modificar las condiciones de salud de las mujeres embarazadas.

Las otras barreras

Otro de los factores asociados a la alta mortalidad materna en zonas indígenas tiene que ver con el aspecto cultural y no sólo el hecho de ser discriminadas en los servicios por su forma de vestir, hablar un idioma distinto, por su nivel educativo o por ser pobre. La cultura de los pueblos indígenas tiene que ver con su forma de vida y su concepción de la salud y la enfermedad, con los usos y costumbres; con mujeres que tienen su primer embarazo siendo aún adolescentes; con otras que después de tener muchos hijos se encuentran embarazadas en edades tardías; con violencia intrafamiliar, que en ocasiones viene no sólo de parte del esposo; con códigos sociales que desaprueban el control natal por que es contra la religión o por que se considera como signo de infidelidad. Las normas culturales que rigen la vida cotidiana en las comunidades indígenas condicionan una baja o nula autoestima y define su forma de enfrentar la maternidad. En este contexto es muy difícil que una mujer decida sobre su cuerpo o sobre su embarazo si esta acostumbrada a obedecer, no sabe que tiene derechos, no sabe que puede tomar decisiones sobre su vida y no aunque pudiera no sabe como hacerlo (Espinoza, 2004).

Problemas para la comunicación

El idioma es considerado como uno de los indicadores de pertenencia a un grupo indígena en los censos nacionales. La forma de comunicación es fundamental para el desarrollo de un pueblo y aún cuando la Constitución de México garantiza el derecho de los pueblos a preservar

y enriquecer su lengua como una forma de conservar su cultura e identidad, en la práctica hablar una lengua distinta a la lengua oficial se considera como sinónimo de atraso. La forma despectiva como la sociedad se refiere, aún actualmente, a los indígenas por hablar un idioma distinto ha ocasionado que muchas personas se nieguen a hablar en su idioma materno por temor a la discriminación que pudieran sufrir.

Una de las barreras importantes en el acceso de las comunidades indígenas al servicio de salud es el idioma. México es una nacional multicultural donde se hablan más de 60 idiomas de los pueblos originarios. (INALI, s.a.) En el afán de salvar este obstáculo, la secretaria de salud, dentro de su normatividad plantea que los centros de salud que dan servicio en zonas con población indígena deben contar con personal o mecanismos para facilitar la traducción del lenguaje predominante en la región (Secretaría de Salud, s.a.). Sin embargo dentro de su esquema laboral no existe una plaza para traductores como tal y en las zonas indígenas la traducción corre a cargo de técnicos o enfermeras de la localidad que por ser del grupo indígena o por el tiempo de convivencia hablan la lengua. Esta dificultad es también sorteada con la utilización de promotores locales voluntarios que colaboran realizando las pláticas de promoción a la salud en el idioma local y hacen la función de intérpretes entre la paciente y el médico cuando es necesario. Este apoyo comunitario es muy importante en las zonas indígenas pero no está permanentemente en el servicio por lo que algunas veces la traducción la realiza algún familiar que entienda español. Cuando la traducción es realizada por algún actor comunitario es necesario cuestionarse sobre la calidad de la interpretación ya que aunque entiendan el español hay términos, especialmente lo que se refiere al lenguaje médico que desconocemos si son interpretados correctamente, así mismo hay conceptos de las lenguas locales que no tienen traducción o no son fáciles de comunicar en español.

Si hay problemas para salvar la barrera del lenguaje cuando una mujer solicita el servicio en su localidad, el panorama se torna más complejo cuando llega a un nivel hospitalario, fuera de su región en donde por ser una población mestiza, el apoyo de intérprete es considerado innecesario. En el mejor de los casos la traducción la realiza el familiar que la acompaña, si habla español y siempre y cuando sea mujer ya que por reglamento, si es un hombre el pariente que la llevó, sólo puede estar en el área de hospitalización durante el horario de visita, después debe permanecer fuera y por tanto la mujer no tiene posibilidad de comunicarle al personal lo que siente o necesita.

Atención intercultural

Los conceptos de salud enfermedad son producto de una construcción social íntimamente relacionada con la cultura de los pueblos. En los pueblos indígenas de México subsiste con diferentes matices la práctica de la medicina tradicional, con una concepción distinta de las enfermedades y con un sistema de tratamiento que han aprendido por generaciones. En el sistema de salud tradicional existe una gama de profesionales de la salud entre los que se encuentran yerbateros, sobadores, hueseros, parteras y curanderos. Con la llegada de la medicina académica y la descalificación sistemáticamente de las formas de tratamiento tradicional muchas de estas especialidades se han perdido o en algunos casos sus prácticas profesionales se hacen de forma menos aparente. Actualmente los profesionistas del sistema de salud tradicional que son más “visibles” son las parteras. El papel de las parteras en el cuidado de la salud de mujeres y recién nacidos especialmente en comunidades rurales dispersas es fundamental tomando en cuenta que en muchos de estos lugares son el único recurso disponible. Ante la evidente dificultad de dar atención a toda la población los organismos internacionales fijaron su atención en los recursos locales de salud. En la declaración de Alma-Ata en 1978 se hace referencia a la importancia de los sistemas de salud tradicional, exhortando a los países a buscar la participación de la población para aprovechar la experiencia y conocimientos de la medicina tradicional y lograr en conjunto la meta que fue “Salud para todos en el año 2000”. (OPS, 1978)

Lograr la coordinación entre dos formas distintas de concebir la salud y la enfermedad requiere un esfuerzo importante, implica iniciar un dialogo de respeto entre iguales, situación muy difícil de lograr cuando se inicia desde una posición de poder por parte de los servicios de salud. Después de 30 años de la declaración de Alma-Ata en México se habla de la atención a la salud con un enfoque “intercultural” y aun cuando el manual de la secretaría de salud se refiere a la interculturalidad como la *“relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto, reconocimiento y horizontalidad”* (Almaguer et al, 2003) en la practica esta comunicación no se da y el enfoque intercultural de los servicios se ha limitado, en el mejor de los casos a fomentar una adecuación de los servicios para que sean “culturalmente amigables” y lograr que la población acuda.

Entre las acciones con enfoque intercultural que se promueven está la adecuación de la sala de parto para atender los partos en forma vertical, sin embargo no se ha capacitado a los médicos

para atender un parto vertical ni se le permite a la mujer que asuma una posición distinta a la de decúbito.

Una de las propuestas para lograr una adecuación intercultural de los servicios es que el personal reciba capacitación sobre el enfoque intercultural de salud. La Secretaría de Salud ha editado manuales sobre interculturalidad y promueve cursos de capacitación para el personal adscrito a zonas indígenas.

Para acreditar a los centros de salud de zonas indígenas la Secretaría de Salud considera varios aspectos, entre los que destaca que al menos el 60% del personal de los centros de salud en zonas indígenas debe haber recibido capacitación para sensibilización intercultural. Sin embargo para asegurar que se cumpla este requisito sólo se requiere presentar constancia de asistencia al curso, no se toma en cuenta la actitud del personal hacia la población para avalar que realmente se asimiló la capacitación. Otro aspecto que deben cumplir es el de aceptar la atención de parto vertical y el acompañamiento de la partera y/o familiar en la sala de parto cuando la mujer lo requiera, asegurando que la sala de parto cuente con las condiciones adecuadas para facilitar el tipo de atención que requiera la paciente. Sin embargo, para evaluar este aspecto no se verifica que el personal le informe a la mujer que tiene derecho a decidir como quiere tener a su hijo y si algunos centros de salud no cuentan con el equipo reglamentario para atender los partos mucho menos tienen las adecuaciones para atender partos en posición vertical.

Conclusiones

Las acciones de atención del parto intercultural que la Secretaría de Salud propone para los centros de salud de zonas indígenas, se circunscriben a propuestas de adecuación de los espacios en el hospital que permitan brindar una atención con calidez, lo cual es deseable no sólo para la población indígena. En relación a la interculturalidad, en el sentido como su propio manual lo define, no hay la búsqueda de una colaboración respetuosa entre culturas distintas y entre diferentes maneras de concebir la salud y la enfermedad. A pesar de todas las limitantes que conlleva el enfoque intercultural que se promueve en los servicios de salud, si lograran que en el nivel operativo, no sólo en las declaraciones, se aplicara esta propuesta significaría un adelanto en la forma de atender a todas las mujeres de este país, independientemente del grupo étnico al que pertenezcan.

La salud materna es un problema multifactorial, tan complejo como la geografía física, económica y social de nuestro país, pretender resolverlo con planes y programas de salud aplicadas de forma vertical es un error. Los programas de salud deben dejar de ser buenas intenciones de papel para convertirse en acciones dialécticas que se ajusten a las diversas realidades que vive la población. En la búsqueda de soluciones debe incluirse a la población como actores activos no sólo como receptores; son las regiones las que conocen su problemática particular y son sus habitantes los que en conjunto pueden identificar opciones viables y culturalmente aceptables que permitan mejorar las expectativas de salud materna.

Bibliografía

Almaguer González José Alejandro, García Ramírez Hernán José, Ruiz Belman Alfonso.

Relación intercultural con la medicina tradicional: manual para el personal de salud. Secretaría de Salud. México, 2003

CONAPO. Indicadores de salud reproductiva de la república mexicana. Consultado en línea. Disponible en la dirección electrónica:

http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238

Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto, 2001. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2º fracciones A-IV y B-III.

Espinosa Damián, Gisela, 2004, “Doscientas trece voces contra la muerte”, en Castañeda Martha, Daniela Díaz, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth, Dora Sánchez Hidalgo y Cecilia de la Torre. *La mortalidad materna en México, Cuatro visiones críticas*. México, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.; Kinal Antzetik A.C., Foro nacional de Mujeres y Políticas de Población y UAM-Xochimilco.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales indicadores del sistema nacional de salud, 1990 a 2006. Consultado en línea. Disponible en la dirección:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=msal21&s=est&c=6196>

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Catálogo de lenguas indígenas nacionales. Variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas.

<http://www.inali.gob.mx/clin-inali/>

Meneses-Navarro Sergio. ¿Acceso universal a la atención obstétrica? el seguro popular de salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas. En: Muerte materna y seguro popular. Díaz-Echeverría Daniela coordinadora. Fundar, México, 2007.

Organización Panamericana de Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978. Consultado en línea. Disponible en la dirección electrónica: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Secretaría de Salud, 2006. Ley General de Salud. Art. 10

Secretaría de Salud, 2006. Ley General de Salud. Art. 64, frac IV

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Notificación inmediata de defunciones maternas, 2006.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de innovación y calidad. Dirección general de calidad y educación en salud. Formato de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de 1er nivel en zonas indígenas

UNFPA Mortalidad materna Actualización 2004. El parto en buenas manos. Fondo de Población de las Naciones Unidas

World Health Organization, 2004. Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Family and Community Health, Department of reproductive Health and Research, Geneve, 2004.