Respuesta al

Llamado de la Oficina del Alto Comisionado de las
Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

**Maltrato y violencia contra las mujeres
durante la atención de salud reproductiva con un enfoque en el parto**

**Maltrato y violencia contra las madres indígenas en el estado de Guerrero, México**

Iván Sarmiento BSc MPH PhD(s)[[1]](#footnote-1)

Sergio Paredes-Solís MD MSc DSc[[2]](#footnote-2)

Neil Andersson MD DPH PhD1, 2

**Resumen**

1. Please indicate whether in your country there are cases of mistreatment and violence against women during reproductive health care, particularly facility-based childbirth. If so, please specify what kind of cases and describe your country’s response and any good practices, including protection of human rights;

Las madres indígenas en Guerrero sufren frecuentemente de irrespeto y maltrato en su interacción con los servicios oficiales de salud. Las experiencias negativas de estas mujeres reflejan desequilibrios en diferentes niveles del sistema de salud, tal como lo describe el modelo propuesto por Freedman y Kruk[[3]](#endnote-1).

En el nivel de las políticas públicas, identificamos desigualdades que resultan en menor acceso a servicios de calidad para las comunidades indígenas. Es así cómo casi la mitad de las madres indígenas en el estado no recibe los cinco chequeos prenatales obligatorios que contempla la legislación mexicana1. Entre 2002 y 2013, una de cada tres mujeres que murieron a causa del parto en la región de La Montaña, ubicada al sur del estado y mayoritariamente indígena, no recibió atención médica2.

A pesar de que México, y en particular Guerrero, reconocen en sus políticas públicas el derecho de las comunidades indígenas para expresar su identidad, practicar su cultura y mantener sus tradiciones para el cuidado de la salud (Ley 701 de 2011, Guerrero), aún son escasos los avances en este sentido y los prestadores de servicios de salud desconocen las particularidades culturales de estos pueblos. Esto establece un contexto de *inseguridad cultural*3 que afecta el ejercicio de la identidad indígena de las mujeres que reciben atención médica.

Una consecuencia adicional de la inseguridad cultural en el nivel de las políticas públicas es que las prioridades de investigación, ya de por sí limitadas por la escases de recursos, desconocen contenidos importantes para los pueblos indígenas porque se consideran irrelevantes para los estándares occidentales4. Por lo tanto, la atención de salud para las mujeres indígenas tiene poco sustento en evidencia específica para estos pueblos.

En el nivel estructural, las condiciones geográficas del estado, la dispersión de la población indígena y bajos ingresos económicos, así como una débil infraestructura pública son barreras para que impiden a las mujeres acceder a servicios de calidad. En 2018, sólo el 16% (1,131/ 7,289) de las localidades del Estado contaba con una unidad de salud, en su mayoría concentradas en las zonas urbanas.

Cuando las madres indígenas logran llegar a los centros de salud, usualmente los encuentran con pocos suministros y con escaso personal. La atención obstétrica en la mayor parte de los puestos de salud en las comunidades indígenas es prestada por estudiantes completando su servicio social obligatorio antes de iniciar su práctica profesional. Además de contar con poca experiencia, estos profesionales carecen de formación en seguridad cultural porque los programas de educación médica en el estado, y en general en México, aún no han desarrollado este tipo de contenidos.

Muchas mujeres prefieren la atención institucionalizada para no perder las ayudas del Gobierno, que son condicionadas a la atención hospitalaria de la maternidad. Este mecanismo impide que las mujeres decidan libremente el tipo de atención que reciben. Si bien los incentivos del Gobierno han disminuido el número de partos en casa en el Sur de Guerrero, aún cerca de la mitad de los partos ocurren en el hogar (especialmente entre las mujeres indígenas). El parto en casa asistido por parteras tradicionales se mantiene presente incluso en las comunidades más cercanas a los puestos oficiales de salud5.

En el servicio cotidiano que reciben las madres indígenas en el estado, lo que Freedman y Kruk definen como el nivel individual1, identificamos maltrato a través de prácticas que las mujeres consideran irrespetuosos aunque los proveedores de salud mantienen de manera rutinaria porque desconocen estas lecturas negativas6. Esta diferencia de percepción es profundizada por barreras del idioma pues una quinta parte de la población indígena en el estado no habla español7.

Un estudio transversal en 2105, en dos municipalidades del estado principalmente indígenas, encontró que 33% (171/525) de las mujeres que atendieron su parto en una unidad médica tuvieron una episiotomía5. Este procedimiento es visto por las mujeres como un acto violento de “cortarlas”. Paradójicamente, este procedimiento es también desaconsejado por los estándares internacionales8,9.

Una segunda práctica frecuente es el hábito médico de hacer tactos vaginales para vigilar la dilatación del cuello uterino. Este procedimiento es bochornoso y desagradable para las mujeres indígenas. Una encuesta realizada por el CIET en hospitales públicos de Acapulco encontró asociación entre recibir más de cuatro tactos vaginales y reporte de insatisfacción de las pacientes atendidas por parto de bajo riego. El estudio también encontró algunas mujeres que recibieron hasta 10 tactos y aún reportaron estar satisfechas con la atención, esto lo atribuimos a actitudes positivas por parte del proveedor para establecer cooperación con la paciente.

Una tercera práctica que genera insatisfacción entre las mujeres indígenas es tener que estar desnudas durante los procedimientos o ser rasuradas antes del parto. En 2015 un miembro del personal de salud de Xochistlahuaca (sur de Guerrero) explicaba que:

﻿“La paciente debe venir desnuda a la sala de partos y entonces se le provee una bata hospitalaria. Afeitar el perineo es rutinario para todas las mujeres que tienen su parto aquí”5.

El desconocimiento que tiene el personal de salud de la cultura indígena crea una problemática adicional que no es percibida por los prestadores de atención materna. Sin saberlo, la atención en el hospital contradice cuidados fundamentales para la salud de las madres de acuerdo con los conceptos de la medicina tradicional indígena de estos pueblos.

La medicina tradicional de Guerrero, como la de muchas culturas de México, busca el equilibrio del frio y el calor en el cuerpo. Para estas comunidades, durante el embarazo y especialmente durante el parto la mujer debe conservar su cuerpo caliente, por lo tanto, la exposición a elementos de naturaleza fría (como el agua) está contraindicada. Según estas comunidades, incumplir esta norma tiene repercusiones negativas en los resultados del parto y, en general, en la salud de la mujer.

Por esta razón, cuando las mujeres indígenas buscan atención obstétrica, usualmente no han limpiado su cuerpo con agua o reúsan bañarse después del parto. Esta situación contribuye a que los prestadores de salud que desconocen estas prácticas las estigmaticen por ser “sucias o desaseadas”. La estigmatización, en el contexto de una discriminación estructural hacía los indígenas, pone a las madres que utilizan los servicios de salud en una posición de vulnerabilidad.

La falta de investigación ajustada a las prioridades de los pueblos indígenas que mencionamos antes implica que los reportes de las propias comunidades son la única evidencia con la que contamos para establecer el impacto que los cuidados del frío y calor pueden tener en la salud de la mujer.

En general, las madres indígenas que buscan atención institucionalizada tienen una experiencia frustrante y difícil de comprender desde su cosmovisión. El cuadro siguiente describe las diferencias más frecuentes que la mujer indígena encuentra en los servicios de salud gubernamentales al solicitar atención materna para un embarazo y parto de bajo riesgo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspecto** | **Médico****Institucional (1)** | **Atención****Tradicional (2)** |
| **Control prenatal** |  |  |
| Consultas prenatales | Requieren de cita programada según espacio de agenda para la consulta, sólo las urgencias son sin cita. | Se establece la fecha por la mujer y la partera a conveniencia de las dos, las urgencias son sin acuerdo. |
| Personal que oferta la consulta | Puede variar | Generalmente es la misma partera |
| Recomendaciones alimentarias | Requiere comprar suplementos y no siempre ajustada a disponibilidad local | De acuerdo con la costumbre de la región |
| Tiempo invertido | Grande, incluye transporte y tiempo de espera | Poco, el tiempo por traslado y espera es mínimo |
| Tiempo de consulta | Reducido por la alta demanda de pacientes | El necesario según lo requiera la embarazada |
| Recomendaciones generales | Problemas de comunicaciones por idioma y jerga médica | Comunicación efectiva de los mensajes |
| Trato de la paciente | Centrado en los procesos médicos, con trato poco afectivo | El trato es afectivo, generalmente se conocen de antemano |
| **Parto** |  |  |
| Ropa “adecuada” | Cambio de la ropa por la bata institucional y desnudez | No hay necesidad de cambio de ropa |
| Procesos “convencionales” | Enemas, tricotomía, soluciones parenterales  | No se usan |
| Apresurar el parto | Uso de inductores del trabajo de parto | No hay inducción, se usan plantas medicinales para facilitar |
| Espera de la paciente | La parturienta permanece en cama | La parturienta es libre de caminar o descansar |
| Personal que atiende | Generalmente quien recibe a la paciente, vigila el trabajo de parto, atiende el parto, y la revisa en el posparto son personas diferentes | La misma partera está en todo el proceso y hay apoyo de la familia |
| Tactos vaginales | Generalmente múltiples | No ocurren en la atención tradicional |
| Posición del parto | Predomina la posición horizontal | Predomina la posición vertical |
| Maniobras no recomendadas | Presión abdominal (Kristeller),Episiotomía y rasurado. | No ocurren |
|  |  |  |
| Atención de complicaciones | Remisión a centro de mayor nivel de complejidad | Usualmente difícil por baja coordinación con centros de mayor complejidad |
|  |  |  |
| **Posparto** |  |  |
| Alojamiento | Usualmente la madre y el hijo están separados. Los familiares deben buscar alojamiento particular. | Madre y su bebé permanecen siempre juntos y rodeados de la familia |
|  |  |  |

1. Atención prestada por personal de salud con capacitación en enfermería, medicina general u obstetricia.
2. Atención prestada usualmente por parteras tradicionales indígenas reconocidas por las comunidades según el número de partos que atienden, los resultados de salud de sus pacientes y el conocimiento tradicional que poseen.
3. Please specify if full and informed consent is administered for any type of reproductive health care and if these include childbirth care;

Las normas en México y en el estado de Guerrero suponen el respeto del conocimiento informado para cualquier procedimiento. En la práctica, esto no ocurre con las mujeres indígenas principalmente por barreras de idioma. Adicionalmente, estas mujeres se caracterizan por su humildad y sencillez, con lo que son dóciles a las indicaciones de los proveedores de servicios, algunas veces incluso cuando son maltratadas.

Reportes de las comunidades en Acatepec señalan que muchas mujeres no son consultadas o informadas cuando reciben tratamientos anticonceptivos después del parto, algunas incluso con esterilización permanente.

El acompañamiento de familiares u otros miembros de las comunidades durante la atención médica varía según el criterio del profesional que presta el servicio. Esto hace que muchas veces las mujeres estén solas y no sientan el respaldo suficiente para expresar sus preferencias. La falta de alternativas para buscar otros servicios disminuye las opciones para estas mujeres cuando quieren seguir un criterio diferente al del médico o practicante.

Una recopilación de historias alrededor del parto que realizamos con mujeres indígenas en los municipios de Acatepec y Xochistlahuaca muestra como muchas de estas madres tienen que buscar a las parteras tradicionales cuando la atención propuesta por los médicos no corresponde con sus expectativas.

1. Please specify whether there are accountability mechanisms in place within the health facilities to ensure redress for victims of mistreatment and violence, including filing complaints, financial compensation, acknowledgement of wrongdoing and guarantees of non-repetition. Please indicate whether the ombudsperson is mandated to address such human rights violations;

La normatividad vigente en México y en el estado de Guerrero contemplan mecanismos para garantizar el control y la responsabilidad de los servicios de salud. Sin embargo, las mujeres indígenas viven en la periferia del sistema legal con lo cual enfrentan múltiples dificultades para el adecuado ejercicio de sus derechos.

Por ejemplo, los bajos niveles de alfabetismo o el escaso dominio del español impiden que puedan utilizar los mecanismos para presentar sus quejas. Si bien las autoridades indígenas locales son una primera instancia a la que las mujeres pueden acudir, estas autoridades indígenas tienen poco acceso a niveles superiores de control del servicio de salud que se encuentran en las grandes ciudades del estado. El desplazamiento a las ciudades para el seguimiento de un proceso puede resultar imposible para una persona que vive en una región como el sur de Guerrero donde el salario mínimo mensual es 40 dólares e incluso 34 para los indígenas2. Por supuesto, contar con asesoría legal en estos casos depende casi exclusivamente de organizaciones no gubernamentales independientes o servicios profesionales voluntarios.

1. Does your health systems have policies that guide health responses to VAW and are these in line with WHO guidelines and standards on this issue, see: [1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf;jsessionid=87D2C09FA4E78A6C623ADA9989B2E34E?sequence=1) | [2](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/)

Las normas del país y del estado buscan ajustarse a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, aunque su aplicación no necesariamente logra este objetivo.

**Referencias**

1. Barroso G, Sandoval A. Fecundidad indígena y salud reproductiva en La Montaña. In: *Estado Del Desarrollo Económico y Social de Los Pueblos Indígenas de Guerrero*. Acapulco: Programa Universitario México Nación Multicultural, Secretaría de Asuntos Indígenas de Guerrero; 2009:9-20. http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico\_y\_perspectivas/RECUADROS/CAPITULO 2/1 Fecundidad indigena y salud reproductiva en la Montana.pdf. Accessed May 3, 2018.

2. Meneses S, Pelcastre B, Vega M. Maternal mortality and the coverage, availability of resources, and access to women’s health services in three indigenous regions of Mexico: Guerrero Mountains, Tarahumara Sierra, and Nayar. In: *Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity among Indigenous Women of Mexico and Central America*. Springer, Cham; 2018:169-188. doi:10.1007/978-3-319-71538-4\_9

3. Cameron M, Andersson N, McDowell I, Ledogar R. Culturally safe epidemiology: oxymoron or scientific imperative. *Pimatisiwin J Aborig Indig Community Heal*. 2010;8(2):89-116.

4. Jordan B. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th ed. (Davis-Floyd R, ed.). Long Grove, IL: Waveland Press; 1993.

5. de Jesús-García A, Paredes-Solís S, Valtierra-Gil G, et al. Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: A cross-sectional cluster survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):198. doi:10.1186/s12884-018-1836-8

6. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92(12):915-917. doi:10.2471/BLT.14.137869

7. Cámara de Diputados. Honorable Congreso de la Unión. Anuarios Estatales. http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg\_anu\_est16\_gro.htm. Accessed June 10, 2018.

8. World Health Organization. *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Maternal Peripartum Infections*. Geneva, Switzerland; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\_perinatal\_health/peripartum-infections-guidelines/en/. Accessed October 19, 2018.

9. World Health Organization. *Who Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en. Accessed October 19, 2018.

10. Sarmiento I, Zuluaga G, Andersson N. Traditional medicine used in childbirth and for childhood diarrhoea in Nigeria’s Cross River State: interviews with traditional practitioners and a statewide cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010417. doi:10.1136/bmjopen-2015-010417

1. CIET/ Participatory Research at McGill, Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, Canada. [↑](#footnote-ref-1)
2. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, Mexico [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#endnote-ref-1)