

Una visión de la atención en salud a gestantes, desde la cultura humana

Zuleima Paola Hernández Ararat

Nohora del Carmen Ortega Cadena

Profesoras de Enfermería

Universidad Mariana

Liliana Ortiz Coral

Enfermera Profesional

Funcionaria del IDSN

Carmen Eugenia Quiñonez

Médica Profesional

Funcionaria del IDSN

En el desarrollo del evento científico ‘Ateneo’, se planteó el objetivo: hacer un análisis de las causas relacionadas con la atención en un caso de mortalidad materna, desde el enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, en este sentido se acogió la definición de ‘interculturalidad’ propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento construido en convenio con la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, que expresa que “la interculturalidad está basada en el diálogo de saberes” (p. 19). Entonces, se hizo una reunión con expertos, donde su experiencia y conocimiento permitieron dar respuesta a las preguntas formuladas sobre la muerte materna desde cada disciplina con lo que, finalmente, se buscó generar recomendaciones encaminadas a mejorar las condiciones de atención en salud de las mujeres gestantes, con enfoque intercultural, partiendo desde el respeto por la diferencia del otro y su cultura.

En la última década, la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe ha mostrado indicios de una marcada lentitud y, en algunos casos, de retroceso, que ponen en riesgo el cumplimiento de los compromisos acordados a nivel mundial, regional y dentro de los propios Estados, incluido el de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y CEPAL (2018).

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés, 2019), cada día han muerto casi ocho mil mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; en 2020 se produjo una muerte materna, prácticamente, cada dos minutos:

En promedio, casi ocho mil mujeres y otras personas con capacidad de gestar, murieron anualmente durante la gestación, el parto y hasta los 42 días del posparto entre 2015 y 2020 en América Latina y el Caribe. La pandemia por COVID-19 agravó el cuadro de mortalidad materna y supuso un importante retroceso en los avances hacia erradicar las muertes evitables.

Aunque todas las mujeres están en riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo, hay una relación clara entre la situación socioeconómica y el riesgo mayor de enfermedad y muerte materna. Estas muertes siguen siendo la expresión de la desigualdad de género, etnia, lugar de residencia, nivel educativo y aspectos asociados al nivel socioeconómico. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] Bolivia, 2023, párr. 2-3)

También UNFPA (2020) sostiene que:

La tasa de mortalidad materna de las mujeres indígenas es más alta que la de sus pares no indígenas y lo mismo ocurre en el caso de las mujeres afrodescendientes. Si bien los datos no permiten visibilizar esta situación en todos los países, algunas estadísticas muestran su gravedad: en el caso de Colombia, mientras en 2018 la razón de mortalidad materna a nivel nacional fue de 45,3 por cada 100.000 nacidos vivos, esa cifra aumentaba a 188,7 entre las mujeres indígenas y a 65,5 entre las afrodescendientes. (p. 5)

Para la sociedad y las instituciones prestadoras de servicios de salud, la muerte materna, junto con la muerte perinatal en algunas ocasiones, se considera una expresión de la condición social inequitativa de las mujeres y del débil funcionamiento de los sistemas de salud; además, las causas de la muerte materna siguen relacionadas con los determinantes sociales de la salud; sin embargo, en el momento de la atención en salud, como expresan las Naciones Unidas (NU, 2018), “cada embarazo y cada parto son únicos” (párr. 10).

Para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a una atención de salud materna respetuosa y de alta calidad, es fundamental superar las desigualdades que influyen en los resultados de salud; en particular, en los concernientes a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como aspectos relacionados con el género, la etnicidad, las costumbres y la cultura. (Organización Mundial de la Salud, OMS, s.f., párr. 7)

Diálogo de saberes ‘Ateneo intercultural e interinstitucional’

Es importante entonces, analizar las causas relacionadas con la atención en salud de un caso de mortalidad materna desde el enfoque intercultural, acogiendo la definición de interculturalidad propuesta por la OPS (como cita la Secretaría de Salud, s.f.), que sostiene que:

La interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar.

La interculturalidad pretende:

1. Que exista un espacio y tiempo común cuando se comparte un objetivo, para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro [desde la misma consulta en las instituciones de salud].
2. Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría, y por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
3. Promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental, [pero también de las competencias interculturales para un cuidado congruente y competente culturalmente].

4. Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas.

5. Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar. (p. 5)

Los diálogos fomentan el respeto de la diversidad cultural; requieren reconocer y entender los conocimientos tradicionales y populares de las comunidades, y no destruirlos ni vulnerarlos desde el saber médico occidental.

Se desarrolló el análisis de la situación de muerte materna a través del Ateneo, término que proviene del griego ‘Atención’, que era un templo en Atenas dedicado a la diosa Atenea, donde poetas y gentes de letras que leían y comentaban sus obras acostumbraban reunirse, pero también se remonta a la sabiduría que cada uno de ellos tenía y cómo ese conocimiento incidía en las decisiones para el bien de la sociedad.

Los ateneos son frecuentes en el desarrollo profesional hospitalario. Se orientan al estudio de casos por especialistas de una misma o diferentes disciplinas. Parten de preguntas sobre el caso, los integrantes presentan diferentes puntos de vista y surgen nuevas interrogantes y modos de resolución. (Di Matteo, 2020, p. 2)

En consecuencia, se reunieron expertos y estudiantes, donde desde su experticia y conocimiento pudieron dar respuesta a las preguntas formuladas sobre un caso de muerte materna desde cada disciplina: Medicina, de la Universidad de Nariño; de la Universidad Mariana, programas de Enfermería, Nutrición y Dietética, Fisioterapia, de la facultad de Ciencias de la Salud; y, Trabajo Social, Psicología y Derecho, de la facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. En coordinación con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, este evento formó parte de la investigación relacionada con el *Cuidado intercultural en la mujer: gestación, parto, puerperio, atendidas en instituciones de salud del departamento de Nariño*, permitiendo finalmente, proveer una evaluación parcial y una revisión crítica sobre el proceso de atención en salud que se le da a una mujer gestante perteneciente al grupo indígena nariñense Unipa, que permitirán orientar decisiones administrativas encaminadas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres gestantes de este grupo humano cultural y, seguir trabajando por la reducción de la mortalidad materna.

El desarrollo de diálogo de saberes giró en torno a las preguntas orientadoras:



- ¿Cuáles son las fallas que se presentaron en la prestación del servicio?
- ¿Qué factores culturales incidieron para que se presentara este caso de mortalidad materna?
- ¿Cuál es el aporte que desde cada disciplina se podría dar para evitar nuevamente un caso de estos?
- ¿Qué enseñanzas o lecciones nos deja este caso?

Caso de estudio: mortalidad materna

Mujer gestante al final de la revisión de historia clínica con cuatro embarazos; de 28 años de edad, procedente de un municipio de la costa pacífica, perteneciente a la etnia indígena Awá; ama de casa, con carné de salud subsidiado. Diagnóstico: puerperio mediato de parto domiciliario complicado con preclamsia severa, eclampsia, síndrome Hellp, coagulación extravascular diseminada. Plan: ingresa paciente en malas condiciones generales al servicio de urgencias a un centro de atención de primer nivel de complejidad; es llevada por familiares, quienes informan que su parto fue atendido por una partera, con nacimiento de una niña, de la que no se tiene datos completos; corte de cordón umbilical “con cuchillo de casa”; refieren que no hubo expulsión total de placenta; posterior al parto presenta “un fuerte dolor de cabeza, dolor de vientre fuerte, vómito, sangrado por la nariz y empieza a convulsionar”; por ello deciden llevarla al centro de salud. Ingresada inconsciente, con signos vitales alterados; se evidencia esfuerzo inspiratorio tiraje subcostal bilateral, por lo cual es ingresada directamente al área de reanimación. Se inicia maniobras de reanimación, soporte de ventilación, manejo terapéutico de acuerdo con el caso, pero, a pesar de todas las maniobras de salvataje, la paciente fallece.

Al hacer una revisión cronológica de la historia clínica completa de la paciente, se evidencia una serie de inconsistencias; no hay una secuencia lógica; la paciente nunca accedió a los servicios de: atención prenatal, planificación familiar y demás, según su ciclo de vida y necesidades.

Figura 1

Afiche publicitario del evento



Fuente: Equipo publicitario de la Universidad Nariño.

Perspectivas en análisis del caso: desde el cuidado de la salud con visión de la ‘cultura humana’, todos los profesionales de la salud están invitados a brindar una atención, no solo aplicando protocolos y normas que, si bien se evidenció, se hizo de manera parcial, sino desde la necesidad de cada individuo, en este caso una mujer embarazada, con unas condiciones muy particulares como son su ciclo de vida, cultura, costumbres, etnia indígena, ubicación geográfica y estatus económico. Entonces, las atenciones deben ser procesos continuos de adaptación para propender a una atención de salud más equitativa, eficaz, con pertinencia, de fácil acceso y con calidad.

Con relación a lo anterior, el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR, 2017) refiere que

La región de América Latina y el Caribe es de las más inequitativas del mundo en términos de ingreso. Si bien muchos países han logrado un desarrollo económico significativo, el 10% de las personas más ricas de la región poseen el 71% de las riquezas.² Estas desigualdades tremendas en el ingreso continúan limitando el acceso a servicios de salud de calidad de grupos de población en condiciones de vulnerabilidad o mayor exclusión social, tales como indígenas y afrodescendientes, personas con menos años de escolaridad, personas de los quintiles de menor ingreso y personas que viven en zonas rurales o en la periferia de grandes ciudades. (p. 9)

Y continúa afirmando que:

Con mayor frecuencia, las mujeres pobres y pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes de la región, reciben una atención de salud inadecuada y discriminatoria. Deben hacer frente a múltiples obstáculos para acceder a servicios de calidad, entre ellos: barreras geográficas, económicas, culturales y sociales y suelen sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad. (p. 12)

En cuanto a las diferencias étnicas, se reportó que este factor incrementa tres veces más la posibilidad de morir fuera del hospital (GTR, 2023).

Sumado a estos determinantes sociales, al desarrollar el análisis disciplinar se puede entender que en la atención que se le brindó a esta mujer gestante no se hizo acompañamiento continuo y procesual; por ello, al realizar una revisión detallada de la historia clínica, documento importante donde se compila la información que surge de la práctica clínica relativa a un paciente, documento que forma parte importante en la atención adecuada e integral de un o una paciente, se evidencia un diligenciamiento incompleto e incongruente de la realidad en los hechos, al momento de la prestación del servicio. También se puede identificar procesos claves de prestación de servicios, como, la oferta de atenciones: planificación familiar, el hecho de decidir por ella misma si tener o no tener más hijos, la falta de acompañamiento psicológico ante la negación a la prestación del servicio y respuestas: “mi pareja no me deja”. La no asistencia a una atención prenatal, donde se puede identificar factores de riesgo; si se la ejecuta normalmente, cuestión que no se dio para este caso, cuya finalidad es desarrollar un plan de atención ajustado a los hallazgos encontrados, mirando claramente falta de compromiso y responsabilidad en el personal de salud que estuvo en contacto con la paciente,

perdiendo oportunidades para generar rutas integrales de atención en salud adheridas a las necesidades reales de esta paciente, llevando con ello al fatal desenlace que se dio.

Igualmente, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2021) documenta que, en Colombia en el año 2020

se observa un incremento en el número de muertes. La situación de pandemia ocasionada por el COVID-19 ha agravado la situación de mortalidad materna [...] y, Colombia no fue la excepción. El incremento de las MM en el embarazo, parto o puerperio con respecto al año anterior es cercano al 20 % y de 27% para las MM totales. La emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia redujo la atención prenatal, lo cual puede ser una de las principales causas del incremento de la MM, además del crecimiento y el incremento de la mortalidad tardía y secuelas en 2020. (p. 17)

También es importante relatar la falta de atención en salud donde prime un enfoque inclusivo; es decir, tener en cuenta que la salud está supeditada a condiciones de vida, del ambiente y de naturaleza propia de cada ser humano en su desarrollo de ciclo de vida desde lo individual a lo colectivo. Por ello, se hace necesaria la lectura pertinente del contexto de cada pueblo con características particulares etno-culturales, hablar de atención intersectorial que propenda hacia procesos completos y de calidad de atención en salud, de la mano y, respetando la cosmovisión de cada cultura.

Con relación al caso en mención, igualmente se pudo identificar que entró a representar un papel importante, el hecho de que todo lo sucedido ocurrió en un territorio donde impera la jurisdicción indígena, el arraigo por lo etnocultural, mostrándose prioritariamente el modelo de poder patriarcal; al revisar a fondo la historia de vida de esta mujer, se puede determinar que había mucho respeto, sumisión hacia la autoridad paterna, al punto que no importó estar frente a una conducta punitiva de violación e incesto, perdiendo su dignidad y viéndose vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos. Más aún, se evidencia la falta de interés por parte de la paciente y su familia, en buscar atención en salud de manera segura, algo muy recurrente en esta clase de grupos humanos, ya que hay una preferencia muy marcada a la consulta o atención por partero o médico tradicional. Tal vez una de las razones sean los lazos de confianza en su cultura, la comodidad de sentirse con otro u otra persona que las entiende y respeta sus creencias. Sin embargo, lo que no se piensa a futuro es que no todos los embarazos, partos y nacimientos son seguros y sin complicaciones, situación que fue lo que pasó para este caso, sumándose lastimosamente a uno más que se pudo evitar.



Conclusiones

Es importante tener siempre presente el respeto por la cosmovisión indígena y la cultura de cada grupo humano en el ejercicio de la cooperación entre los diferentes actores que participan en la prestación de servicios de salud, sobre todo cuando se debe considerar que el departamento de Nariño, que hace parte de Colombia, se destaca principalmente por ser de aquellas regiones con sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS). Por ello, la atención en salud con enfoque intercultural puede convertirse en una de las herramientas que pueden contribuir a los avances en el logro del acceso y de la cobertura universal en salud.

Se requiere que el talento humano en formación o profesional se fortalezca en desarrollar competencias en el abordaje intercultural, lo cual se puede reflejar, por ejemplo, en una serie de modificaciones de los servicios de salud y de las prácticas saludables de las poblaciones involucradas (indígenas, afro descendientes, etc.); es decir, la adecuación cultural de los servicios de salud para la población indígena (u otro grupo poblacional), la incorporación de medicinas alternativas, el mejoramiento del trato y la calidez hacia la población, una manera diferente de comunicar el cuidado de la salud desde una perspectiva interculturalmente sensible y, la promoción de la investigación en medicina tradicional local.

Referencias

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). *Informes de Estadísticas sociodemográfica aplicada. Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del COVID-19*. DANE.
- Di Matteo, M. F. (2020). Ateneos y formación preprofesional en trabajo social. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ic/v7n2/2301-0126-ic-7-02-52.pdf>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA Bolivia. (2023). Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna. https://bolivia.unfpa.org/es/news/declaraci%C3%B3n-conjunta-favor-de-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbilidad-y-la-mortalidad-materna-0#_ftn2
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). (2017). Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. (2023). Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/declaracion_conjunta_para_la_reduccion_de_mm.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
- Naciones Unidas y CEPAL. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y El Caribe*. Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (NU). (2018). Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos. <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121#:~:text=Cada%20parto%20es%20%C3%BAnico,dilataci%C3%B3n%20del%20cuello%20del%20%C3%BAtero.>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Salud materna. https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- Secretaría de Salud. (s.f.). Competencias interculturales para el personal de salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2019). Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>.