



Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



**LA ATENCIÓN INTERCULTURAL
A LAS MUJERES:**

**EL TRABAJO DE PARTO
EN POSICIÓN VERTICAL
EN LOS SERVICIOS DE SALUD**



Vivir Mejor

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

I.- RECONOCIMIENTOS

II.- INTRODUCCIÓN

III.- OBJETIVOS

IV.- MARCO LEGAL

V.- FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS E HISTÓRICOS

El parto en posición de decúbito dorsal (litotomía)

El parto en posición vertical

VI.- FUNDAMENTOS CULTURALES

VII.- APLICACIONES

VIII.- ATENCIÓN INTERCULTURAL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

IX.- CONCLUSIONES

X.- BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

El siglo XXI nos presenta múltiples paradojas cada vez más evidentes en el campo de la salud. Es notorio el desarrollo de la ciencia médica en identificación de enfermedades y en el desarrollo de propuestas terapéuticas para resolverlas, al mismo tiempo que algunas problemáticas de salud pública continúan con un alarmante avance.

Con respecto a la atención del embarazo y parto, también encontramos una paradoja interesante: Los avances científico tecnológicos en este campo han permitido salvar muchas vidas, tanto de las madres, como de los recién nacidos. De manera simultánea también se ha desarrollado toda un área que presenta los impactos positivos de una atención humana en el embarazo y parto que considera las expectativas de las mujeres usuarias y su cultura. Hasta ahora estos dos elementos se encontraban desarticulados y a veces en franca oposición.

Este modelo de Atención de las Mujeres en el Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud, pretende ahora, aprovechar el desarrollo en ambos campos para poder ofrecer a las mujeres, sus bebés y familiares, una atención que conjugue tanto los avances tecnológicos, como los aportes para una atención humanizada que presenta el mismo sentido común, como algunos modelos médicos entre los que destaca la atención tradicional del parto en México.

El Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 consideran el desarrollo en ambas líneas de trabajo, y presentan con claridad la intención de disminuir las barreras culturales y enfatizar la satisfacción del usuario, como un elemento fundamental.

Consideramos que el presente modelo que se detalla a continuación presenta una oportunidad muy valiosa para avanzar en el binomio de la competencia técnica que debe tener la práctica médica, en conjunto con la competencia relacional y cultural, fundamental también en la misma.

Las mujeres y sus hijos lo agradecerán.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

I.- RECONOCIMIENTOS

Queremos reconocer en primer lugar a las parteras tradicionales de los Estados de Campeche, Yucatán, San Luís Potosí, Nayarit, Guerrero, Tabasco, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Morelos, Chiapas, Hidalgo, Michoacán y el Estado de México que en distintos momentos, en el marco de los “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, aportaron conocimientos y experiencias, permitiéndonos identificar elementos valiosos del modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio.

Para la elaboración de este documento fue esencial la participación de un grupo de mujeres de los Servicios de Salud de los Estados de San Luís Potosí, Nayarit, Tabasco, Guerrero, Morelos, Colima, Chiapas, e Hidalgo, que han participado en el desarrollo de acciones interculturales para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a mujeres indígenas y también en actividades para reconocer y fortalecer los aportes que brindan las parteras tradicionales, promoviendo y realizando Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de Salud y Parteras Tradicionales. También han facilitado la oferta del parto vertical, cuando las condiciones lo han permitido, aportando concretamente a esta propuesta con invaluable experiencias, reflexiones y expectativas.

Por estas razones, sumadas al enorme ánimo y compromiso que han demostrado en su labor, queremos agradecer a las doctoras Socorro María González Ruiz, Francelia Puente Solís, Graciela García Grajiola y Ma. del Carmen Herrera Torres; a las enfermeras Rosa María Parra Osuna y Martha Oliver Cruz; a la bióloga Denia Domínguez Canabal, a la partera profesional Maya Pineda García, a las licenciadas Guillermina Valeriano Ensaldo y Celia Bertha Falomir Morales, y a la trabajadora social María de la Paz Díaz Copka.

También agradecemos al Dr. José Ramírez Ferral, anesthesiólogo del Hospital General de Tula, Hidalgo de Pemex; al Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez, ginecoobstetra del Hospital Regional de Tula – Tepeji de los Servicios Estatales de Salud de Hidalgo; al Teniente Coronel Médico Cirujano Ginecoobstetra Francisco de Jesús Martínez Herrera, Jefe de Salas de Alojamiento Conjunto, Labor y Expulsión de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional; al Médico Cirujano Ginecoobstetra Luís Arquímedez Hernández Aparicio, ginecoobstetra del Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla; a la Antropóloga Azálea Calleja Bello y a la Maestra Mayela García Ramírez, por sus valiosos aportes desde el punto de vista técnico y humano.

II.- INTRODUCCIÓN

El Plan Sectorial de Salud 2007-2012, sustenta la política intercultural dirigida a mejorar la calidad interrelacionada de los servicios, a través de evitar y/o erradicar barreras culturales y el aumento de la sensibilidad y amigabilidad cultural. Este programa expresa claramente la promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud, para favorecer la sensibilidad cultural en una sociedad con características multiculturales como la nuestra. Con ello se busca focalizar los cambios pertinentes para atender a cada persona usuaria de acuerdo a sus propias necesidades y percepciones culturales en relación a la salud y enfermedad logrando, además del impacto clínico, el respeto a sus derechos constitucionales y su satisfacción. Así se promueve la adherencia a los tratamientos médicos, el aprovechamiento cabal de los servicios y su aceptación social.

Este proceso se sustenta también en la política de la Secretaría de Salud dirigida a fortalecer y ampliar la oferta de los servicios de salud con la incorporación de diferentes modelos terapéuticos, como de fortalecimiento de la salud, bajo planteamientos de seguridad y eficacia.

Esta nueva visión implica importantes cambios en la manera de diseñar los espacios y de operar los servicios de salud.

Existen paradigmas desde los cuales se diseñan y operan los hospitales y unidades de salud. Muchos de estos paradigmas requieren ser actualizados a la luz de los principios de calidad relacional, los planteamientos de la medicina basada en evidencias, las oportunidades que abren las medicinas complementarias, alternativas y tradicionales, las investigaciones científicas y los nuevos marcos jurídicos aprobados en el país en materia de ejercicio de derechos.

En este sentido, Las posiciones tradicionales de atención del parto (sentada, parada, hincada), en la que el útero está en posición vertical, permiten a las mujeres mejores condiciones para pujar y mejorar el trabajo de parto entre otras.

En este documento se tratan los elementos legales, científicos y culturales que han llevado a la Secretaría de Salud a promover el respeto a la decisión de la mujer ha adoptar la posición que mejor le acomode para parir, especialmente entre las poblaciones indígenas.

III.- OBJETIVOS

Con este modelo intercultural para favorecer el parto digno en posición vertical, se pretende:

1. Favorecer la seguridad en la atención de las mujeres durante el parto, reconociéndolas como protagonistas del mismo.
2. Informar a los tomadores de decisiones del Sector Salud sobre los fundamentos normativos, científicos y culturales de la atención intercultural de las mujeres en trabajo de parto en posición vertical.

3. Establecer y facilitar su aplicación en los servicios del Sistema Nacional de Salud, a través de la sensibilización y capacitación necesaria del personal relacionado a la atención obstétrica, así como la adecuación de los espacios de atención.
4. Promover su incorporación en la formación académica del personal de salud, tanto en la temática sociocultural, como en la atención obstétrica a nivel general y de especialización.
5. Reconocer los aportes del modelo tradicional de atención del parto proporcionados por las parteras indígenas.
6. Reconocer y garantizar a las mujeres el goce y ejercicio de sus derechos humanos relativos a la atención de su salud en contextos culturales.

IV.- MARCO LEGAL

Es común que la atención del parto institucional se realiza en posición de litotomía (decúbito dorsal), al respecto, se considera que es la única posición que existe, que es la más apropiada y que cuenta con bases científicas y legales, por el solo hecho de que es lo enseñado en las universidades y en los hospitales escuela, situación que denota falta de información y desconocimiento acerca de las bases legales y científicas de otras posiciones de atención del parto.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 2º reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional. (Diario Oficial de la Federación 14/08/01)

Con ello la constitución mexicana reconoce a la medicina tradicional como un Derecho cultural de los pueblos indígenas.

En nuestro país, la posición vertical del parto es parte de los conocimientos y elementos que integran la cultura indígena y la medicina tradicional. El texto constitucional señala la necesidad de aprovechar debidamente a esta última, lo que implica su ejercicio sobre bases adecuadas de seguridad, calidad, sustentados sobre fundamentos científicos.

- La Ley General de Salud (LGS) refiere, en torno a la atención a la salud de la población indígena y al reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena señala: Artículo 93. “De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del *paciente con el médico, respetando siempre sus Derechos Humanos*”.

Es así como la LGS, brinda el marco legal para otorgar los servicios adaptándose a la concepción de la salud de las personas usuarias, respetando sus derechos humanos. Incluye la posición del parto, elemento que es parte de la cultura indígena que hay que promover.

- El Programa Nacional y Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 incorpora ahora líneas de acción específicas sobre interculturalidad y medicina tradicional:

3.4. Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas:

... - Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso de los servicios.

5.2. Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población.

... - Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y medicinas complementarias en aquellas unidades de salud en las que exista la demanda de estos servicios.

- El Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Interculturalidad en Salud, señala en su línea de acción 3: Promover adecuaciones interculturales en la Operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios para la Salud. Entre sus metas destaca la de difundir el modelo de parto intercultural a todas las entidades federativas y promover su implantación.
- El Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, plantea como línea de acción el incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud, que permitan ofrecer servicios en un marco de respeto, interrelación, complementariedad y sinergia, considerando la cultura y demanda de la población, y señala como meta en este sentido, el difundir el modelo de parto vertical en el Sistema Nacional de Salud así como favorecer su institucionalización.
- El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente, señala las siguientes atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Artículo 25):
 - VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica;
 - XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud;...
 - XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.

Esto significa que la Secretaría de Salud cuenta con las atribuciones para proponer y desarrollar nuevos modelos que tomen en cuenta la cultura de la población, las acciones de sensibilización intercultural y la medicina tradicional.

- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”., Señala: *5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.*

Lo que significa que la norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a las decisiones de la embarazada.

- La Secretaría de Salud ha impulsado la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). *La Cédula de Acreditación de Unidades de Primer Nivel. Centros de Salud en Zonas Indígenas¹* cuenta con diversos indicadores de carácter intercultural que pretenden contribuir a la mejora del trato a población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica. Uno de dichos indicadores (No. B 290) es el de “*Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar*”. Esto implica que las Unidades de Salud adscritas al Seguro Popular en Zonas Indígenas, deberán incorporar dichos elementos para mejorar el trato intercultural y favorecer las condiciones de acceso a los servicios y con ello la satisfacción de las usuarias.
- El estado de Veracruz, ha establecido en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia², como tipo de Violencia contra las mujeres, a la “Violencia Obstétrica”, definida en su Artículo 7, Fracción VI, como la “*apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer*”.

¹ Se puede localizar en la página Web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en el apartado de cédulas de auto evaluación (<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/cedulas.htm>), y en ellas seleccionar: Centros de Salud en Zonas Indígenas (1er. Nivel) No B 290.

² Aprobada de manera unánime por el H. Congreso del Estado de Veracruz el 24 de enero de 2008 y publicada en la Gaceta del Estado el 28 de febrero del 2008.

V.- FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS E HISTÓRICOS

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios^{3, 4, 5} sobre el impacto de la posición convencional horizontal, como el de diferentes variedades del parto vertical en la atención del parto, tanto en México, como en todo el mundo.

Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia a nivel mundial son los elaborados por la organización internacional “*Colaboración Cochrane*” que está dedicada a evaluar las intervenciones médicas para valorar si cuentan con evidencia científica⁶.

“*Colaboración Cochrane*” elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto⁷, que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. Este estudio refiere que en muchas de las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, entre otras variantes. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre la espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en esta última posición, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. Sin embargo, hubo menos pérdidas sanguíneas⁸.

3 Méndez Gutiérrez Rosa María y María Dolores Cervera Montejano. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México/vol. 44, No 2, marzo-abril de 2002.

4 Arroyo J. y Cols.. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin. Invest. Obst. Ginec, 1, 221, 1974.

5 Schwarcz y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin. Invest. Obstet. Ginecol. 7. 135. 1980.

6 *Colaboración Cochrane* es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Su método es el metaanálisis. Revisan las investigaciones existentes sobre ese tema en los compendios que abordan el tema, analizan la metodología y los resultados y emiten recomendaciones. Toma su nombre del médico británico Archie Cochrane que en los años setenta, alertado de la necesidad de un mejor uso de evidencias científicas en la formulación de políticas de salud, hizo hincapié en la importancia de la evidencia proveniente de ensayos clínicos controlados, ya que éstos podían ofrecer mucha más información fiable que otras fuentes de evidencia. En la actualidad la tarea de la *Colaboración Cochrane* es preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos sobre las intervenciones sanitarias, y cuando éstos no están disponibles, revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes disponibles, a fin de ayudar a las personas a tomar decisiones clínicas y sanitarias bien informadas.

⁷ Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión *Cochrane* traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁸ El aumento en el diagnóstico de pérdida sanguínea en mujeres asignadas al uso de la silla de parto, debe interpretarse con precaución, ya que la estimación de la pérdida sanguínea puede estar influida por el hecho de que la pérdida sanguínea en la silla de parto se recoge en un recipiente. Por ello se sugiere que se debe prestar atención a la forma en la que se mide la pérdida sanguínea, como son la medición del hematocrito antes y después del parto y la medición directa de la pérdida sanguínea. En: Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión *Cochrane* traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007.

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posible excepción de una mayor pérdida de sangre, no se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la mujer o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.

El estudio considera también que la influencia del personal que presta servicios en instituciones médicas, no toma en cuenta la comodidad de las mujeres ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo. También señala que debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe dar atención a la valorización de la mujeres durante el trabajo de parto.

El parto en posición de Decúbito dorsal (litotomía)

La historia de la medicina revela que en Europa, África, Asia y América, los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical, como un fenómeno natural. En Europa durante la edad media, el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, donde se les llamó comadronas. Sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación.

Al ser asimilada la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto, a ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital⁹. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico.

Todavía existen en Europa en diversos museos, modelos e ilustraciones que muestran el diseño de las sillas que se usaban para los partos durante la edad media y el renacimiento, así como el momento en que el cuerpo médico sustituyó a las comadronas y comenzaron a ocuparse de los partos. A partir de entonces las mujeres abandonaron la silla y acataron el criterio de los profesionales que actuaban con más comodidad si la parturienta estaba acostada. En aquellas épocas, quien recibía al bebé debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente aceptable estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo.

Históricamente fueron importantes los escritos del médico francés François Mauriceau, quién argumentó en el siglo XVII, sobre la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, para facilitar la exploración y la asistencia obstétrica con la utilización de los fórceps.

Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁹ Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.

Ventajas de la posición horizontal:

- Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño. Algunas posiciones tradicionales verticales son incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos y médicas).
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas de la posición horizontal¹⁰:

- Efectos respiratorios. La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.
- *Efecto Poseiro*. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardiaco y se depleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la mujer¹¹.

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos de muy alto riesgo que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

¹⁰ Múltiples especialistas refieren una serie de desventajas de la posición horizontal, entre los que se encuentran los Drs. José Ramírez Ferral, anestesiólogo del Hospital General de Tula de Pemex, el Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez, ginecoobstetra del Hospital Regional de Tula – Tepeji de la Secretaría de Salud, el Teniente Coronel Médico Cirujano Ginecoobstetra Francisco de Jesús Martínez Herrera, Jefe de Salas de Alojamiento Conjunto, Labor y Expulsión de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional, y el Médico Cirujano Ginecoobstetra Luís Arquímedez Hernández Aparicio, ginecoobstetra del Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla.

¹¹ Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4^{ta}. Edición. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525

- Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como "peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.
- Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- Efectos psicológicos. Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. Muchas mujeres refieren que son tratadas como si fuesen menores de edad, desvalorizadas (sin que se tomen en cuenta lo que ellas sienten y solicitan) y humilladas, por lo que representa en cada cultura estar en esa posición frente a terceros. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los gineco-obstetras).
- Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

El parto en posición vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- ❖ sentada (Pueden utilizar silla o banqueta obstétrica);
- ❖ semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical);
- ❖ de rodillas;
- ❖ en cuclillas. Una versión es pegando los talones a los gluteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona

para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y las pompas más arriba, sostenida en una barra.

- ❖ parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica¹². La explicación es que es una posición natural, en la que la mujer siente confort y experimenta beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría han sido atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han vivido y comprendido como mejor para ellas.

La posición de cuclillas, utilizada en muchas regiones de Asia, África y en América en la atención del parto, coincide con la postura en la que las personas habitualmente trabajan y descansan en dichas regiones. La posición de sentadillas o en cuclillas profunda es muy similar a la posición habitual de descanso del chimpancé y es posible que la mayoría de los seres humanos hubieran adoptado la posición en cuclillas en alguna etapa de sus vidas si el cambio de costumbres culturales no les hubiera llevado para adoptar otras posturas.

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural¹³ y Ecuador con una Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical¹⁴. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Argentina cuenta ya con una ley sobre los derechos de los padres y de la persona recién nacida¹⁵, y Venezuela cuenta en su *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*¹⁶, un artículo destinado a la violencia obstétrica que incluye la imposición de la posición de litotomía. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países.

¹² Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.

¹³ Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República del Perú, 2005.

¹⁴ Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización, República del Ecuador, 2008.

¹⁵ República Argentina. LEY Nº 25.929. SANCIÓN: 25/08/2004. PROMULGACIÓN: 17/09/2004 - Decreto Nº 1231/2004. PUBLICACIÓN: B.O.N. Nº 30489 - 21 de septiembre de 2004; p.1-2. SALUD PÚBLICA. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

¹⁶ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, lunes 23 de abril de 2007. Nº 38.668

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS¹⁷ a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a las mujeres a tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto. La OMS señala también que son tres elementos los que tienen evidencias positivas en la atención del parto: La posición vertical, el alojamiento conjunto madre-hijo y el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto¹⁸.

Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección"). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle") sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del bebé. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.
- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Antiguamente se los llamaba custodes virginitates, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada. Esta

¹⁷ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.

¹⁸ Ibid.

musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias iliacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula^{19, 20}, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo²¹.
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.
- Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor^{22, 23}, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.

¹⁹ Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H, Poseiro JJ, Pose SV, *et al.*: Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1960, 80(2):284-290.

²⁰ Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia Ramos C, Menendez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamarriego J: Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975, 3(2):89-100.

²¹ Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980, 11(1):1-7.

²² Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en:

- Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.

Desventajas de la posición vertical:

- Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para el personal médico. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la mujer en trabajo de parto como el personal médico, se pueden encontrar cómodos.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

VI.- FUNDAMENTOS CULTURALES

En nuestro país según estimaciones de CONAPO²⁴, se calcula la población indígena para el año 2005 en 13,433,160 habitantes, lo cual corresponde a 12.21% de la población. Oficialmente se identifican 62 grupos indígenas, una de las mayores diversidades en América Latina.

Estos pueblos cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional. Como elementos sustanciales de esta cosmovisión podemos apreciar que la salud y la enfermedad se consideran como situaciones de equilibrio o desequilibrio que se manifiestan en estados fríos o calientes. Todo lo que sucede en el plantea Tierra y el cosmos se puede clasificar también como frío y caliente, y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad, alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad.

<http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

²³ Contamos con entrevistas a mujeres que forman parte del personal de salud del Hospital Amigo de la Madre y el Niño Indígenas Guerrerense de Tlapa de Comonfort, en el estado de Guerrero, que han tenido partos tanto en posición horizontal con el modelo médico convencional, como vertical con parteras tradicionales. La constante en los relatos es que el parto en posición vertical duele menos, el trabajo de parto es más breve y se facilita mejor tanto el respirar como el pujar. Una enfermera incluso expreso: "*Haber doctor, acuéstese en una cama y trate de hacer popó, algo así es la diferencia que sentimos*".

²⁴ Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000 – 2010. Colección Prospectiva. CONAPO. México. 2005.

Los servicios de salud, específicamente los hospitales, se consideran como una oportunidad para atender enfermedades varias y específicamente las complicaciones del parto. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones también se valora como un lugar con riesgos importantes a la salud. Específicamente con respecto al parto se señala:

- *“Que la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialdad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”;*
- *que se le da de alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar;*
- *que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar;*
- *que maltratan y humillan a la mujer produciendo “derrame de bilis” que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche,*
- *y específicamente con la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la “bajada del niño”, las contracciones, pujar y aumenta los dolores”.*

Estos elementos son considerados ahora como “barreras culturales”, puesto que dificultan (o alejan) a los usuarios indígenas de los servicios. Se originan tanto en la definición del marco normativo, que incluye planes, programas y espacios físicos, como en la formación del personal de salud. Su disminución o erradicación favorece la “amigabilidad cultural”.

Entendemos por amigabilidad cultural la adaptación de los servicios a la cultura y necesidades de las personas usuarias, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos y puedan ejercer sus derechos.

Para que un servicio de salud sea “*amigable culturalmente*”, requiere forzosamente de *competencia cultural*. Por ella entendemos la habilidad y capacidad de las personas e instituciones (en este caso de salud) para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos.

Ser “culturalmente competente” se refiere a la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de las personas participantes y/o usuarias de los servicios, promoviendo para sí mismos y para ellas, actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, en el marco de las leyes vigentes en nuestro país, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad es fuente de riqueza.

Las instituciones *culturalmente competentes* poseen la capacidad para interactuar y negociar eficaz y horizontalmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades.

La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas,

horizontales, y empáticas con todas las personas usuarias que acuden a los servicios de salud, promoviendo:

- La escucha de las personas usuarias desde su manera de percibir el mundo.
- La indagación y atención de sus expectativas.
- La comprensión y respeto de sus códigos culturales.
- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de las personas usuarias desde su cultura y el ejercicio de sus derechos.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todas las personas usuarias culturalmente diferentes.
- La detección y eliminación de las barreras culturales existentes

La atención de las mujeres en trabajo de parto en posición vertical, además de ofrecer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural, de respeto a los derechos humanos, empoderamiento de las mujeres, que evita o disminuye barreras culturales, favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud, en este caso a las mujeres que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.

VII.- EL MODELO TRADICIONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO



El modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena mexicana, fue durante muchos años ignorado, aunque los servicios de salud tuvieron una relación de trabajo con las parteras tradicionales. En estos programas de articulación, se pretendía extender la atención a la salud con mujeres que viven en comunidades rurales de difícil acceso, a través de la participación y articulación con las parteras. Se pretende aprovechar un recurso local de salud y elevar su calidad de la atención, capacitándolas en el parto limpio, el enfoque de riesgo y la referencia oportuna.

Desafortunadamente en esta visión de capacitación se menospreció el conocimiento de las mujeres indígenas y los aportes específicos que podía ofrecer el modelo tradicional de atención del parto, debido a un elemento esencial; se les olvido preguntar y mirar los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales.

A partir del año 2004 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural elaboró e inició el uso la metodología llamada “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital, o región y las parteras del ámbito de acción. En este taller-encuentro, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el como atienden el embarazo, parto y puerperio, llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que beneficien a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos.



En estos encuentros ambas partes se enriquecen mutuamente, y para muchos médicos, médicas y enfermeras, ha sido la primera oportunidad de conocer algunos elementos importantes de este modelo tradicional de atención del embarazo y parto, y asombrase de ellos.

Sobresalen en la atención tradicional del embarazo:

- Los procedimientos y maniobras para definir el estado y posición del bebé.
- Los procedimientos para favorecer el buen acomodamiento del feto (manteadas), con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
- Los masajes en espalda, cadera y todo el cuerpo para relajar y preparar a la mujer.
- El uso de plantas medicinales para fortalecer el desarrollo del embarazo.
- Así como las indicaciones de cuidados, reposo y alimentos, fundamentados en la cosmovisión de salud y el equilibrio frío - calor.

Destacan en el parto los siguientes procedimientos:

- Los masajes que se realizan en la espalda y cadera antes del parto, que relajan a la mujer y disminuyen el dolor.
- La identificación del estado de trabajo de parto y la proximidad del periodo expulsivo, sin realización de tactos, a través de la observación del descenso del fondo uterino y otros elementos.
- La utilización de posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas y en cuclillas) que favorecen el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido, seleccionándolas de acuerdo a la solicitud y decisión de las mismas mujeres en trabajo de parto, dándoles a ellas un rol protagónico.
- La escasa distancia del piso en la atención del parto, que generalmente se cubre con petates, cartones y cobijas, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el bebé.
- La participación de su pareja y otros familiares como “sostén” físico y emocional de la mujer a demanda de la mujer.
- Las técnicas y procedimientos específicos para facilitar el pujo efectivo hacia abajo y adelante.
- Las técnicas y posiciones de las piernas que además de dar un punto de apoyo para facilitar el trabajo de los músculos abductores en la apertura del canal del parto, evitan el sobreestiramiento del periné reduciendo los desgarros y la necesidad de realizar la episiotomía.
- Las técnicas para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta con el amantamiento inmediato del bebé.
- Es importante considerar también el trato cercano, amable y humano que las parteras tienen para con las mujeres en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, que incluye el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto, en los cuales se brinda una relación sin violencia de género.²⁵



Amamantamiento inmediato para favorecer la expulsión de la placenta.

En el puerperio, sobresalen:

- Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos, que a juicio de las parteras previenen la caída de matriz y vejiga.
- El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la limpieza de la mujer y su recuperación temprana.
- El uso de plantas medicinales para facilitar la producción temprana de la leche materna.

²⁵ Es frecuente que personal femenino de los servicios de salud, comenten expresiones androcéntricas durante el trabajo de parto como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”. Expresiones que no son utilizadas por las parteras tradicionales.

- Las indicaciones de alimentación (caldo de gallina, tortillas y atole), reposo, evitar salir al fresco los 3 primeros días, y cuidados generales para la mejor recuperación de la madre y el niño, de acuerdo a los elementos culturales de frío – calor.

De todos estos procedimientos, sólo uno ha sido investigado plenamente de manera científica utilizando el modelo basado en evidencias: “la posición vertical del trabajo de parto”, los demás están en espera de investigación científica que evidencien sus aportes.

VIII.- APLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a la decisión de las mujeres, las necesidades culturales y las posibilidades técnicas. Describiremos algunas que se pueden practicar en unidades de salud en conjunto con las parteras, y otras para centros de salud y hospitales en atención por personal médico.

En cuclillas. Se puede realizar con apoyo de otra persona en la espalda. En algunas culturas del mundo es utilizada por la mujer para autoatenderse del parto.



Atención de parto humanizado en cuclillas con participación de la pareja. Clínica de la Mujer de la Universidad de Viena.



Artesanía representando una mujer indígena del Amazonas atendiendo su parto en cuclillas.

Parada: Se puede utilizar desde una cuerda, una rama de un árbol, una hamaca, una pared, hasta una barra de metal inoxidable. También la mujer puede sostenerse del cuello de su pareja.



Demostración de parto en posición parada utilizando una cuerda. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales en Jesús María, Nayarit, 12 y 13 de julio de 2006.

Partera maya demostrando la atención del parto parada por atrás, sosteniéndose la mujer en una hamaca. Dizbalchén, Campeche.



Demostración de posición de parto parada con la mujer sostenida el cuello de su pareja. Puede ser atendido por delante o por detrás. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Capulalpan de Méndez, Oaxaca, el 4 y 5 de febrero de 2009.

Demostración de posición de parto parada con la mujer sostenida en la pared. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Las Margaritas, Chiapas, el 13 y 14 de noviembre de 2008.

Posición Hincada

Se acompaña en muchas ocasiones con sostén de un acompañante y de un punto de apoyo para agarrarse y facilitar el pujo.



Demostración de parto en posición hincada. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tamazuchale, San, Luis Potosí, 2005. Fotografías cortesía de la Dra. Socorro María González Ruiz, de los Servicios de Salud de S.L.P.



Demostración de parto en posición hincada. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Jesús María, Nayarit, 12 y 13 de julio de 2006.



Parto en posición hincada por atrás. Módulo de medicina tradicional del Hospital Integral de Huehuetla, Puebla.



Demostración de parto en posición hincada con sostén de la pareja por enfrente. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Capulpan de Méndez, Oaxaca, el 4 y 5 de febrero de 2009.

Posición Sentada

Se utilizan una serie de elementos para facilitar que la mujer se siente. En varios estados se utiliza un banquito bajo. En Nayarit utilizan una piedra con forma triangular para “que la fuerza se valla para adelante y no para atrás”, con lo cual las parteras refieren que la mujer no se defeca y el pujo es más efectivo. Es común incorporar elementos para facilitar un punto de apoyo para que se puedan agarrar y pujar.



Demostración de parto en posición sentada utilizando una cuerda y una piedra. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo en Santa Teresa, y Jesús María, Estado de Nayarit, 12 y 13 de julio de 2006.



Demostración de atención de parto en banquito obstétrico indio. Smithsonian National Museum of the American Indian. Washigton D.C., mayo de 2008. Intercambio entre partera esquimal y partera tzeltal. Invitational Gathering on North American Indigenous Birthing and Midwifery



Demostración de parto en silla acolchada, con apoyo en el marido. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales en Villa Hermosa Tabasco el 14 y 15 de mayo de 2007 y en Las Margaritas, Chiapas, el 13 y 14 de noviembre de 2008.



Parto con la mujer recostada en el piso y un familiar sosteniéndole la espalda para estar semi-sentada. Obsérvese el detalle en el que los pies tienen punto de apoyo en los muslos de la partera. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Jesús María, Nayarit, 12 y 13 de julio de 2006.



Demostración de posición de parto con la mujer sentada en las piernas del familiar. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Tlapa, Guerrero, el 13 y 14 de noviembre de 2007. Véase como el personal de salud se encuentra sentado cómodamente en un banco pequeño y no tiene que acucillarse. Posición ya utilizada con éxito por médicos de los municipios del Nayar, en el Estado de Nayarit, y de Tlapa en Guerrero.



Demostración de posición de parto con la mujer sentada en las piernas del familiar donde ambos se miran a la cara y expresan su afecto, y el parto se atiende por detrás. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo en Las Margaritas, Chiapas, el 13 y 14 de noviembre de 2008.

Existen diferentes modelos de bancos obstétricos para facilitar el parto en posición sentada, algunos han ya sido utilizados en unidades de salud.



Distintos tipos de banquitos obstétricos para facilitar el parto en posición vertical. Los tres primeros cuentan con orificios para que la mujer pueda asirse y pujar.



Partos institucionales con participación de la madre, utilizando el banquito obstétrico, realizados en el Hospital Comunitario de Aquismón en el Estado de San Luis Potosí. Fotografías cortesía de Maya Pineda García y el Hospital Comunitario de Aquismón.



Parto en posición vertical en banco obstétrico con participación del marido y la partera.

Parto con la mujer sentada en la orilla de la cama. También puede ser realizada en posición Fowler o SemiFowler. Existen en México hospitales donde se practica bajo el nombre de "parto fisiológico", en lugar de la expresión peyorativa de "camazo".

Área para la atención del parto en posición vertical para posiciones parada, en cuclillas e hincada de acuerdo a la comodidad de la mujer. Hospital Integral de Cuetzálán, Puebla.



Parto tecnificado en Hospital. Existen en el mercado una serie de mesas, camas y sillas obstétricas para facilitar el parto con todas las condiciones que se utilizan en las salas de expulsión y quirófanos.



Sillón de parto vertical SURMED. Con motor eléctrico o hidráulico. Se transforma en mesa quirúrgica para la realización de cesáreas si fuera necesario. Obsérvese los aditamentos para apoyar los pies, así como el descansabrazos con palanca para asirse y facilitar el pujo efectivo. Incluye posición de trendelenburg, hombreras, porta suero, bandeja recolectora de fluidos, arco de Kocher y sector podálico.



Sillón de parto EQUIMED. Versiones hidráulica y eléctrica.

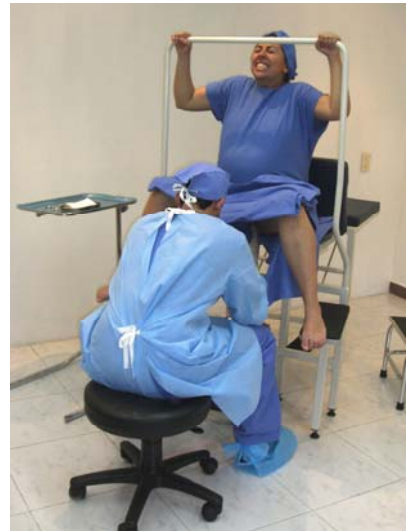


Atención de parto en sillón obstétrico.

Mesa obstétrica para parto vertical. Cama obstétrica diseñado en conjunto entre la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), ambos de la Secretaría de Salud, y ROCHESTER México. Se trata de una propuesta innovadora para que el parto sea amigable y cómodo tanto para la mujer en trabajo de parto, como para el personal de salud que la atiende y los familiares que la acompañan.



Implemento central que se vuelve respaldo para la mujer cuando se atiende sola, o que se puede abatir para la participación de su pareja o familiar.



Cuenta con un accesorio de sostén para facilitar el pujar de acuerdo a las posiciones que acostumbran las mujeres indígenas. Las bases traseras son móviles para permitir el respaldo de la mujer si se atiende sola, así como su descanso postparto. También se pueden mover para facilitar la participación de un familiar que le de sostén tanto físico como emocional, elemento importante del parto humanizado.



Atención en posición sentada

Atención en posición hincada por adelante.



Atención en posición hincada por detrás, como lo realizan las parteras tradicionales.

IX.- ATENCIÓN INTERCULTURAL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Entendemos por interculturalidad el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

El nivel mas elevado de interculturalidad es el de la relación sinérgica. Es cuando se logran obtener resultados aprovechando dos visiones diferentes de la realidad, que difícilmente sería posible conseguir desde un solo camino.

De esta manera es importante subrayar, que no se pretende sustituir los beneficios de la atención del parto del modelo médico convencional, por la atención tradicional, sino de enriquecer ambos modelos con lo mejor del otro. De esta manera las parteras afirman sus conocimientos tradicionales y los enriquecen con elementos del modelo médico moderno. Así mismo, los procedimientos médicos y hospitalarios de los servicios de salud, se revisan y modifican a la luz de las ventajas del modelo tradicional y también de otros modelos médicos, enriqueciéndose con elementos valiosos y humanos, así como del ejercicio de los derechos de las personas usuarias.

De esta manera, por atención intercultural nos referimos a aquella que aprovecha de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia. Además de la posición vertical del parto se propone de manera concreta incorporar los siguientes elementos:

- ❖ Fomentar la identificación temprana de riesgos en el embarazo, fortaleciendo la articulación con los auxiliares de salud y parteras tradicionales, en la que se les otorgue adecuada recepción y buen trato cuando refieran y acompañen a mujeres embarazadas o en trabajo de parto.
- ❖ Incorporar la preparación y atención psico-profiláctica de las mujeres en el embarazo y parto.
- ❖ Facilitar los ejercicios saludables para las mujeres embarazadas, incorporando técnicas de ejercicios derivados del conocimiento tradicional de las parteras y la propia experiencia de las mujeres que van a parir y otros especializados para el embarazo y el puerperio como yoga y *Qi Gong* (chi cum).
- ❖ Fomentar la alimentación saludable de las mujeres embarazadas con cursos prácticos de cocina saludable adaptadas al embarazo y cultura local.
- ❖ Promover la formación del *club del embarazo* en hospitales y centros de salud, en el que se brinden platicas educativas, información sobre sus derechos y ejercicios prácticos a mujeres embarazadas acompañadas de sus parejas, para brindar información sobre todos los elementos del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, así como sobre la detección oportuna de las adversidades y riesgos posibles. Así mismo la Integración del acompañamiento psico-profiláctico durante todo el trabajo de parto.

- ❖ Integrar en un esquema de seguridad los masajes preparto que conocen las parteras para facilitar la circulación sanguínea, disminuir la tensión muscular y reducir el dolor.
- ❖ Atención conjunta del parto integrando a parteras tradicionales y profesionales en la atención del parto eutócico, en conjunto con el personal médico.
- ❖ Favorecer la incorporación de técnicas utilizadas por parteras tradicionales para facilitar la pujada eficiente de la mujer en el trabajo de parto.
- ❖ Permitir la participación de la pareja o familiar durante el parto, para brindar sustento emocional y hacerlo copartícipe de la experiencia de la paternidad, si así lo solicita la mujer parturienta.
- ❖ Eliminar agresiones físicas innecesarias: tricotomía, enemas, episiotomías y la sobre-tecnificación como el caso de cesáreas innecesarias.
- ❖ Fomentar el amamantamiento inmediato al nacimiento del bebé, lo cual favorece de manera natural la expulsión de la placenta.
- ❖ Promover el alojamiento conjunto madre – hijo.
- ❖ Otorgar, a través de parteras y personal capacitado, las técnicas de masaje post-parto conocidas como “apretadas” que favorecen la recuperación funcional de tendones, huesos, articulaciones y órganos.
- ❖ Modificar la climatización y ambientación de la sala de expulsión para que sea “calida”, tanto a nivel térmico como cultural.
- ❖ Integrar los beneficios de los baños de vapor y temascal para las mujeres durante el puerperio.
- ❖ Facilitar la operación de posadas de hospedaje, contiguas a centros de salud y hospitales que permitan el albergue de mujeres embarazadas de riesgo, desde días antes de la fecha probable de parto y evitar su traslado de urgencia durante el trabajo de parto. Así mismo que permita a las mujeres albergarse durante los tres primeros días después del parto, en que culturalmente “se encuentran en estado caliente”, y se pueden desequilibrar si se exponen al fresco.
- ❖ Integrar los conocimientos y prácticas de las parteras para facilitar la producción temprana de la leche materna y mejorar su calidad.
- ❖ Adaptar los servicios a las necesidades y derechos de las mujeres usuarias de tal manera que se facilite el acceso a los mismos.
- ❖ Otorgar servicios con enfoque de género, basadas en las necesidades y expectativas de las mujeres usuarias, para lo cual es necesario instrumentar una estrategia de consulta con las mismas, y de reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos.
- ❖ Sancionar al personal que degrade a las usuarias y realice cualquier acto de violencia obstétrica.
- ❖ Favorecer la dignificación y humanización del parto, con la participación activa de las mujeres parturientas, donde se les deje de tratar como “objeto”, y se les

reconozca sus derechos como protagonistas del mismo, fortaleciendo su autonomía.

- ❖ Evitar la prohibición de los elementos de protección que llevan las personas usuarias desde su perspectiva cultural, como lo son, listones rojos, amuletos, aldabas de metal, a menos que se tenga la seguridad de que signifiquen riesgo durante el procedimiento médico indicado, y en ese caso devolverlos al terminar éste. Si se considera que puede alterar los procedimientos de higiene, ofrecer sustitutos limpios o estériles.
- ❖ Aprovechar técnicas y procedimientos de la acupuntura para coadyuvar en la analgesia del parto, de la homeopatía en la regularización metabólica, y la terapia floral (Flores de Bach) para favorecer un buen estado emocional.
- ❖ Transformar las capacitaciones convencionales con parteras tradicionales en “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” donde los dos modelos médicos se encuentren, se enriquezcan mutuamente y logren concertaciones interculturales para favorecer su propia labor, así como la salud y dignidad de las usuarias.
- ❖ Propiciar la intervención y capacitación de parte del área de psicología para facilitar la identificación de signos tempranos durante el embarazo y parto, de cualquier tipo de modalidad de violencia, y de los síndromes de depresión postparto y de rechazo madre/hijo, de manera que se puedan prevenir y atender de manera oportuna.
- ❖ Sensibilizar, formar y capacitar al personal institucional en la atención al parto con perspectiva cultural y de género, e instrumentar la acreditación del servicio de atención del parto con elementos culturales.

X.- CONCLUSIONES

El acercamiento al modelo tradicional de la atención del parto muestra algunas enseñanzas: el conocimiento “local” es valioso y se hará accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignos portadores y portadoras; una colaboración así será posible si quienes la intentan, desde este lado de la frontera cultural, no heredan la carga de menosprecio que nuestra formación sigue prodigando. Debemos asumir la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizar, pero dispuestos a mirar, a escuchar y a maravillarnos con el descubrimiento.

Las posiciones verticales y elementos de humanización de la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, cuentan ahora con reconocimiento en los servicios de salud de nuestro país y en muchas partes del mundo. Poseen fundamentos científicos y culturales claros, con reconocimiento de la OMS, y en el caso de México, un marco legal que se ha adaptado al devenir de los tiempos, y que ya puede proporcionar lineamientos que faciliten la adaptación de los servicios para aprovechar sus ventajas.

Sin embargo, continúa faltando en la formación del personal de salud, la información que dé cuenta de estos elementos. Estamos concientes de que el proceso de modificación de las condiciones de atención de las mujeres durante el embarazo y parto

es todo un reto, que requerirá de procesos graduales de sensibilización, capacitación, formación y adaptación.

Es importante modificar las condiciones de comodidad, seguridad y dignidad para las mujeres, sin olvidar la comodidad y seguridad del personal que atiende los partos, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.

Sabemos que no es suficiente cambiar la posición en el trabajo de parto, para que la atención sea humana, respetuosa, participativa y digna; sin embargo es un paso importante, que debe tomarse en cuenta en una visión integral.

Hay que recalcar que en México la posición vertical es una demanda de las mujeres de diferentes pueblos indígenas, pero que sus beneficios pueden alcanzar a toda la población, como ya se está haciendo en Argentina, España y Francia, por lo que debería estar asequible tanto a nivel rural como urbano, en Centros de salud y Hospitales.

Es evidente la necesidad de la participación de instancias del sector salud, instituciones formadoras de cuadros profesionales en salud y atención obstétrica, e instancias responsables del diseño y equipamiento de los espacios de atención.

Así mismo, es necesario proponer reformas a la normatividad existente sobre la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, para favorecer y explicitar las condiciones indispensables para una atención más digna y humana, que tome en cuenta los elementos culturales de acuerdo al marco jurídico actual.

Esperamos que este lineamiento favorezca la humanización de la atención de las mujeres durante el parto y específicamente mejore la atención de la población indígena, con la que todavía tenemos una deuda histórica pendiente.

Reiteramos nuestra disposición para sensibilizar al personal de salud y/o capacitarlo con el personal experto en los temas ofrecidos en este documento.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

Arroyo J. y Cols.. *La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto.* Clin. Invest. Obst. Ginec, 1, 221, 1974.

Bernardo Amaila. *Parir como diosas: recuperando el parto vertical.* Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.

Blázquez Graf Norma: *El retorno de las brujas*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

Carlson, J. Diehl, J. Sachtelben Murray, M., McRae, M, Fenwick, L., Friedman, E. Maternal positioning during parturition in normal labor, *Obstet, Gynecol*; 68:443; 1996.

Caldeyro Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H, Poseiro JJ, Pose SV, et al.: *Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor.* *Am J Obstet Gynecol* 1960, 80(2):284-290.

Caldeyro Barcia R. *The influence of maternal position on time of spontaneous rupture the membranes, progress of labor and fetal head compression.* Birth Fam J. , 6:7; 1979.

Caldeyro Barcia R. *Bases fisiológicas y Psicológicas para el manejo humanizado del parto normal.* Simposio sobre recientes adelantos en medicina perinatal. Tokio Japón, oct 21 y 22, 1979. Publicación científica No 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

Cavalleri María. *El parto a través de la historia.* UNICEF, 1992.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México.

Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: *Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1980, 11(1):1-7.

Diseño de espacios y objetos para el parto Integral. Gobierno de Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Diseño. Santiago 2006.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. *Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Klein S. *Un libro para parteras.* México, DF: Editorial Pax; 1998.

Ley General de Salud. Secretaría de Salud. México, 2007.

Ley de derechos de los padres y de la persona recién nacida. República Argentina. Ley N° 25.929. SANCIÓN: 25/08/2004. Promulgación: 17/09/2004 - Decreto N° 1231/2004. Publicación: B.O.N. N° 30489 - 21 de septiembre de 2004; p.1-2.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, lunes 23 de abril de 2007. N° 38.668

Martina Marco A.; Victor Fernández, Luis Escate, Antonio Sánchez y Hugo Villa: *Parto en posición sentada en la Oroya (3780 m).* Acta Andina. Asociación de Estudios de Biopatología Andina. ISSN. 1994. 3(2): 151-154.

Mendez Bauer C, Arroyo J, Garcia Ramos C, Menendez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamarrigo J: *Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor.* J Perinat Med 1975, 3(2):89-100.

Méndez Gutiérrez Rosa María y María Dolores Cervera Montejano. *Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional.* Rev. Salud Pública de México/vol. 44, No 2, marzo-abril de 2002.

Nacer en el Siglo XXI. *De vuelta a lo humano.* Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Universidad de Chile. *Humanización del proceso reproductivo mujer-niño-familia.* Santiago de Chile, enero 2001.

Nathan Bravo Elia, *Territorios del mal. Un estudio sobre la persecución europea de brujas*, Instituto de Investigaciones Filológicas / Instituto de Investigaciones Filosóficas - UNAM, México, 2002, 225 pp.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República del Perú, 2005.

Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización. República del Ecuador. 2008

Norandi Mariana: Mito, *Las brujas de la Edad Media; sólo eran mujeres con conocimientos*. La Jornada jueves 28 de febrero de 2008/ ciencias.

Plan Nacional de Salud, 2007 – 2012. Secretaría de Salud. México. 2007.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México. 2007.

Sistematización del parto humanizado en población Aymara. Sistematización de un modelo de parto humanizado introducido en la maternidad del Hospital de Iquique. Gobierno de Chile. Hospital de Iquique, 2006.

Schwarcz y Col. *Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna*. Clin. Invest. Obstet. Ginecol. 7. 135. 1980.

Zárate María Soledad. *Dar a luz en Chile. Siglo XIX. De la "Ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Chile.

**Dirección de Medicina Tradicional y
Desarrollo Intercultural**

Dr. José Alejandro Almaguer González

Dr. Hernán José García Ramírez
Ant. Vicente Vargas Vite

Tel: 52-11-77-47

alejandroalmaguer@salud.gob.mx
educeverhg@hotmail.com
marakame@salud.gob.mx