Boletín #2

Estrategia de Cooperación Interagencial en Salud Materna y Neonatal Indígena
2015-2019

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL CON ENFOQUE ETNOCULTURAL, DE DERECHOS Y DE GÉNERO

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud Américas
UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
unicef
WFP Programa Mundial de Alimentos wfp.org/es

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS

Gina Tambini
Representante

Dra. Ivy Lorena Talavera Romero
Asesora internacional familia, género y curso de vida

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA

Martha Lucía Rubio Mendoza
Representante Auxiliar

Ana María Vélez Rodríguez
Profesional en salud sexual y reproductiva, salud materna

Grace Montserrat Torrente R.
Asesora en comunicaciones

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Aída Oliver
Representante

Dra. Viviana Limpias
Representante adjunta

Dra. Luz Ángela Artunduaga
Especialista de supervivencia y desarrollo infantil

Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre
Consultora, coordinadora de la estrategia interagencial

Programa Mundial de Alimentos, PMA

Dra. Deborah Hines
Representante

Dra. Ana Mercedes Cepeda Arenas
Oficial de programas, políticas

Comisión científica

Redactoras

Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre
Consultora Nacional, Coordinadora de la Estrategia Interagencial UNICEF

Dra. Martha Lucía Rubio Mendoza
Asesora salud sexual y reproductiva y juventud, UNFPA (2018).

Nazly Montoya
Profesional en salud sexual y reproductiva y juventud, UNFPA (2018).

Dra. Luz Angela Artunduaga Charry
Especialista de supervivencia y desarrollo infantil, UNICEF.

Dra. Ivy Lorena Talavera Romero
Asesora internacional familia, género y curso de vida, OPS/OMS.

Dra. Ana Mercedes Cepeda Arenas
Oficial de programas – Políticas, PMA.

Equipo editorial

Grace Montserrat Torrente R.
Asesora en comunicaciones, UNFPA.

Ana María Vélez Rodríguez
Profesional en salud sexual y reproductiva, salud materna, UNFPA.

Corrección de estilo: Luz Ángela Uscátegui C.
Diagramación: Laura Acevedo.

ISSN: 2665-5926

Bogotá, D.C, marzo de 2019. © OPS/OMS 2018 © UNFPA 2018 © UNICEF 2018 © PMA 2018

ÍNDICE

Pág

Introducción 5

Estrategias de probada eficacia 6

Líneas de acción de proyecto interagencial 7

I. Generación de conocimiento 7
II. Incidencia política y abogacía 9
III. Fortalecimiento institucional 12
IV. Fortalecimiento comunitario 15

El proceso de un parto:
Historia de una partera Arhuaca 19

La historia de un parto:
El trabajo de una partera Wayuu 20

Referencias 22

INTRODUCCIÓN

En el marco de asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF, por su sigla en inglés) con el Gobierno de Colombia, cuatro agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU), UNICEF, OPS/OMS, UNFPA y el PMA, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y las autoridades indígenas, formularon y están desarrollando una propuesta de trabajo interagencial para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en pueblos indígenas, los cuales tienen indicadores de mortalidad materna y neonatal por encima del promedio nacional.

Desde el 2015 el equipo técnico interagencial está ejecutando el plan de trabajo (2015-2019), que contempla cuatro líneas de acción que corresponden a los compromisos acordados entre los aliados y las entidades territoriales de salud de los departamentos de la Guajira y el Cesar para la mejora de las respuestas institucionales y comunitarias con la salud materna de los pueblos indígenas de estos departamentos.

La adherencia de Colombia a una serie de tratados internacionales comprometidos con la salud y el bienestar de la primera infancia marca un hito importante en el desarrollo normativo y político con relación a la población de mujeres, gestantes recién nacidos, niños y niñas. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la niña, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y actualmente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde se da prioridad a la atención, en los primeros mil días de vida, basados en el alto retorno social, con especial atención en el (2): Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición; (3): Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y el (5): Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

ESTRATEGIAS
DE PROBADA EFICACIA

Estrategia mundial interagencial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030

Aspira a transformar las sociedades de manera que las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de todo el mundo puedan ejercer sus derechos y alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar. Los tres objetivos generales de esta estrategia consisten en:

- **Sobrevivir:** poner fin a la mortalidad prevenible.
- **Prosperar:** lograr la salud y el bienestar.
- **Transformar:** ampliar los entornos propicios para el desarrollo.

Esta estrategia abarca el plazo de 15 años establecido para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, 2015-2030).

Seres de cuidado

Educa y acompaña a las familias para que las trece prácticas clave de cuidado y crianza, organizadas en tres grupos (cuidarnos, cuidarnos al comer y cuidarnos en casa), se incorporen adecuadamente en el individuo, la familia y la comunidad.
Trabajando con mujeres, individuos, familias y comunidades (MIFC).

- Desarrolla CAPACIDADES de cuidado propio y cuidado de los demás.
- Aumenta la CONCIENCIA sobre los derechos en salud.
- Fortalece los VÍNCULOS al interior de las comunidades y de estas con las instituciones para lograr apoyo social.
- Mejorar la CALIDAD de la atención en los servicios de salud.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

Estrategia basada en los derechos de las mujeres gestantes, las niñas y los niños desde el continuo de la atención con calidad y calidez. Adopta un enfoque de identificación del riesgo e integración total que responde a las causas principales de morbilidad y mortalidad.

Servicios amigables para adolescentes y jóvenes

Proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los derechos de esta población, especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROYECTO INTERAGENCIAL

I. Generación de conocimiento

Compartir las mejores evidencias, experiencias, lecciones aprendidas, resultados de investigaciones y sistematizaciones del trabajo local con los actores del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), las organizaciones de la sociedad civil, la academia, las mujeres, las familias, las organizaciones y las autoridades indígenas.

Desarrollos

Investigación sobre "Determinantes sociales y de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu: evidencias y propuestas de intervención" (UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA & Pontificia Universidad Javeriana, 2016).

Estudio de carácter cualitativo y cuantitativo que incluyó registros secundarios, tales como las estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) desde el 2008 (año en el cual se incluyó la variable etnia en el certificado de defunción) hasta el 2013 (año con cierre de información oficial).
De igual manera, se obtuvieron fuentes primarias a partir de las cuales se construyó el análisis de los determinantes. En la revisión sistemática se identificaron estrategias e intervenciones que contribuyen al control, la prevención y la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

- Como determinantes estructurales: embarazo a edades tempranas, no haber recibido asistencia médica, vivir en zonas rurales dispersas y escolaridad baja o nula.
- La mayor proporción de muertes maternas y neonatales ocurre en mujeres y madres de neonatos indígenas con bajo o ningún nivel educativo.
- El riesgo de muerte es diez veces mayor en niñas indígenas de 10 a 14 años respecto a las no indígenas.
- Las causas de muerte materna por hemorragia, sepsis y eclampsia son dos veces mayores en mujeres indígenas que en las no indígenas.
- En las zonas rurales dispersas las muertes maternas se presentan principalmente por complicaciones relacionadas con el tiempo prolongado del trabajo de parto, ruptura del útero por obstrucción, hemorragias severas, retención de la placenta y sepsis puerperal.
- En tres de cada diez muertes maternas las mujeres no asisten al control prenatal y no tienen ningún nivel educativo. En las no indígenas no alcanza a llegar a la unidad.
- La muerte de niños en los primeros 28 días de nacidos es dos veces más alta que el promedio nacional.

La muerte neonatal es:

- Tres veces más alta en madres de 10 a 14 años indígenas frente a las no indígenas.
- Dos veces más alta en madres sin educación.
- Seis veces más alta en centros poblados.
- Cuatro veces más alta en zonas rurales dispersas.
- Siete veces más alta en el régimen subsidiado y en el no asegurado.

Análisis cualitativo

Dentro del contexto, podemos identificar que las normas y valores culturales, la cosmovisión propia y la ley de origen son importantes determinantes de la salud para los pueblos. Así pues, la desarmonía del espacio y el desequilibrio de la naturaleza, causados por la humanidad, repercuten en la salud de las mujeres. Fenómenos como el cambio climático, la sequía, la inseguridad alimentaria, el conflicto armado, la extracción minera en el territorio, las prácticas de corrupción y otros aspectos causados por la desarmonía afectan fuertemente la salud de los pueblos.

La posición social también es un determinante en la salud. Los grupos indígenas están en la más baja posición social en los departamentos a estudio. Además, se observó que existen jerarquías sociales que determinan el acceso a los servicios y la toma de decisiones; en este caso, la mujer indígena se encuentra en una jerarquía más baja, lo cual la limita en la toma de decisiones. Estas jerarquías se ven reflejadas y se retroalimentan en la baja escolaridad de las mujeres y la baja vinculación laboral formal. Desde la cosmovisión propia, el rol femenino es una condición para la pervivencia física, social y cultural del pueblo debido al vínculo y la relación directa entre la mujer y la naturaleza.

Evidencias sobre intervenciones para la reducción de la muerte materna y neonatal: entrenamiento y provisión de herramientas a las parteras tradicionales

Cuidado preparto, durante el parto y el posparto; parto limpio; uso de kits desechables de parto; cuidado del recién nacido y pautas para remisión a servicios obstétricos de emergencia.

- Reducción de la mortalidad materna en un 26% y la perinatal en un 30% (Jokhio, Winter & Cheng, 2005).
- La mortalidad hasta el día 28 de vida fue un 45% menor entre los neonatos atendidos por las parteras entrenadas (Gill et al., 2011).

Uso de kit de parto limpio y medidas higiénicas

- El uso del kit de parto limpio redujo en 13 veces el riesgo de onfalitis (Winani et al., 2007).
- El cuidado limpio del cordón se asoció con un 37% de menos de mortalidad neonatal (Agrawal et al., 2012).
- Recibir visita postnatal durante el primer día por personal comunitario entrenado redujo la mortalidad neonatal en un 67% (Baqui et al., 2009).

Nutrición durante el embarazo

- Mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales en mujeres con índices de masa corporal inferiores a 20, o entre más bajo fuera el perímetro braquial. Contexto rural (Katz et al., 2003; Lindert et al., 2012).
- Disminución de parto pretérmino y bajo peso al nacer con suplementación con múltiples micronutrientes o con ácido fólico y hierro (West et al., 2011; 2014; Zeng et al., 2008).

II. Incidencia política y abogacía

Espacios de diálogo político y técnico entre los distintos actores del SGSSS en el enfoque diferencial, e intercultural para la puesta en marcha de políticas, programas y estrategias, que mejoren los resultados en salud materna perinatal, neonatal y nutricional. En los departamentos de la Guajira y el Cesar, con las comunidades Arhuacas y Wayuu en el marco de avanzar en el cumplimiento de los ODS, del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), de la política integral de atención en salud (PIAS) -modelo integral de atención en salud (MIAS) y las RIAS.

Una acción exitosa fue el "Encuentro Internacional de buenas prácticas interculturales en salud materna y neonatal indígena"

El encuentro, llevado a cabo en el 2016 en la ciudad de Valledupar, contó con la participación de 19 pueblos indígenas provenientes de Colombia, Ecuador, Guatemala y Perú.

Se realizó un diálogo entre organizaciones indígenas, entidades administradoras de planes de beneficios de salud indígenas (EAPBI), instituciones prestadoras de salud indígenas (IPSI), entidades territoriales de salud, Gobierno nacional y agencias del Sistema de Naciones Unidas.

Ejes temáticos

- Contexto político y análisis situacional de la mortalidad materna y neonatal.
- Retos y desafíos en el marco de la política pública en Colombia para la salud indígena materna y neonatal.
- Experiencias de atención en salud materna y neonatal indígena en el plano internacional y nacional.

Experiencia internacional

Políticas de parto con pertinencia intercultural: Implementación en territorio "Parto como en Casa" (Puerto El Carmen de Putumayo, provincia de Sucumbíos, Ecuador).

Desde el 2004 se está trabajando en esta región de Ecuador en el derecho de la mujer al parto amigable: "Parto como en casa".
Barreras de acceso a la salud materna para las mujeres indígenas

- La atención occidentalizada.
- El talento humano medicalizado o masculino.
- El trato y las relaciones de poder jerarquizadas.
- Las prácticas innecesarias de rutina.
- Los códigos diferentes: sala fría, infraestructura y organización de los servicios de salud.
- La situación geográfica.

‘PARTO COMO EN CASA’ EXPERIENCIA EXITOSA DEL ECUADOR

El Ministerio de Salud reconoce el parto humanizado y el parto vertical, y reconoce a las parteras en la legislación.
Se han tejido redes intersectoriales.
Se reconoce la salud indígena: se crea el sistema de salud intercultural que funciona para la atención primaria.

Hay un modelo especial de atención integral de salud con enfoque intercultural que funciona a través de una red local de salud y cuenta con cuidado obstétrico y neonatal esencial a nivel comunitario. Este modelo trabaja con parteras organizadas y capacitadas en:

- Epidemiología comunitaria.
- Identificación de las señales de peligro.
- Sistema de referencia y contrarreferencia: plan de emergencia comunitaria.

Además, se acompaña el parto con la familia o con personas significativas para la gestante y se entrega la placenta según el deseo de la mujer. Las parteras están organizadas en asociaciones Kichwas, trabajan en articulación con los médicos y se apoyan con un sistema de transporte de emergencia.

Logros: cero casos de muerte materna en 2015 y 2016. Aumento del control prenatal del 45% al 96% en 2016 y aumento del parto institucional.

Se ha adaptado localmente la normativa del parto con pertinencia cultural y se han implementado salas de atención que consideran las prácticas tradicionales en la atención del parto.

Resultados del encuentro internacional

1. Acercamiento de diferentes visiones alrededor de la salud materna y neonatal de poblaciones indígenas.

2. Insumos que faciliten la comprensión y la puesta en marcha de prácticas culturalmente pertinentes en salud materna y neonatal de poblaciones indígenas en Colombia.

3. Aportes desde las experiencias nacionales e internacionales para la formulación de políticas públicas en salud materna y neonatal en los pueblos indígenas de Colombia.

Experiencia nacional del pueblo Misak

El pueblo Misak está ubicado en siete departamentos de Colombia (Cauca, Caquetá, Cundinamarca, Huila, Valle, Putumayo y Meta). Nuestro trabajo es en el municipio de Silvia (Cauca), en el territorio de Wampia: allí viven 16.000 Misak, tiene una extensión 18.000 hectáreas, 6.000 de estas laborables, y 9.000 páramos. La población indígena en el municipio de Silvia está conformada en siete resguardos, incluido el de Guambia.

La IPSI Mama Dominga atiende actualmente una población de 12.5000 personas entre indígenas Misak, indígenas nasa, población campesina y población no indígena de la zona urbana. Existen en el municipio dos IPS indígenas y una Empresa Social del Estado (ESE) que cubren la atención de la población.

- El programa materno infantil de Mama Dominga tiene una auxiliar encargada que recolecta la información de los inicios de los controles prenatales detectados en el hospital y por las parteras. Se tienen las estadísticas que arrojan los datos de consulta externa y atención de urgencia a maternas.

- Se hace un trabajo articulado con la medicina propia en la casa del Taita Payan, donde están los medicamentos a base de plantas medicinales. Existe un médico tradicional y una partera que hacen controles de pacientes que van directamente a este lugar cuando no quieren ser atendidos por médicos occidentales.

- El intercambio y el dialogo de saberes ha permitido ganar confianza entre los sabedores propios y el personal asistencial de la medicina occidental. A través de saberes propios en partería y rituales que son respetados y se realizan de acuerdo al ciclo de vida, se ha logrado la sensibilización de la atención del pueblo Misak. Así pues, el trabajo de las parteras es fundamental en la disminución de muertes maternas y la articulación de la maternidad y el puerperio con la complementariedad occidental.

- Se hacen partos domiciliarios y partos verticales. Se escuchan y se intercambian saberes. Las parteras no saben leer ni escribir, pero informan a través de una ficha que tiene dibujos y espacios para que marquen con una señal.

- La educación propia: el Trei Ya, donde se pretende realizar enseñanzas desde lo propio a las niñas misak y mujeres y hombres de todas las edades, ya que la maternidad no es responsabilidad solo de la mujer, sino también del hombre, que son los que construyen familia con valores identitarios y con nuestra cosmovisión desde el nachak (fogón).

- A futuro, y si la población Misak y las autoridades lo exigen, realizar el parto vertical en este lugar, con todas las condiciones de seguridad y las condiciones desde la cosmovisión, ya que un parto propio es siempre en el calor del hogar y en compañía de las familias.

Reflexiones finales

"Las mujeres no mueren porque no podamos tratarlas, mueren porque nuestras sociedades aún no han decidido si vale la pena salvar sus vidas".

Mohamoud Atlalia

III. Fortalecimiento institucional

El fortalecimiento institucional busca apoyar la respuesta diferencial con pertinencia intercultural a través de la mejora de capacidades técnicas en los equipos de salud territorial, la implementación de estrategias e intervenciones basadas en evidencia y el modelaje para la adecuación de servicios promocionales y asistenciales orientados al logro del acceso y la cobertura universal con calidad para la salud de niñas, adolescentes y mujeres gestantes de comunidades indígenas.

Desarrollos

En el 2017 se avanzó en el fortalecimiento de capacidades para los profesionales de la salud directamente vinculados con la atención del embarazo, el parto, el posparto y el recién nacido. Se realizaron dos talleres de prácticas claves que salvan vidas, uno en Riohacha y otro en Valledupar, que contaron con la participación de profesionales (enfermeras y médicos) de los municipios más dispersos, con mayor número de casos de mortalidad materna-perinatal y con presencia de pueblos indígenas.

La sensibilización de 75 profesionales en el parto humanizado y la apertura frente al respeto de las visiones propias con relación a las prácticas ancestrales del cuidado del embarazo, el parto, el posparto y el recién nacido que tienen los pueblos indígenas, específicamente los pueblos Wayuu y Arhuaco, abrió espacios de diálogo intercultural entre los profesionales de la salud del sistema formal y los líderes indígenas.

Recomendaciones al finalizar la capacitación

- Refuerzo en temas de atención preconcepcional, control prenatal, atención primaria de salud (APS) y anticoncepción.
- Se identificó desconocimiento sobre la importancia, la utilidad y el diligenciamiento del partograma, por lo cual solicitan organizar talleres de capacitación sobre este tema para todos los niveles e instituciones del ente territorial.
- Revisar la indicación de cesáreas para su disminución en los departamentos de Cesar y Guajira.
- Se identifica que hay muy poca implementación y, en ocasiones, ausencia de prácticas de atención humanizada del parto en las IPS. Estas situaciones afectan por igual a todas las mujeres que asisten a los servicios de salud durante el cuidado de su gestación, la atención de parto y del recién nacido, sin distingos de etnia, procedencia o tipo de aseguramiento.
- Es conveniente entablar nuevos diálogos de saberes y generar espacios de conciliación y abogacía para el reconocimiento y la mejora de la comunicación intercultural.
- Respecto a atención diferenciada, se percibe tensión, desconocimiento y baja aceptación o tolerancia ante las prácticas tradicionales de los grupos étnicos.

Experiencia del pueblo Wayuu

Entre 2017 y 2018 se realizaron diálogos con el equipo de salud de la ESE del municipio de Uribia, los líderes comunitarios y las parteras para identificar necesidades y respuestas y revisar posibles adecuaciones interculturales, en especial en la sala de parto del hospital.

Necesidades y soluciones identificadas por el equipo de la ESE	Necesidades y soluciones identificadas por los líderes comunitarios y parteras
Inasistencia de controles: las gestantes que asisten a los controles prenatales no son las que principalmente fallecen. La decisión de salud sobre cuándo acudir al control prenatal (CPN) es tomada por los hombres de la familia.	Las instituciones de salud no dejan entrar a las parteras o líderes como acompañantes de las mujeres que van a tener su parto institucional.
Los dos equipos extramurales hacen controles, pero no es suficiente para las necesidades de la población.	Dentro de sus rancherías las parteras realizan actividades de atención primaria en salud desde su cosmovisión.
Respecto a las parteras: Fortalecer a las parteras teniendo en cuenta sus modos de aprendizaje. Establecer canales de comunicación desde el respeto por su trabajo. Cuando remiten las mujeres gestantes no se retroalimenta la situación final de la mujer.	Las parteras/os no reciben ningún tipo de remuneración por su trabajo, pero intercambian sus saberes y cuidados para la salud de las gestantes. Las parteras solicitan capacitación e implementos de trabajo estériles que reduzcan las complicaciones o los riesgos de infección.
Uribía requiere adecuar las atenciones, en especial la sala de partos, de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales. No tiene banco de sangre y deben acudir a Bogotá o Valledupar.	Las parteras manifiestan que es mejor tener los partos en el hospital, pero se deben tener en cuenta las adecuaciones culturales como, por ejemplo, “mantener la dieta de la propia cultura, ya que las mujeres wayuu no consumen los alimentos del hospital”.
Educación intercultural en lenguaje adecuado para las Wayuu y las poblaciones rurales. Respuesta intercultural que tenga en cuenta la realidad del pueblo Wayuu.	Los adolescentes inician sus relaciones sexuales a más temprana edad, por ello solicitan formación y talleres para los jóvenes en los que se hable de sexualidad y ocupación del tiempo libre.

Hogares de paso: no hay planes de parto. Uribía tiene dos casas de paso. “Los Wayuu temen salir del municipio, el territorio es donde ellos nacieron y crecieron”.	Las mujeres Wayuu sienten miedo de ir al hospital por no estar acompañadas de su partera/o y de sus familiares.

DECÁLOGO DE LAS ACCIONES
PROPUESTA PARA LA ADECUACIÓN ETNO-CULTURAL DE LA SALA DE PARTO

1. Servicio de intérpretes (traductor wayuunaiki)
2. Acompañante elegido para el parto (partera)
3. Plan de emergencia comunitaria
4. Parto vertical o de preferencia de la gestante
5. Manejo del ambiente de la sala: uso racional de los ventiladores
6. Acompañamiento espiritual, uso de bebidas y comidas
7. Entrega de la placenta de manera formalizada
8. Referencia y contrarreferencia efectiva en la red integral de servicios de salud, APS y red de parteras
9. Hogares de Espera Materna: dos hogares de paso, uno para la IPS y uno de Asocabildos
10. Esquemas de transporte organizados por la comunidad

IV. Fortalecimiento comunitario

El fortalecimiento comunitario tiene el objetivo de promover procesos de diálogo intercultural, participación y desarrollo de capacidades técnicas con las autoridades indígenas y los agentes de la medicina tradicional, especialmente las parteras. El trabajo hace énfasis en niñas, adolescentes y mujeres para mejorar los resultados en salud y bienestar a lo largo de su ciclo de vida. Se centra en los procesos de gestación, lactancia y el periodo neonatal de las comunidades indígenas al norte de Colombia.

Desarrollos en nutrición

En el componente comunitario, se desarrolló una indagación preliminar sobre la nutrición con líderes comunitarios y parteras de Uribia, en la Guajira, que mostró que hay prácticas y conocimientos que impiden una adecuada nutrición de las mujeres gestantes y lactantes, y se generaron procesos de capacitación con líderes comunitarios, parteras y parteros de ambas comunidades indígenas.

- Conversatorio con las parteras kankuamas y los agentes de la medicina tradicional sobre su rol y los derechos para la mujer gestante y el recién nacido. Participaron autoridades indígenas, parteras, parteros y médicos tradicionales (20 personas).

- Diálogo-taller con los auxiliares de maternidad tradicional (AMT), parteras y parteros, sobre la nutrición y la seguridad alimentaria de las mujeres en edad fértil, en gestación y en la lactancia materna. Se exploró sobre los alimentos disponibles y se identificaron distintas formas de preparación. Participaron 20 personas.

- Dos grupos focales sobre suplementación nutricional en la gestación realizados con usuarias, médicos, enfermeras y nutricionistas del hospital de Uribia.

Algunos resultados en el tema de nutrición de la gestante y la lactante:

En sus primeros tres embarazos guardó los suplementos en una bolsa. "No entendía para qué eran útiles y le sabían mal"

"En los embarazos donde comió más y tomó los suplementos se sintió mejor, con más fuerza y energía"

"Se consume cuando hay, y cuando hay poco se trata de dejar para la noche"

A la gestante no se le da un trato especial en cuanto a la alimentación. "Come lo que hay en casa disponible para toda la familia"

A la mujer lactante se le reduce la alimentación en comparación con el embarazo desde el punto de vista del médico, la consejería nutricional se da *"solo si la gestante se encuentra con síntomas de anemia o bajo peso"*

Trabajo territorial

Caracterización de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas Kankuama y Wayuu.

Parteras kankuamas

La partería, desde el saber ancestral de los pueblos indígenas, posibilita el cuidado de la vida y el fortalecimiento del tejido familiar y comunitario; por tal motivo, se considera fundamental trabajar por su reconocimiento dentro del ciclo reproductivo de las mujeres y, en general, el cuidado de la salud de un pueblo.

Para el pueblo Kankuamo sus principios de vida se fundamentan en la espiritualidad y la vida de todas las cosas que han estado desde antes del amanecer.

¿Quiénes son las parteras del pueblo Kankuamo?

En el marco de la construcción del Modelo de Salud Propia del Pueblo Kankuamo participa la comisión de salud de la organización indígena, de la cual hacen parte al rededor de 25 parteras tradicionales y un poco más de 20 médicos tradicionales que residen en las 12 comunidades ancestrales del resguardo Kankuamo.

Las parteras kankuamas son mujeres que se encuentran entre los 40 y los 80 años y han aprendido el arte de la partería por sus abuelas, madres y en algunos de los casos por sus padres, quienes son mamos y médicos tradicionales; se han presentado otros casos donde aprenden solas y el mamo les da la fuerza espiritual para realizar la práctica de la partería.

La mayoría de las parteras tienen otros roles y saberes ancestrales diferentes a la partería, algunas también son sobanderas, sabedoras de plantas, hueseras y médicos.

Rol de las parteras tradicionales

Las parteras tienen un rol vital en sus comunidades, son las mujeres que salvaguardan la cultura kankuama y además acompañan los procesos vitales del pueblo indígena. Ellas consideran lo siguiente: *"Nosotras, como mujeres indígenas, nos hemos preparado durante toda la vida, nosotras tenemos ese conocimiento de partería; le damos esos primeros auxilios a una mujer que, de pronto, no contamos con un médico o una enfermera en el pueblo"*.

Las parteras trabajan en dupla con el médico tradicional o mamo, quien es el encargado de orientar a las mujeres embarazadas y sus compañeros. Los mamos se encargan de dar la línea, refiriéndose a las recomendaciones del trabajo espiritual que se debe realizar en el territorio sagrado una vez se identifican las mujeres embarazadas. Las parteras manifiestan lo siguiente: *"Primero que todo, que vaya a donde el mayor a sentarse, que vaya a recibir los consejos porque allí uno comienza desde la parte tradicional, luego de eso uno empieza a aconsejar a la mamá, buscando las raíces de esa mamá, dónde está tu abuela"*.

Cuando una partera va a atender un parto, los mamos realizan aseguranzas especiales para esta actividad, en la que se evoca a la madre (tierra), el sol (padre) y los cuidadores ancestrales, para que cada parto sea atendido con éxito. *"Los útiles que tenemos son las pinzas, yo hago un trabajo y apenas termino las pongo a hervir, las seco con una toalla limpia, las guardo donde nadie me las ensucie. Tengo mi colchoneta lista, mi sábana exclusiva para el parto. Ahora que nos dieron eso [el kit del parto limpio]"*.

Con relación a la posición del parto, las parteras contemplan sus preferencias, la comodidad de la mujer y la experiencia empírica acompañando partos: *"Hay mujeres que se acostumbran que si no es de rodillas, no paren"*.

Las parteras del pueblo Kankuamo hacen un llamado a la reflexión y el reconocimiento de los saberes ancestrales: *"Nosotras, como mujeres, necesitamos ser más reconocidas, a veces nos capacitan, pero muchas mujeres no hemos perdido el temor de hablar. [...] La mejor posición es la mamá en el banco, yo todos mis hijos los parí así, en el banco y con una estera en el suelo".*

Parteras wayuu

Para la caracterización de las parteras wayuu, se adaptó un instrumento del perfil de la partera tradicional en México con el objetivo de identificar características sociodemográficas, de experiencia, capacitación y prácticas para la atención de la mujer gestante en el parto, el posparto y con el recién nacido.

Características generales

Se aplicó el instrumento en cinco corregimientos (Cabo de la Vela, Cardón, Carrizal, Urú e Irraipa) y en 19 rancherías, donde se encontraron 22 mujeres parteras y tres parteros. La edad predominante es de más de 45 años, y llama la atención que casi la mitad no tiene seguridad social en salud.

El 92% de las parteras no tiene un equipo para la atención del parto, lo que genera una situación de inseguridad en ese momento tan importante. El 48% atiende el parto en la casa, ya que la tradición wayuu es el nacimiento en la propia ranchería.

Entre las recomendaciones después del parto, le dan bebidas y medicamentos tradicionales, como cáscara amarga con chirrinchi, kinouta, jawapia, sichuka, malambo o arouka.

Hallazgos

- Tiempo promedio de experiencia como parteras: 23,2 años.
- Número de partos promedio atendidos en las rancherías: 1,76.
- Alrededor del 50% aprendieron la partería por tradición familiar.
- Al 100% le gustaría capacitarse.
- El 52% realiza acompañamiento a la gestante.
- El 84% no da instrucciones nutricionales a la gestante.
- El 92% no tienen un equipo para atender el parto.
- El 44% atiende el parto en la casa de la gestante.
- El 72% ofrece una bebida si hay sangrado y solo el 24% refiere a la IPS.
- El 88% recomienda que al nacimiento se inicie la lactancia materna.
- Si la mujer gestante fallece, el 60% no lo informa.

En conclusión, se observa que las parteras indígenas no solo acompañan el acto de parir, realmente son ellas las que guían el proceso de dar a luz y crecer del pueblo, son las más cercanas a las familias y las aliadas de las mujeres para acompañar, visibilizar y reafirmar el privilegio y la responsabilidad de las mujeres indígenas en la defensa de sus derechos.

Las parteras son generalmente empíricas y sus conocimientos son adquiridos por diversas fuentes, como la transmisión de saberes de abuelas, tías y madres a hijas y por observación, experimentación y aprendizaje de las prácticas tradicionales con otras parteras. Es importante reconocer su rol fundamental en el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), en articulación y complementación con la política de atención integral.

PRÓXIMOS PASOS Y RETOS

- Apoyar y promover el diálogo político nacional y territorial con actores del SGSSS para el acceso universal, sin barreras, con calidad y pertinencia intercultural a los servicios de salud -incluyendo los Servicios integrales en Salud sexual y reproductiva- para las mujeres gestantes y los recién nacidos.

- Apoyar las iniciativas de adecuaciones y adaptaciones socioculturales y técnicas en los servicios integrales en Salud Sexual y reproductiva con énfasis en los servicios maternos perinatales.

- Intercambio de experiencias internacionales y nacionales para las adecuaciones interculturales en los servicios.

- Incidencia y abogacía con escuelas y universidades formadoras de talento humano para revisar alianzas en la formación integral y en las prioridades en salud materna, perinatal y nutricional.

- Diálogo con las autoridades indígenas para fortalecer procesos de gestión intercultural, desarrollo de capacidades y competencias interculturales.

- Apoyar la construcción de modelos de salud propios en los pueblos Arhuaco y Wayuu para la atención integral en salud sexual y reproductiva a mujeres, gestantes, lactantes y recién nacidos.

- Continuar con el fortalecimiento institucional y comunitario para cualificar, entrenar y sensibilizar al talento humano en las competencias y la dimensión intercultural, como parte del reconocimiento de la sabiduría ancestral, y en los contenidos técnicos, como la atención preconcepcional y nutricional, el control prenatal, el parto y las prácticas que salvan vidas.

- Investigación formativa sobre nutrición de la mujer gestante y lactante en la Guajira.

- Documentar y sistematizar la experiencia.

EL PROCESO DE UN PARTO: HISTORIA DE VIDA DE UNA PARTERA ARHUACA

Aprender

Se aprende viendo: acompañando a las parteras en el proceso de seguimiento del embarazo, en la preparación de la pasta de grasa de ovejo, alcanfor y vaselina, las cuales se usan para los masajes y en la cocción de las aguas de hierbas (borraja, altamisa, manzanilla) y se dan durante el trabajo de parto y el parto para mantener el calor de la madre.

La posición adecuada

Con sus manos la partera sabe en qué posición está el bebé y si es necesario el sobo para moverlo o alinearlo con la cabeza hacia abajo, ya sea porque está "encajado" en la cadera, la cintura o la pierna, le incomoda a la madre para caminar o sentarse, o incluso para verificar su bienestar cuando responde con movimiento al masaje. Pero si con el sobo las cosas no cambian, las parteras siempre recomiendan la ecografía para verificar si el parto puede ser o no en el territorio.

Llamen a la partera

Se acude a la partera en distintos momentos de la gestación. En algunos casos, desde el inicio del embarazo y en la mayoría de ellos, en los últimos meses o al iniciar propiamente el trabajo de parto; sin embargo, la característica principal es que están siempre disponibles. Total, los partos no tienen hora.

La gestante suele llamar a la partera cuando inician los dolores. Ella llega, verifica la posición del bebé, el espacio de tiempo entre contracciones y se fija si la barriga está alta o baja. Si los dolores son frecuentes y si la barriga está alta, le masajea el abdomen para "desprender" la criatura y facilitar el parto.

La llegada del bebé

Todo ha sido desinfectado con agua y limón: las manos de la partera, el área del parto y el momo, una especie de culantrillo o helecho con propiedades cicatrizantes, al que se le saca filo como a un bisturí para cortar el ombligo.

La partera tiene listo el hilo de algodón entorchado. Luego toma el cordón umbilical, mide dos dedos desde el bebé, amarra, mide dos dedos desde el nudo y amarra nuevamente, y corta por la mitad entre los dos nudos para que no se desangre. El pedazo de cordón que queda unido al bebé se desinfecta con alcohol y se baña con plantas, se procura mantener el área seca para que no se infecte.

Después, mientras le da masajes y aguas calientes de hierbas a la mujer para mantener el calor y para que la matriz "no se suba", la partera sigue la guía del cordón, nunca lo pierde de vista porque sabe que, si se rompe será poco lo que pueda hacer por la madre y seguramente la muerte sobrevendrá.

Testimonio tomado del proceso de caracterización de la partería Arhuaca.

LA HISTORIA DE UN PARTO: EL TRABAJO DE UNA PARTERA WAYUU

¿Embarazo?

Muchas mujeres, en particular las más jóvenes y las primerizas, desconocen cuando están embarazadas. La parteras son quienes quienes identifican que lo están y les ayudan a descubrirlo.

Las parteras describen que observando ciertos signos como la palpitación fuerte y rápida en el cuello pueden detectar tempranamente el embarazo de una mujer sin necesidad de tocar a la gestante. “Le late más de lo normal, más de lo debido aquí (señalándo el cuello)”.
Después, cuando la gestación está más avanzada, pueden confirmarla mediante otros signos y síntomas como ojeras, sueño, vómito, mareo, náuseas, malestar, coloración de los pezones, ensanchamiento de las caderas. “La cadera de una señorita es diferente cuando ya tiene una criatura en la barriga”.

Control prenatal

En los primeros cinco meses las parteras van detectando y controlando la posición del bebé en la barriga. Las maternas buscan a las parteras en sus casas para que les hagan el seguimiento y las eduquen.

La familia le avisa a la partera cuándo tiene que darle atención a la parturienta porque se ha iniciado el trabajo de parto, entonces la partera va hasta su casa y la asiste todo el tiempo.

Hora del parto

Al llegar a casa, antes de que la mujer de a luz, la partera coloca arena sobre un trapo en el piso para absorber la sangre, generalmente la parturienta está de cuclillas sobre este trapo. La arena se va cambiando cuando está muy mojada, dos o tres veces, hasta que disminuye el sangrado.
Para aligerar el parto, las parteras administran dos sorbos de una bebida preparada con unas hojitas verdes que se muelen con piedra, se amasan, se hace un bollito y se dejan secar. Se toman en infusión dos tragos y el resto se echa en la barriga y la cadera.

Algunos problemas

Si se está demorando el alumbramiento, las parteras inducen un vómito dándole cebolla u otra planta para que la mujer haga un esfuerzo mayor y salga la placenta.

Una vez la mujer ha dado a luz, la partera controla el sangrado normal. Utiliza diferentes métodos para que se pueda expulsar pronto la placenta pero no introduce las manos. Una vez la placenta sale, se mete entre cardones o trupillos altos o la entierran en un hueco muy profundo para evitar que los animales de arriba (aves) o los de abajo (perros y cerdos) la saquen para comérsela. “Esto es como algo sagrado, es como si fuera algún muerto... es como si fuera otro bebé”.

Cuando se presentan problemas de sangrado durante el parto, los wayuu lo asocian con un trauma sufrido por la gestante, por ejemplo: haber visto una muerte ocurrida en condiciones trágicas, por la relación empática que se establece entre el cuerpo del difunto y la sangre derramada en el momento de su muerte, lo cual se relaciona directamente con el comportamiento del cuerpo de la gestante. Para ello, las parteras dan de beber una “contra” a la materna, que consiste en un agua donde cocinan un pedazo de llanta para que el sangrado se detenga.

Llegó el bebé

Tan pronto la mujer ha dado a luz, la atención se dirige al bebé. La partera lo agarra y le corta el ombligo, lo limpia con un pedazo de tela o toalla limpia, lo cambia de trapo, casi nunca lo visten, solo después de que hayan atendido a la mamá, lo acuestan en su chinchorrito (colgado muy cerquita de la mamá).

El ombligo se corta con cuchillo que puede haber tenido otros usos antes y se desinfecta con "chirrinche" o se lava con agua caliente. Es importante conservarlo sin volver a usarlo: "con esto te corté tu ombligo". También pueden usar tijeras que generalmente compran solo para este fin. Luego, aplican en el ombligo malambo pulverizado con sal para hacer las curaciones (mezcla que ha ido sustituyendo al excremento blanco molido de lagartija que se utilizaba anteriormente). Otra mezcla para curar y cicatrizar el ombligo, contiene café y aspirina, es más moderna; estos componentes no son producidos por los wayuu, por eso deben comprarlos en el circuito comercial.

Posparto

Después del parto, los cuidados de la mujer consisten en encerrarla con su bebé en un cuarto para protegerla del frío, del sereno, porque el frío retiene los cuágulos. Se le coloca un gorro en la cabeza y medias en los pies, se le abriga el cuerpo para evitar que se enfríe. La partera le da sus medicamentos tradicionales para ayudarla a eliminar cuágulos. Se baña con agua tibia, y se le hacen masajes suaves en el abdomen para que la sangre vaya bajando y para calmar los dolores.

Críticas, a visión de afuera

En el caso de las parteras, el uso de la arena para recoger la sangre del parto es criticado por los profesionales de la salud, ya que consideran que puede producir infecciones, e incomodar a la mujer cuando se pega (la arena) a su cuerpo. Sin embargo, desde la perspectiva de las parteras, se trata de un método antiguo que absorbe y limpia y no se puede desechar con facilidad en entornos donde siempre ha habido escasez de agua y no hay posibilidades de usar toallas higiénicas o pañales desechables.

Testimonio tomado del proceso de caracterización de la partería Wayuu

REFERENCIAS

Agrawal, P. K., Agrawal, S., Mullany, L. C., Darmstadt, G. L., Kumar, V., Kiran, U., ... Baqui, A. H. (2012). Clean cord care practices and neonatal mortality: evidence from rural Uttar Pradesh, India. Journal of Epidemiology & Community Health, 66(8), 755-758. http://doi.org/10.1136/jech-2011-200362.

Baqui, A. H., Ahmed, S., El Arifeen, S., Darmstadt, G. L., Rosecrans, A. M., Mannan, I., ... Projahnmo 1 Study Group. (2009). Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: A observational cohort study. British Medical Journal (BMJ), 339(b2826). doi: 10.1136/bmj.b2826.

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2018). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional De Planeación (DNP). (2018). Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf

Gill, C. J., Phiri-Mazala, G., Guerina, N. G., Kasimba, J., Mulenga, C., MacLeod, W. B., ... Hamer, D. H. (2011). Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomised controlled study. British Medical Journal (BMJ), 342(d346). doi: 10.1136/bmj.d346.

Jokhio, A. H., Winter, H. R. & Cheng, K. K. (2005). An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. New England Journal of Medicine, 352(20), 2091-2099.

Katz, J., West Jr, K. P., Khatry, S. K., Christian, P., LeClerq, S. C., Pradhan, E. K. & Shrestha, S. (2003). Risk Factors for Early Infant Mortality in Sarlahi District, Nepal. Bulletin of the World Health Organization, 81(10), 717-725.

Lindert, J., Breitbach, R., Sieben, G., Tiemasse, S., Coulibaly, A. & Wacker, J. (2012). Perinatal Health in Rural Burkina Faso. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 117(3), 295-297.

UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA & Pontificia Universidad Javeriana. (2016). Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu: evidencias y propuestas de intervención. Bogotá: UNFPA. Recuperado de https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-las-desigualdades-en-mortalidad-materna-y-neonatal-en-las.

West, K. P. Jr, Christian, P., Labrique, A. B, Rashid, M., Shamim, A. A., ... Sommer, A. (2011). Effects of vitamin A or beta carotene supplementation on pregnancy-related mortality and infant mortality in rural Bangladesh: a cluster randomized trial. Journal of the American Medical Association (Jama), 305(19), 1986-1995.

West, K. P. Jr, Shamim, A. A., Mehra, S., Labrique, A. B., Ali, H., Shaikh, S., ... Christian, P. (2014). Effect of Maternal Multiple Micronutrient vs Iron–Folic Acid Supplementation on Infant Mortality and Adverse Birth Outcomes in Rural Bangladesh: The JiVitA-3 RandomizedWilson, R. E. y Salihu, H. (2007). The Paradox of Obstetric "Near Misses": Converting Maternal Mortality into Morbidity. International Journal of Fertility and Women's Medicine, 52(2-3), 121-127.

Winani, S., Wood, S., Coffey, P., Chirwa, T., Mosha, F. & Changalucha, J. (2007). Use of a Clean Delivery Kit and Factors Associated with Cord Infection and Puerperal Sepsis in Mwanza, Tanzania. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(1), 37-43. http://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.09.004.

Zeng, L., Dibley, M. J., Cheng, Y., Dang, S., Chang, S., Kong, L. & Yan, H. (2008). Impact of Micronutrient Supplementation During Pregnancy on Birth Weight, Duration of Gestation, and Perinatal Mortality in Rural Western China: Double Blind Cluster Randomized Controlled Trial. British Medical Journal (BMJ), 337(a2001). doi: 10.1136/bmj.a2001.

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
Américas

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

unicef

WFP
Programa
Mundial de
Alimentos
wfp.org/es