

Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas

Sergio Meneses-Navarro, D en C,⁽¹⁾ Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc,⁽¹⁾
Óscar Arturo Bautista-Ruiz, L en Pedg,⁽²⁾ Rafael Josaphat Toledo-Cruz, L en Soc,⁽²⁾ Sergio Aarón de la Rosa-Cruz, M en C,⁽¹⁾
Jaqueline Alcalde-Rabanal, D en C,⁽¹⁾ Juana de los Ángeles Mejía-Marengo, M en C.⁽³⁾

Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE,
Bautista-Ruiz OA, Toledo-Cruz RJ, de la Rosa-Cruz SA,
Alcalde-Rabanal J, Mejía-Marengo JA.
Innovación pedagógica para mejorar la calidad del
trato en la atención de la salud de mujeres indígenas.
Salud Publica Mex. 2021;63:51-59.
<https://doi.org/10.21149/11362>

Resumen

Objetivo. Presentar los resultados de una intervención pedagógica para mejorar la calidad en el trato que brindan los prestadores de servicios de salud en regiones indígenas. **Material y métodos.** Se diseñó una metodología didáctica con enfoque crítico-constructivista dirigida a personal de salud que atiende a población indígena en cinco entidades de México. **Resultados.** Entre 09/2016 a 01/2020 se capacitó a 1 825 trabajadores de la salud que deconstruyeron las creencias que determinan prácticas de discriminación y maltrato durante la atención a la salud de los usuarios indígenas. La intervención logró un aprendizaje significativo transformador de las valoraciones y prácticas sociales, con propuestas para evitar cualquier forma de maltrato y garantizar el trato digno. **Conclusiones.** Para la construcción de un sistema de salud universal y equitativo, es necesario incluir intervenciones que actúen sobre las creencias determinantes de las prácticas de discriminación y maltrato en los servicios de salud hacia grupos sociales vulnerables.

Palabras clave: pueblos indígenas; calidad de la atención de salud; pedagogía; satisfacción del paciente; racismo; discriminación social; desigualdades en salud

Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE,
Bautista-Ruiz OA, Toledo-Cruz RJ, de la Rosa-Cruz SA,
Alcalde-Rabanal J, Mejía-Marengo JA.
Pedagogical innovation to improve the quality-
responsiveness in the health care of indigenous women.
Salud Publica Mex. 2021;63:51-59.
<https://doi.org/10.21149/11362>

Abstract

Objective. Present the results of a pedagogical intervention to improve the quality-responsiveness in healthcare provided by health service providers in indigenous regions. **Materials and methods.** A didactic methodology with a critical-constructivist approach was designed aimed to health personnel who attend to the indigenous population in five entities of Mexico. **Results.** Between 09/2016 and 01/2020, 1 825 health workers were trained, who deconstructed the beliefs that determine practices of discrimination and abuse during the health care of indigenous users. The intervention achieved significant transformative learning of social beliefs and practices, with proposals to avoid any form of abuse and guarantee dignified treatment. **Conclusions.** For the construction of a universal and equitable health system, it is necessary to include interventions that act on the beliefs that determine discrimination and mistreatment practices in health services towards vulnerable social groups.

Keywords: indigenous peoples; quality of health care; teaching; patient satisfaction; racism; social discrimination; health disparities

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Consultor independiente.

(3) Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 2 de abril de 2020 • **Fecha de aceptado:** 22 de junio de 2020 • **Publicado en línea:** 11 de diciembre de 2020
Autor de correspondencia: Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: blanca.pelcastre@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Los pueblos indígenas de Latinoamérica han ocupado históricamente los últimos peldaños de la estratificación social.¹⁻⁴ En México, estos pueblos concentran los mayores rezagos sociales y de salud; por ejemplo, 71% se encuentra en condiciones de pobreza,⁵ duplica la razón de mortalidad materna⁶ y tiene una esperanza de vida al nacimiento ocho años menor que la media nacional y hasta 20 años menor en los 100 municipios indígenas más pobres.^{7,8}

Al mismo tiempo, los pueblos indígenas afrontan más barreras para el acceso a los servicios de salud. Además de las barreras geográficas, financieras y lingüísticas, éstos encaran formas de discriminación y maltrato sistemáticas por parte de los trabajadores de la salud,⁹⁻¹⁷ lo que algunos investigadores atribuyen a problemas éticos o psicológicos que han de corregirse individualmente.^{18,19} Otros estudiosos en el tema consideran estos problemas como rasgos de la formación autoritaria en el campo médico, cuya solución sería intervenir en los programas docentes.¹⁹ Unos más los consideran fallas gerenciales de la calidad del trato en los servicios de salud, de modo que la solución apunta a reorganizarlos.²⁰

Sin negar los aportes de estas aproximaciones, parecería que estos investigadores incurren en cierto reduccionismo al pasar por alto que también se trata de un conflicto socioantropológico determinado por la estructura estratificada de la sociedad y los sistemas ideológicos que la sustentan,^{21,22} en referencia específica a las ideas racistas, clasistas y sexistas. A grandes rasgos, estas ideologías dan por sentada una inferioridad biológica, cultural y moral en las personas indígenas, los pobres y las mujeres. Estas ideas son hegemónicas y están presentes en diversos ámbitos de la vida social, que incluyen el ámbito de la atención de los procesos de salud-enfermedad en detrimento de la calidad en el trato que reciben los miembros de estos sectores de la población (figura 1).

Para impedir estas prácticas de discriminación y maltrato durante la atención médica, derivadas de tales ideologías imperantes, un primer paso es reconocerlas y deconstruirlas. Esto permite comprender 1) el modo en que se ha sustentado históricamente la estratificación social en favor de ciertos grupos y en detrimento de otros; 2) que esta forma de organización es artificial (no natural), puesto que se ha construido socialmente, y 3) que dicha estructura puede ser modificada. Una vez deconstruidas las creencias y visiones que determinan las prácticas de discriminación y maltrato, es preciso examinar cuáles son las dimensiones y las acciones concretas que permitirían brindar un trato digno con pertinencia cultural durante la atención obstétrica de las mujeres indígenas.

A partir de las consideraciones anteriores se diseñó e implementó una intervención pedagógica para, por un lado, identificar y deconstruir las creencias y prácticas discriminatorias que sustentan las estructuras de desigualdad y sus efectos en la calidad del trato durante la atención de las mujeres indígenas en los servicios de salud y, por el otro, proponer acciones específicas para evitar cualquier forma de maltrato y discriminación durante la atención y garantizar el trato digno. Esta intervención, implementada entre septiembre de 2016 y enero de 2020, tuvo por objetivo contribuir a mejorar la calidad del trato que brindan los prestadores de servicios de salud a las poblaciones indígenas en cinco regiones del país: Tarahumara, en Chihuahua; Altos y Frailesca, en Chiapas; Nahua, en Morelos, y Nahua, en el norte de Puebla,* así como en cuatro hospitales: tres públicos en Chiapas, y uno privado, sin fines de lucro, en la Ciudad de México.

Material y métodos

La intervención se basa en la pedagogía crítico-constructivista^{23,24} y consiste en un curso-taller dirigido a trabajadores que brindan servicios de salud, principal-

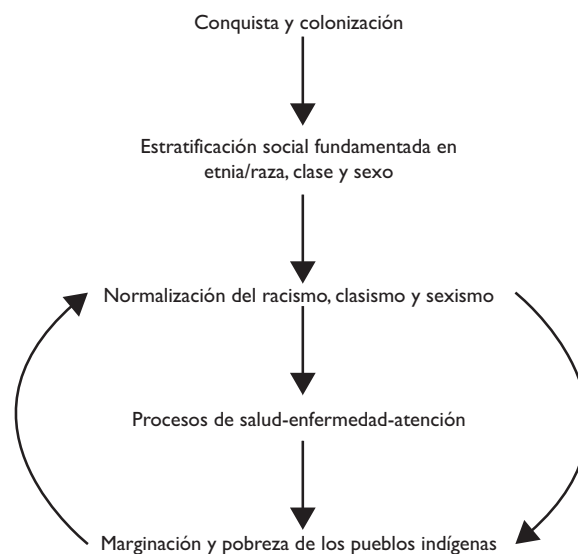


FIGURA 1. ESTRUCTURA SOCIAL ESTRATIFICADA EMPLEADA EN LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA CON TRABAJADORES DE LA SALUD DE CHIAPAS, CHIHUAHUA, CIUDAD DE MÉXICO, MORELOS Y PUEBLA. MÉXICO, 2016-2020

* En la sierra norte de Puebla la intervención pedagógica se implementó sólo con promotoras de salud afiliadas a una cooperativa indígena y campesina que cuenta con un área dedicada a la salud.

mente a mujeres indígenas.²² El propósito del curso-taller es dar lugar a un aprendizaje significativo que propicie cambios de comportamiento para garantizar un trato digno, sin discriminación ni maltrato, a las usuarias de los servicios de salud.²⁵ El curso-taller propicia una reflexión profunda que permite reconocer las creencias y visiones que determinan prácticas de discriminación y maltrato hacia las mujeres indígenas durante la atención obstétrica, para posteriormente deconstruirlas. La deconstrucción es una estrategia analítica para desarmar una estructura conceptual (asumida como inalterable) a través del examen intelectual de los discursos o prácticas sociales.²⁶ Este ejercicio de desmontaje conceptual pretende transformar o “desplazar” las estructuras de poder hegemónicas. En el caso del curso-taller, la deconstrucción consistió, primero, en identificar las creencias o visiones de los participantes respecto a las mujeres indígenas durante el embarazo, parto y puerperio en relación con los servicios institucionales de salud.²² En segundo lugar, analizar la forma en que estas ideas o visiones pueden manifestarse en valoraciones y prácticas de discriminación o maltrato durante la atención médica, como expresión de las ideologías que sustentan la estructura social estratificada. Posteriormente, a partir de las dimensiones del trato digno propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS),²⁷⁻²⁹ se provoca una discusión sobre las acciones específicas que permitirían brindar una atención exenta de discriminación y maltrato.

La pedagogía de los talleres es crítico-construccionista,^{23,24} es decir, promueve la reflexión individual y colectiva para analizar diversas problemáticas con una orientación hacia la transformación social. El pensamiento crítico parte de identificar las relaciones de dominación/subordinación que establecen la estratificación social y que se construyen a partir de las desigualdades de género, etnia y clase. Esto permite confrontar los saberes previos de los participantes con los nuevos significados provistos por la reflexión.

Así, el conocimiento se construye a partir de la liberación de los participantes. La metodología fomenta que todos intervengan en la discusión a partir de sus propias reflexiones, sugerencias y recomendaciones, e involucra sus experiencias en un doble sentido: por un lado, porque invita a reflexionar sobre la propia biografía –circunstancias de vida, pertenencia étnica, de clase y género, entre otras características que determinan su posición de superioridad o subordinación en la estructura social–, y por el otro, porque la dinámica pedagógica no sólo apela a la experiencia personal, sino también a la comprensión de los temas analizados a partir de la utilización del cuerpo mismo,

de los sentidos y las emociones, lo que suscita entre los participantes una reflexión que va más allá de la cognición. De esta manera se obtiene un aprendizaje significativo, resultado del proceso individual y colectivo de deconstrucción de las visiones que sustentan la estructura social estratificada y que determinan las posibles formas de maltrato durante la atención médica. Es así como la actividad pedagógica estimula la acción para la transformación social.²³

Por otra parte, se diseñaron dos modalidades del curso-taller con los mismos módulos. Una de 16 horas repartidas en dos sesiones de ocho horas cada una. La otra de 60 horas, repartidas en cuatro módulos de 15 horas, impartidos en tres sesiones por módulo. En los talleres de 60 horas, el módulo final incluyó el desarrollo de propuestas para mejorar el trato en los establecimientos de salud donde trabajan los participantes y material didáctico para deconstruir las estructuras de desigualdad. En todos los casos, los talleres cerraron con la recomendación de acciones específicas de trato digno²² y su ejecución mediante sociodramas.

El proyecto fue aprobado por la comisión de ética del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento y al terminar recibieron una constancia de participación con valor curricular.

Resultados

Características

El curso-taller se impartió con 104 grupos de prestadores de servicios de salud. En total participaron 1 825 personas: 1 230 mujeres (67.4%) y 595 hombres (32.6%), y se impartieron 1 884 horas efectivas frente a grupos durante el desarrollo del programa (cuadro I).

El curso-taller tuvo aceptación en todas las entidades en donde se impartió. Si bien al principio se manifestaron actitudes de resistencia entre los participantes, con el transcurso de las primeras dinámicas hubo más bien beneplácito e interés.

Creencias, visiones y prácticas de discriminación y maltrato

Entre las principales creencias y visiones estereotipadas de discriminación y maltrato identificadas entre los participantes se encuentran las siguientes:

- En las comunidades indígenas prevalecen usos y costumbres incompatibles con los saberes y la práctica médica, especialmente respecto a la atención

Cuadro I
IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA CON TRABAJADORES DE LA SALUD DE CHIAPAS, CHIHUAHUA, CIUDAD DE MÉXICO, MORELOS Y PUEBLA. MÉXICO, 2016-2020

	<i>Personal del primer nivel de atención, Chiapas*‡</i>		<i>Personal hospitalario en Chiapas‡</i>		<i>Cooperativa, sierra norte de Puebla§</i>		<i>Pasantes del área de la salud en regiones indígenas de Chiapas, Morelos y Chihuahua§</i>		<i>Personal hospitalario en la Ciudad de México‡</i>		<i>Total</i>	
Periodo de implementación	09/2016-08/2017		06/2017-01/2020		09/2018		10/2017-07/2018		09-10/2018		09/2016-01/2020	
Número de grupos	50		44		1		4		5		104	
Horas frente al grupo	800 h		704 h		60 h		240 h		80 h		1 884 h	
Número de participantes	906	100%	734	100%	11	100%	64	100%	110	100%	1 825	100%
Mujeres	539	59.5%	554	75.5%	10	90.9%	32	50%	95	86.4%	1 230	67.4%
Hombres	367	40.5%	180	24.5%	1	9.1%	32	50%	15	13.6%	595	32.6%
Personal médico	298	32.9%	125	17.0%	0	0	24	31.2%	12	10.9%	459	25.1%
Personal de enfermería	495	54.6%	273	37.2%	0	0	28	43.7%	19	17.3%	815	44.7%
Otro personal	113	12.5%	336	45.8%	11	100%	12	18.7%	79	71.8%	551	30.2%

* Jurisdicciones 2 (San Cristóbal de Las Casas), 5 (Pichucalco), 6 (Palenque) y 9 (Ocosingo)

‡ Modalidad de curso taller de 16 horas

§ Modalidad de curso taller de 60 horas

obstétrica; por eso las mujeres indígenas muestran resistencia para acudir a solicitar los servicios respectivos.

- Los trabajadores de la salud tienen el deber de “convencer” a las mujeres indígenas y a sus familias de aceptar los servicios de atención obstétrica (revisión ginecológica, atención del parto, operación cesárea, uso de métodos de planificación familiar, transfusiones sanguíneas) porque es lo que les conviene.

Algunas prácticas de discriminación y maltrato identificadas por los trabajadores de la salud son:

- El regaño hacia las mujeres indígenas (adolescentes embarazadas, multíparas, que acuden con alguna complicación o en condiciones poco higiénicas).
- Negar algún método anticonceptivo (especialmente el definitivo) a mujeres que no demuestran la autorización de su esposo.
- Solicitar la firma de documentos en blanco como forma de consentimiento informado.
- Tomar como firma de consentimiento la huella digital de las usuarias analfabetas o que se encuentran bajo los efectos de la anestesia.
- Negar la posibilidad de que las mujeres decidan en qué posición quieren parir.

Reorganización conceptual

Las reflexiones de los participantes respecto a estas creencias, visiones y prácticas les condujeron a las siguientes conclusiones a modo de desplazamiento o deconstrucción conceptual:

- Más allá de las diferencias culturales, estamos inmersos en una estructura social estratificada que se sustenta en ideas racistas, clasistas y sexistas. Las mujeres indígenas ocupan los últimos peldaños dentro de esta estructura.
- Las personas –incluyendo a los trabajadores de la salud– interiorizan las estructuras de dominación/subordinación, lo que da pie a valoraciones discriminatorias y prácticas de maltrato –también en los servicios de salud– como las que ilustran las creencias y visiones identificadas.

Propuestas de acciones de trato digno

A partir de estas conclusiones, en la última parte de los talleres los participantes propusieron definiciones propias de las dimensiones del trato digno y acciones específicas para garantizar el trato digno con pertinencia cultural durante la prestación de sus servicios (cuadro II).²⁶

Asimismo, en el cuadro III se presentan las propuestas y recomendaciones de los trabajadores para algunas de las dimensiones del trato digno.

Atención pronta

Respecto a la atención pronta, se presentaron observaciones de circunstancias que la dificultan. Por ejemplo, las limitaciones de la estructura física del hospital (“¿Cómo vamos a brindar una atención pronta si no hay espacio?, ¿en el suelo?”), la falta de un trabajo coordinado entre los miembros del personal de salud (“Para dar atención pronta se necesita un equipo de trabajo y eso no siempre sucede”) y la necesidad de que todas las personas que forman parte del hospital se comprometan con el propósito de brindar una atención pronta y mejor trato (“Para la atención pronta es necesario capacitar a todos, desde la recepción hasta los vigilantes, que son quienes reciben a los pacientes y pueden facilitar u obstaculizar el acceso”). Los participantes propusieron también posibles soluciones, que incluyen promover el trabajo en equipo e impartir periódicamente los talleres de trato digno con todo el personal.

Trato respetuoso

El trato respetuoso se refirió a las acciones del personal hospitalario al dirigirse a las usuarias desde el primer contacto y durante toda la atención, respetando la dignidad de la persona. El respeto comienza con el saludo y la presentación del prestador de servicios e incluye una comunicación clara, amable y completa respecto de todas las impresiones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los participantes resaltaron la importancia de emplear expresiones como “por favor”, “gracias”, “¿me permite?”, “¿qué puedo hacer por usted?”, “¿tiene alguna duda?”, “¿está satisfecha con la atención?”

Comunicación

La comunicación se identificó como un aspecto relevante, sobre todo cuando se atiende a usuarias indígenas cuya lengua materna no es el español. Los participantes reconocieron que las personas utilizan diversos recursos para transmitir mensajes, como el lenguaje no verbal, que se sirve de señales y gestos. En este sentido, la comunicación de los prestadores de servicios con las usuarias

Cuadro II

DIMENSIONES DEL TRATO DIGNO CON PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD Y SUS DEFINICIONES SEGÚN LOS PARTICIPANTES DE LOS CURSOS-TALLER EN CHIAPAS, MÉXICO, 2019-2020

<i>Dimensión</i>	<i>Definición</i>
Trato respetuoso	Significa tratar a todos los usuarios de los servicios como personas iguales, con el mismo valor esencial. No debe haber valoraciones ni actitudes que discriminen por género, pertenencia étnica, condición social, religión, preferencia sexual, nacionalidad o singularidad de cualquier otra índole; tampoco prácticas que humillen o impliquen otras formas de violencia, como la infantilización y el regaño. Implica mostrar respeto por las personas, sus creencias, valores y preferencias.
Comunicación	Se refiere a garantizar el derecho de las personas usuarias a recibir toda la información sobre su situación de salud de manera oportuna, clara, completa y veraz, y en un lenguaje comprensible. Cuando las usuarias son indígenas, esto implica que la información se brinde en su lengua materna.
Autonomía	Significa que los usuarios tienen la libertad de participar en la toma de decisiones respecto a su salud y los procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos que deseen realizarse.
Confidencialidad y privacidad	Aluden al derecho de las personas usuarias a decidir quién puede y quién no puede tener acceso a la información sobre su salud. Esto incluye la privacidad de la consulta médica, es decir, que sólo quien la usuaria determine puede presenciar el interrogatorio y la exploración clínica, y tener acceso a la información de su expediente.
Atención pronta	Se refiere a que, en casos de urgencia, la atención debe brindarse de inmediato, y cuando no haya urgencia, en un tiempo razonable. La OMS señala que “las necesidades médicas deben ser atendidas con la rapidez suficiente para que la espera no represente una molestia adicional al problema de salud”. ²⁶
Calidad de las instalaciones y los servicios adicionales	La buena calidad de las instalaciones y los servicios adicionales —como la alimentación o el albergue— contribuye a evitar riesgos adicionales para la salud, producto de condiciones insalubres de los alimentos, el agua, los sanitarios y el resto de los espacios de atención, y genera un sentimiento de seguridad y confort en las usuarias.
Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización	Se refiere a la posibilidad de que las personas hospitalizadas estén acompañadas por sus familiares y amigos durante su internamiento, no sólo para recibir sus cuidados y apoyo práctico, sino también para tratar de minimizar el desarraigo, la angustia, la incertidumbre y la soledad.
Elección del proveedor de servicios	Implica la posibilidad de elegir tanto el establecimiento como al personal de salud para recibir la atención. Algunas usuarias tienen preferencias respecto al sexo o la edad del prestador de servicios. Por ejemplo, una mujer indígena joven que acude a consulta por motivos relativos a su sexualidad puede preferir ser atendida por una médica que, de preferencia, hable su lengua. La posibilidad de ajustar los servicios a las necesidades, las preferencias y las expectativas de las usuarias también contribuye a brindar un trato digno en salud.

Cuadro III
ACCIONES ESPECÍFICAS POR CADA DIMENSIÓN DEL TRATO DIGNO PROPUESTAS POR LOS PARTICIPANTES DE LOS CURSOS-TALLER EN CHIAPAS. MÉXICO, 2019-2020

Atención pronta

Tener acceso libre de barreras físicas, administrativas o burocráticas, sobre todo al servicio de urgencias.
 Disponer de ambulancias con gasolina y conductor para el traslado de urgencias del hospital básico al hospital de referencia y, en caso necesario, de éste a otro de mayor capacidad resolutive.
 Disponer de plantillas completas de personal en cada uno de los turnos, los 365 días al año.
 Disponer de sistemas de referencia y contrarreferencia del primero al segundo nivel y a otros hospitales resolutivos.
 Garantizar la continuidad y la integralidad en la atención de la usuaria y el neonato en su tránsito por distintos servicios.
 Promover y consolidar el trabajo en equipo para asegurar la atención pronta.
 Mantener una comunicación efectiva y oportuna con las usuarias, sus familiares y los miembros del equipo de salud.

Trato respetuoso

Saludar a las usuarias y llamarlas por su nombre.
 Evitar referirse a las usuarias con diminutivos ("pacientita", "mujercita"), apodos u otras expresiones paternalistas ("hijita", "gordita", "chaparrita") que pueden representar un trato que aminora su autonomía y dignidad.
 Presentarse el prestador de servicios señalando su nombre y su función, por ejemplo: "Buenos días, señora Juana, mi nombre es Roberto y yo soy el médico que se encargará de atenderla".
 Escuchar activa y respetuosamente.
 Individualizar la atención reconociendo que cada usuaria es única.
 Reconocer y respetar los valores, los sentimientos y las preferencias de las usuarias.
 Ser empáticos.
 Procurar la comodidad de la usuaria.

Comunicación

"La información debe ser oportuna, precisa, completa, asertiva, clara, respetuosa, efectiva; todo esto nos lleva a una comunicación segura".*
 "Debemos dar una comunicación sin tecnicismos, en el propio idioma, de manera oportuna", "asegurarse que nuestra información fue entendida", "dar una comunicación adecuada y clara a los familiares".*
 Explicar en qué consiste el consentimiento informado de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 Brindar información directa a la persona usuaria y a la persona responsable de ella.

Autonomía

Favorecer el lugar y el momento para la libre decisión de las usuarias respecto a la aceptación o el rechazo de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
 Solicitar a la persona usuaria su consentimiento informado previo a cada procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 Usar un traductor institucional en todo momento para brindar información clara, precisa y oportuna a las personas usuarias sobre sus condiciones de salud y la atención.
 Preguntar siempre la opinión de la persona usuaria.
 Proporcionar a las personas usuarias información de manera imparcial y sin prejuicios.

Confidencialidad y privacidad

Cuidar el pudor y la privacidad de las personas usuarias al momento de realizar cualquier procedimiento.
 Evitar comentarios innecesarios dentro o fuera del hospital sobre los casos de las personas usuarias.
 Brindar atención personalizada.
 Brindar la atención en un lugar privado, evitando que otras personas observen a las personas usuarias o escuchen la consulta.
 Solicitar el permiso de las personas usuarias antes de realizar la exploración y la inspección física.

Acceso a redes de apoyo

Permitir que las personas usuarias sean acompañadas por sus familiares y amigos en las áreas de hospitalización.
 Brindar información oportuna a los familiares de la persona usuaria sobre la evolución de su estado de salud.
 Permitir el apoyo físico, moral y espiritual de las personas usuarias por parte de sus redes de apoyo, siempre y cuando no afecten o molesten a otras personas.
 Ser flexibles con la dieta que le procuran a la persona usuaria sus familiares, siempre y cuando no exista contraindicación médica.
 Disponer de albergues con las comodidades mínimas necesarias para que los familiares y amigos puedan hospedarse mientras acompañan a la usuaria.

* Los entrecomillados se refieren a comentarios textuales de los participantes en los cursos-taller.

debería cumplir con las siguientes características: ser comprensible, respetuosa, en un lenguaje no técnico y, en caso necesario, con traductores que aseguren que la usuaria haya entendido la información e indaguen si quedan posibles dudas.

Autonomía

La autonomía se definió como la libertad y el poder de las personas usuarias para participar en la toma de decisiones respecto a su salud y su atención, incluyendo los procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Los participantes reconocieron que la estructura de la distribución de poder en la sociedad mexicana determina las restricciones a la autonomía de las mujeres, y que las mujeres indígenas y las que viven en condiciones de pobreza ocupan la posición de mayor subordinación. Reconocieron que las condiciones de opresión de las mujeres indígenas se acrecientan dentro de las estructuras de poder del campo médico, particularmente en cuanto usuarias de los servicios hospitalarios. Expresaron que estas condiciones limitan el ejercicio pleno de las mujeres de su derecho a la autonomía en salud y que se debe ser muy consciente de estas estructuras de dominación para procurar facilitar circunstancias que favorezcan su autonomía.

Confidencialidad y privacidad

Los participantes identificaron también que la privacidad y la confidencialidad respecto a la información sobre su salud son derechos de las usuarias. Reconocieron que el personal de salud debe garantizar las condiciones de privacidad en los espacios donde ocurren los encuentros médicos, así como asegurar que la información de las usuarias y sus condiciones de salud no serán divulgadas.

Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización

Respecto al acceso a las redes sociales de apoyo, los participantes no sólo apuntaron la importancia de que el paciente reciba cuidados y apoyo práctico, sino también aspectos relevantes de la subjetividad e inter-subjetividad de pacientes y familiares, tales como tratar de atender el desarraigo, la angustia, la incertidumbre y la soledad, e intentar aliviarlas.

Aunque todos los grupos hicieron propuestas de intervención y material de difusión específico para los establecimientos de salud a los que estaban adscritos, en uno de los hospitales de Chiapas se recogieron las propuestas emitidas por los propios trabajadores para

elaborar un libro que guíe sus acciones para garantizar el trato digno.²²

Trato digno

Algunos trabajadores señalaron que “si bien somos servidores públicos y tenemos la obligación de brindar un servicio con buen trato, también tenemos el derecho de que nos traten con respeto”. El respeto se vive en condiciones dignas, pero es circular; el buen trato tiene el potencial de provocar un círculo virtuoso de relaciones respetuosas con los usuarios, prestadores de servicios y todos los compañeros de trabajo.

Discusión

Los trabajadores de la salud suelen exhibir actitudes de resistencia y rechazo hacia las actividades educativas convocadas por las autoridades. En esta experiencia se hicieron frecuentes señalamientos respecto a que tales actividades eran “una pérdida de tiempo”, “fastidiosas” y “aburridas”. No obstante, la innovación pedagógica implementada consiguió atraer su atención y despertar su interés.

El éxito de esta intervención radica en su enfoque crítico-constructivista, alejado de la pedagogía tradicional en la que los participantes no intervienen en la construcción del conocimiento. En contraste, la pedagogía empleada en los cursos-taller considera a los participantes tanto individual como grupalmente al situarlos dentro del objeto de conocimiento, la estratificación social –con sus asimetrías, sus formas de dominación, subordinación y discriminación, y sus privilegios– y las creencias, visiones y prácticas de discriminación y maltrato hacia las mujeres indígenas durante la atención obstétrica. Los resultados permiten señalar que, al analizar su propia ubicación en dicha estratificación, así como sus creencias y visiones, los participantes lograron identificar que la reflexión tiene que ver no sólo con su desempeño profesional, sino con ellos mismos, pues pudieron reconocerse como individuos atravesados por las estructuras e ideologías productoras de desigualdades imperantes en esta sociedad. Tal deconstrucción los hizo conscientes de sus posibilidades para contrarrestar los efectos perniciosos –en términos de discriminación y maltrato– hacia otras personas, especialmente las usuarias de los servicios de atención obstétrica.

El trabajo grupal favorece la reflexión constructivista, pues propicia el intercambio de ideas y también la introspección, es decir, la revisión de las propias biografías, experiencias, saberes y afectos.²⁵ El trabajo en grupo favorece el análisis de problemas comunes, los

consensos, la liberación de resistencias ante la innovación; en suma, propicia el cambio social democrático.²⁵

Las dinámicas y las actividades grupales, que implican la propia experiencia y el uso del cuerpo, no sólo permitieron romper las resistencias, sino lograr un aprendizaje significativo. Por ejemplo, los ejercicios de intercambio de papeles permitieron aprender de manera relacional a partir de interacciones en situaciones reales o hipotéticas. De este modo, “el objeto de conocimiento es también un contenido de la conciencia del que conoce, ya que ésta es el instrumento de construcción de la realidad (...), no solamente hay una aprehensión de la realidad, sino también una aprehensión de sí mismo por parte del sujeto”.²⁵ Los participantes abordaron el objeto de conocimiento –las creencias y visiones respecto a las mujeres indígenas y sus efectos en el trato que les brindan en los servicios de atención obstétrica–, le dieron sentido a partir de su propia experiencia, sus valores y sus afectos, y adquirieron conciencia de las circunstancias en que se encuentran insertos y de quiénes son ellos mismos en dichas circunstancias.²⁵ El análisis del objeto de conocimiento parte, así, de la razón y las emociones, lo que permite a los participantes incorporar la nueva información en sus esquemas de pensamiento, sentimiento y acción, e induce al cambio de las valoraciones y prácticas cotidianas, incluyendo el trato con las personas usuarias de los servicios de salud.

Los cambios de comportamiento a los que conduce el aprendizaje significativo tienden a ser permanentes, de modo que pueden medirse. Por ejemplo, los trabajadores de la salud reconceptualizaron las acciones que propusieron relativas al trato digno. Al dotar de contenido específico las dimensiones del trato digno con acciones concretas para garantizarlo, evidencian el aprendizaje. Este proceso de construcción a partir de la reflexión crítica implica la transformación de los esquemas mentales, las estructuras cognitivas y las conductas.

Los supuestos de la pedagogía implementada son que “la verdad” sobre el objeto de conocimiento no está dada, sino que se construye en la discusión individual y grupal; que el proceso de aprendizaje no parte de cero, sino que todas las personas, sin excepción, tienen experiencias, prejuicios y conocimientos relacionados con el problema abordado, y que el punto de vista de todos es igualmente valioso.

Conclusiones

Para la construcción de un sistema de salud universal y equitativo, es necesario incluir intervenciones que actúen sobre los determinantes estructurales de las prácticas de discriminación y maltrato en los servicios

de salud, como las creencias y visiones racistas, clasistas y sexistas. La innovación pedagógica que aquí se ha discutido es útil para mejorar la calidad del trato interpersonal en los servicios de salud, pero también para contribuir democráticamente al cambio social necesario para contrarrestar las estructuras de desigualdad y construir una sociedad más justa y equitativa.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Menéndez E. Poder, estratificación y salud. México: Ediciones de la Casa Chata, 1981.
2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006;367(9525):1859-69. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9)
3. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet*. 2009;374(9683):65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
4. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet*. 2009;374(9683):76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
5. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 [Internet]. México: Coneval, 2018. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPDS-2018.aspx#:~:text=El%20Informe%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de,de%20sus%20planes%20y%20programas>
6. Luna M, Muños JA, Freyermuth G. Mortalidad Materna en México: Números 2016. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2018.
7. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, et al. La salud de la población indígena en México. En: Knaul F, Nigenda G, eds. *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. Ciudad de México: Funsalud, 2003:41-55.
8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: SS, 2007:37.
9. Meneses-Navarro S. Semiótica de la otredad. La diferencia como diagnóstico. *Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas* (tesis). México: CIESAS- Sureste, 2005.
10. Meneses-Navarro S, González-Block MA, Quezada-Sánchez AD, Freyermuth-Enciso G. Evolución de la equidad en el acceso a servicios hospitalarios según composición indígena municipal en Chiapas, México: 2001 a 2009. En: Page J, coordinador. *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. México: UNAM, 2014:17-35.
11. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B, Vega-Macedo M. Maternal mortality and the coverage, availability of resources, and access to women's health services in three indigenous regions of Mexico: Guerrero Mountains, Tarahumara Sierra, and Nayar. En: Schwartz DM, ed. *Maternal health, pregnancy-related morbidity and death among indigenous women of Mexico & Central America: An Anthropological, Epidemiological and Biomedical Approach*. Alemania: Springer International Publishing, 2018:169-88.
12. Meneses-Navarro S, Meléndez-Navarro D, Meza-Palmeros A. Contraceptive counseling and family planning services in the Chiapas Highlands: challenges and opportunities for improving access for the indigenous population. En: Schwartz DA, ed. *Maternal health, pregnancy-related morbidity and death among indigenous women of Mexico & Central America: an anthropological, epidemiological and biomedical approach*. Alemania: Springer International Publishing, 2018:271-300.

13. Menéndez EL. Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(1):109-18. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
14. Ibáñez M, Heredia I, Meneses S, Pelcastre B, González-Block MA. Labor and delivery service use: indigenous women's preference and the health sector response in the Chiapas Highlands of Mexico. *Int J Equity Health*. 2015;14(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0289-1>
15. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 4. Derivada de prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de comunidades indígenas respecto a la obtención del consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar. México: CNDH, 2002.
16. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección de la salud. México: CNDH, 2009.
17. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General 31. Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: CNDH, 2017.
18. Collado-Peña SP. Tienes que buscarte otro hospital: acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica (tesis). México: UAM-X, 2010.
19. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: UNAM, 2015.
20. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
21. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Rivera-Dommarco J. Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación. *Salud Publica Mex*. 2020;62(2):228-30. <https://doi.org/10.21149/10992>
22. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B (coords). Trato digno en la atención obstétrica. Marco conceptual y propuesta de trabajadores de la salud para mejorar su calidad. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.
23. Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI, 2005.
24. Carreto M. Constructivismo y educación. México: Editorial Progreso, 1997.
25. Guido L. ¿Para qué aprender? En: Guido L. Aprender a aprender. México: Red Tercer Milenio, 2012:10-20.
26. Culler J. Sobre la deconstrucción. Teoría y crítica después del estructuralismo. Madrid: Cátedra, 1984.
27. Murray CJL, Evans DB. Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health system. En: Murray CJL, Evans DE, ed. Health Systems Performance Assessment Debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization, 2003:115-24.
28. De Silva A. A Framework for measuring responsiveness. Ginebra: World Health Organization, 2000.
29. Darby C, Valentine N, Murray C, de Silva A. Strategy on measuring responsiveness. Discussion paper series. Ginebra: World Health Organization, 2003.