



# Resultados de Guerrero: la partería en México desde el punto de vista de las usuarias

Vianey Saldaña Herrera / Liliana Salas Franco /  
Nadia Maciel Paulino / Sergio Paredes Solís

01

La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias

## ◆ Introducción

Este estudio se desarrolló como parte de la investigación “La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias” llevada a cabo en diferentes estados del país, durante el primer semestre de 2016. El presente informe se enfoca en los resultados obtenidos en el estado de Guerrero. Se realizaron 62 entrevistas a mujeres, 45 residentes del área rural y 17 del ámbito urbano. El objetivo específico es describir y analizar la atención que se brindó a las mujeres residentes en áreas rurales y urbanas tomando en cuenta cuatro aspectos importantes: frecuencia del control prenatal, tipo de atención del parto, violencia obstétrica y complicaciones del parto.

## ◆ Antecedentes

En Guerrero existen 7 289 localidades (7 143 con menos de 2 500 habitantes) y 1131 unidades de salud, por consiguiente, muchas no cuentan con un establecimiento de salud.<sup>1</sup> En este contexto de baja cobertura efectiva de los servicios de salud pública y la deficiente calidad de atención en el estado, las parteras tradicionales tienen un papel importante para la atención de la salud materna.<sup>2</sup> Aproximadamente una tercera parte de los nacimientos en las zonas rurales son atendidos por parteras, principalmente tradicionales. En el medio urbano predomina la atención de partos por el servicio público y, en segundo lugar, por el privado.<sup>3</sup> En este sentido, existe una proporción alta de partos atendidos por cesárea y de práctica de episiotomías o procedimientos innecesarios en la atención del parto; a la medicalización excesiva se le ha denominado violencia obstétrica.<sup>4</sup>

## ◆ Las mujeres participantes

Todas las mujeres tuvieron antecedentes de, al menos, dos eventos obstétricos. Las localidades rurales de residencia de las participantes fueron Atlixnac, Chilpancingo y Xochistlahuaca. La mayoría de las entrevistadas del área urbana habitaban en Acapulco y en Iguala en menor medida. Casi todas las mujeres de los municipios urbanos reportaron hablar español y sólo una refirió hablar amuzgo; en el área rural son bilingües, además del español hablan una lengua indígena como el Náhuatl, el Nancue Ñomndaa (amuzgo), el Me´phaa (tlapaneco) y el Tu´un Savi (mixteco).

## ◆ Resultados

La mayoría de las mujeres reportó que la atención recibida durante el control prenatal en los servicios públicos y privados de salud y por las parteras tradicionales fue buena, y sus críticas se centraron en la atención del parto. Los resultados muestran que la edad promedio de las entrevistadas en la zona rural fue de 27.4 años y en la urbana de 26.7 años. Asimismo, es frecuente que las mujeres en el área rural tengan su control prenatal con médico y con partera tradicional; de hecho, el promedio de consultas prenatales fue el mismo que en el servicio público y mayor que en el privado. En la zona urbana el servicio particular tuvo, en promedio, mayor número de consultas que la atención pública o con partera. El 58% (26/45) de las participantes del medio rural reportó alguna complicación durante el embarazo. En el área urbana casi todas reportaron complicaciones durante esta fase del evento (16/17). La alta frecuencia de reportes de infección urinaria en ambos medios llama la atención, así como la presencia reiterada de sangrado y amenaza de aborto o parto prematuro.

El 87% de las mujeres en el ámbito rural tuvieron un parto vaginal, lo cual es casi el doble de lo reportado por las urbanas (47%). En contraste, el promedio de cesáreas en las mujeres rurales

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2011, “Perspectiva estadística Guerrero 2011”, consultado el 21 de julio de 2016, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-gro.pdf>>.

2. Goldman Noreen y Gleit, Dana Ann, 2003, “Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala”, *Social Science & Medicine*, 56(4), pp. 685-700.

3. Chávez Chura, Ninfa Amanda, 2006, *Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal en el centro de salud Pucarrani durante el primer semestre gestión*, tesis para obtener especialidad interculturalidad y salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

4. Faneite, Josmery, Feo, Alejandra y Toro, Judith, 2012, “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud”, *Rev Obstet Ginecol Venez*, 72(1), pp. 4-12.

“ Se propone un trabajo coordinado en las comunidades indígenas, que vincule el servicio institucional público con los diferentes modelos de partería para optimizar los recursos hospitalarios en la atención de los partos potencialmente complicados.”

## 02

## La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias

fue de 0.38 (EE 0.11, rango 0 a 3) comparado con el 0.7 (EE 0.22, rango 0 a 3) de las urbanas. En consecuencia, la frecuencia de parto vaginal fue mayor en el área rural y el porcentaje de mujeres que se atendió con partera (tradicional 20% y profesional 9%) permite estimar la importancia de estos agentes de salud en comunidades indígenas. El modelo de partería utilizado por las participantes del ámbito rural fue variado, pero los porcentajes coinciden casi en la misma proporción: servicio institucional público (24%), servicio institucional particular (22%) y partera tradicional (20%). El 22% de los partos en esta área fue asistido por un familiar o, bien, la mujer lo tuvo sola. En los municipios urbanos predominó la atención del parto en el servicio institucional público.

Se encontró que en los hospitales existe la restricción para elegir la posición durante el parto y tampoco se permite la presencia de familiares o parteras. Asimismo, las entrevistadas consideran que el trato recibido por parte de los prestadores de servicios de salud (PSS) es frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, de violencia obstétrica y de violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual lleva implícito relaciones de poder y subordinación. La atención con la partera tradicional incluye una serie de elementos culturales importantes para las entrevistadas, sin embargo, los resultados sugieren que han empezado con un proceso de medicalización del parto; el uso de venoclisis y sustancias para apresurarlos son ejemplo de ello. Por otro lado, la presión del abdomen para expulsión del bebé, se encontró en todos los modelos de partería.

### ◆ Recomendaciones de política pública

- Se propone un trabajo coordinado en las comunidades indígenas, que vincule el servicio institucional público con los diferentes modelos de partería para optimizar los recursos hospitalarios en la atención de los partos potencialmente complicados.
- Capacitar al personal de salud en aspectos de interculturalidad, enfatizando que las diferencias en la atención del parto son complementarias para la adecuada salud materna de las mujeres en zonas indígenas.
- Formar parteras técnicas y tradicionales para mantener e incrementar la cobertura a la salud materna en comunidades remotas del estado de Guerrero.
- Que a las usuarias se les brinde: una atención rápida en las consultas de control prenatal y de posparto, y que sea por una mujer; información comprensible, en un lenguaje sencillo y sin tecnicismos así como una buena disposición para aclarar dudas; más información sobre los cuidados del embarazo y el posparto, siendo más explícitos en sus recomendaciones; la colaboración de un traductor o intérprete en las zonas indígenas.
- Que el personal de salud fomente la atención de las mujeres embarazadas por parte de las parteras tradicionales y que sea reconocida su labor.
- Que durante el parto se les brinde respeto a su cultura y a sus tradiciones; un trato amable y respetuoso; privacidad; la atención de una doctora (porque les da pena que las vea un hombre) y la posibilidad de que algún familiar las acompañe.
- Evitar la práctica de episiotomías y cesáreas innecesarias.
- Que en los servicios de salud no se insista a las mujeres a usar algún método anticonceptivo de planificación familiar, ni que se les imponga y, mucho menos, que se les obligue a someterse a una operación para no tener más hijos.
- Que los servicios de salud cuenten con personal disponible las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año.