



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

*Vianey Guadalupe Saldaña Herrera, Liliana Sarahí Salas Franco, Nadia Maciel Paulino, Sergio Paredes Solís, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO)*



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

*Vianey Guadalupe Saldaña Herrera*

*Liliana Sarahí Salas Franco*

*Nadia Maciel Paulino*

*Sergio Paredes Solís*

Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET)  
Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO)

## Introducción

Este estudio se desarrolló como parte de la investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias,<sup>1</sup> 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 1 131 unidades de salud, por consiguiente, muchas no cuentan con un

<sup>1</sup>Freyermuth Enciso, Graciela, 2015, La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (texto no publicado).

establecimiento de salud.<sup>2</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>3</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>4</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>5</sup>

## Las mujeres participantes

Todas las mujeres tuvieron antecedentes de, al menos, dos eventos obstétricos. Las localidades rurales de residencia de las participantes fueron Atlixac, 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).

<sup>2</sup> 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>>.

<sup>3</sup> Goldman Noreen y Gleib, Dana Ann, 2003, "Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala", *Social Science & Medicine*, 56(4), pp. 685-700.

<sup>4</sup> 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 Pucarani durante el primer semestre gestión*, tesis para obtener especialidad interculturalidad y salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

<sup>5</sup> 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.

## 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 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 apresurarlo 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.

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

*Vianey Guadalupe Saldaña Herrera*

*Liliana Sarahí Salas Franco*

*Nadia Maciel Paulino*

*Sergio Paredes Solís*

Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET)

Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO)

## Introducción

Guerrero pertenece, junto con Chiapas y Oaxaca, a la región de menor desarrollo socioeconómico de México. Según Calvario y Granados (2008), la presencia de población indígena en áreas montañosas y de difícil acceso es una característica común de estos estados. En cuatro de las siete regiones socioeconómicas de Guerrero (Zona Norte, Centro, Montaña y Costa Chica) predominan las áreas rurales, y albergan varios municipios con población indígena. En las zonas restantes (Tierra Caliente, Costa Grande y Acapulco) residen, en la temporada de mayor oferta laboral, grupos de población indígena migrante y provisional.

El acceso a los servicios de salud está determinado en gran medida por la ubicación de los asentamientos poblacionales. Por esta razón, el análisis de datos de este informe se orienta a determinar las diferencias en la partería según el lugar de residencia de la usuaria y el modelo utilizado en la atención del parto. El medio rural de Guerrero presenta serios desafíos para la atención adecuada de la salud materna. La cobertura de servicios públicos es reducida; en Guerrero hay 1 131 unidades de salud para atender a 7 289 localidades (7 143 de menos de 2 500 habitantes) (Inegi, 2011), y casi la mitad de éstas se encuentran ubicadas en zonas remotas y no cuentan con personal



suficiente. Gran parte de las unidades de salud en el medio rural están bajo la responsabilidad de pasantes en servicio social, lo que da lugar a una mayor desigualdad en la calidad de la atención de la salud con respecto al medio urbano. El sistema de distribución de opciones para que los pasantes cumplan su servicio social privilegia a aquellos con mejor promedio en sus estudios, quienes suelen elegir lugares urbanos y de fácil acceso, y toca a los pasantes con promedio más bajo y, en teoría menos capacitados, cubrir las plazas lejanas.

En este contexto de baja cobertura efectiva y calidad deficiente de los servicios de salud en algunas localidades de Guerrero, las parteras tradicionales tienen un papel importante en la atención de la salud materna (Goldman y Gleit, 2003). La labor de las parteras tradicionales representa una descarga enorme de trabajo para los servicios de salud (Walraven y Weeks 1999). Alrededor de la tercera parte de los nacimientos en las zonas rurales son atendidos por parteras, principalmente tradicionales.<sup>6</sup> Sin embargo, hay un válido cuestionamiento respecto a la calidad de atención que brindan las parteras en las zonas indígenas, pues los partos que asisten presentan complicaciones más frecuentes en relación con los atendidos en las instituciones de salud.

Jasen (1997) afirma que en la mayoría de los servicios de salud no se da prioridad a las personas indígenas, sobre todo en las zonas remotas donde la prestación de servicios es difícil y costosa, y con frecuencia ofende las costumbres y la cultura de los pueblos indígenas. A esto se debe que los pueblos indígenas a menudo rechacen los servicios institucionales (NAHO, 2008); estas poblaciones vinculan la imposición colonial del parto en hospitales a la pérdida del conocimiento y las prácticas ancestrales, lo que ha tenido graves consecuencias sociales y culturales.

En el medio urbano los partos son atendidos, en su mayoría, por los servicios públicos y privados. En las ciudades las preocupaciones se deben a la sobremedicalización del parto y al maltrato de las pacientes que acuden a los servicios públicos (Chávez, 2006), pues hay una gran proporción de

<sup>6</sup> Aunque en septiembre de 2012 comenzó a funcionar la Escuela de Parteras Profesionales y ya egresó la primera generación, son pocas las parteras profesionales que ejercen en la entidad.

partos por cesárea y de práctica de episiotomías o procedimientos innecesarios en la atención obstétrica. La tecnificación y medicalización del parto en las instituciones ha contribuido a concebir a las mujeres como objetos de intervención y no como sujetos de derecho. El hecho de percibir el embarazo y el parto como eventos patológicos predispone a la mujer a ser “aliviada” mediante la participación médica. La relación asimétrica entre el obstetra y la paciente suele dificultar que la mujer ejerza sus derechos (Belli, 2013). La expresión “violencia obstétrica”, de acuñación reciente, alude al trato médico deshumanizado de la mujer embarazada y del proceso natural del parto y el puerperio (Faneite, Feo y Toro, 2012).

En este informe describimos cuatro aspectos de la atención del parto en el estado de Guerrero: 1) la frecuencia del control prenatal, 2) el tipo de atención del parto, 3) la violencia obstétrica, y 4) las complicaciones del parto. Y contrastamos su ocurrencia en las áreas urbanas y rurales, y los distintos modelos de partería empleados en Guerrero. Si bien la muestra del estudio es reducida y el concepto de violencia obstétrica es incipiente, no dudamos que los resultados presentados contribuirán al debate de estos temas.

## **Metodología**

En la recolección de datos empleamos el instrumento de medición y el procedimiento para la selección de las participantes indicadas por Freyermuth (2015), que detallamos en el primer capítulo. A continuación describimos aspectos particulares de la recolección realizada para este estudio.

### ***Perfil de las entrevistadoras***

Participaron seis entrevistadoras, dos de ellas indígenas. Una es licenciada en Psicología, otra es estudiante universitaria, tres son estudiantes de maestría, y una ya obtuvo el grado de maestría. Todas ellas tenían experiencia en la aplicación de encuestas y entrevistas. Tres de las entrevistadoras habían tenido al menos un parto.

## ***Selección de las participantes***

La mayoría de las participantes fueron seleccionadas por cumplir con el criterio de haber pasado por dos eventos obstétricos, uno de ellos en el último año. Antes de entrevistarlas se indagó si: a) habían tenido más de un parto, b) habían parido en los últimos 12 meses, c) estaban embarazadas. Nos propusimos entrevistar a 10 mujeres por cada modelo de partería. Se entrevistó a 62 mujeres, 45 en zonas rurales y 17 en zonas urbanas.

La forma de entrar en contacto con las mujeres entrevistadas en el medio urbano fue, sobre todo, a través de redes de colegas profesionales; en Aca-pulco fue por medio de la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). En las localidades rurales de San Luis Acatlán y de Acatepec, la comunicación se estableció con la ayuda de las Casas de Salud de la Mujer indígena, y en Atlix-tac mediante una partera tradicional.

## ***Instrumento de medición***

El instrumento de medición empleado en este estudio fue un cuestionario diseñado para recoger información de 10 apartados: características sociodemográficas, historia reproductiva, cuidados en el último embarazo, complicaciones en el último embarazo, cuidados durante el último parto, complicaciones sentidas durante el parto, cuidados durante el posparto inmediato, cuidados del posparto en casa, complicaciones neonatales, atención del embarazo, el parto y el posparto del último y el penúltimo eventos. Todas las entrevistas se registraron en el formato del cuestionario y se audio-grabaron.

## ***Definición de las variables relevantes***

*Urbano/rural.* Esta variable se definió de acuerdo con la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) y los criterios de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol, 2011). El Inegi considera como comunidad rural aquella con menos de 2 500 habitantes. La Sedesol clasifica como rura-

les a las comunidades con altos índices de rezago social y marginación, donde la vivienda no cuenta con excusado, energía eléctrica ni agua entubada, el piso es de tierra y la mayoría de la población no terminó la primaria.

*Control prenatal.* Se consideró control prenatal cuando la mujer respondió a las preguntas: *¿Con quién buscó atención prenatal? ¿Cuántas veces fue? ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando inició el cuidado o control de su embarazo?* Se consideró que tuvieron control prenatal adecuado, de acuerdo con Mejía (2000), las mujeres que asistieron a cinco o más consultas de atención al embarazo, donde la consulta inicial fue anterior a la semana 20 de gestación.

*Violencia obstétrica:* Se consideró la violencia obstétrica cuando la mujer dio respuesta afirmativa a la pregunta por si pasó por procedimientos innecesarios durante el parto, incluyendo más de tres tactos vaginales, o respuesta negativa a la pregunta por si tuvo procedimientos para su confort durante el trabajo de parto y el parto. Lo anterior se derivó de las preguntas: *¿Le pusieron algo para apresurarlo? ¿La rasuraron? ¿Le pusieron una lavativa o enema? ¿Le pusieron un suero o venoclisis? ¿Le rompieron la fuente? ¿La dejaron estar como mejor se sentía (caminando, sentada, etc.)? ¿Le presionaron el abdomen para que saliera el bebé? y ¿Cuántos tactos le hicieron?*

*Complicación del parto:* Se consideró la complicación del parto cuando la mujer dio respuesta afirmativa a la pregunta *¿Tuvo complicaciones a la hora del parto?*

## **Análisis de datos**

Para este documento se elaboró un banco de datos con información de las entrevistas sobre:

- a) Características sociodemográficas: edad, área de residencia, escolaridad, estado socioeconómico, estado civil, religión, idioma y afiliación a la seguridad social.
- b) Antecedentes ginecoobstétricos: inicio de la vida sexual activa, edad en el primer embarazo, número de embarazos, número de

abortos, número de partos vaginales, número de cesáreas y uso de anticonceptivos.

- c) Control prenatal: confirmación del embarazo, inicio del control prenatal, número de consultas prenatales, molestias referidas durante embarazo, proveedor del control prenatal, percepción de la atención recibida en el control prenatal, información brindada por el proveedor de servicios sobre su embarazo, e información sobre su embarazo solicitada por el proveedor de servicios.
- d) Parto: parto prematuro, tipo de parto, modelo de partería utilizado, lugar donde se atendió el parto, percepción de una complicación en el parto, tipo de complicación, tratamiento de la complicación y reporte de procedimientos de violencia obstétrica.

## Resultados

Se entrevistó a 62 mujeres que habían tenido al menos dos eventos obstétricos, el último –un parto vaginal o por cesárea– no más de 12 meses antes de la entrevista. La mayoría pertenecen a comunidades rurales (n=45, 73%) y las menos viven en localidades urbanas (n=17, 27%).

Las comunidades rurales donde residen las mujeres entrevistadas se ubican en las regiones de mayor proporción de población indígena del estado: Región Centro, Costa Chica y La Montaña (*véase figura 1*). Las mujeres rurales pertenecen a los municipios de: Atlixac (n=17), Chilpancingo (n=11), y Xochistlahuaca (n=8). Las mujeres urbanas viven en los municipios de Aca-pulco (n=15) e Iguala (n=2).

Casi todas las mujeres reportaron hablar español; solo una mujer dijo hablar amuzgo. En el medio rural hubo mujeres que dijeron hablar alguna lengua indígena además del español: Náhuatl, Nancue Ñomndaa (Amuzgo), Me'phaa (Tlapaneco) y Tu'un Savi (Mixteco).

La mayor parte de las mujeres entrevistadas dijeron ser católicas. El nivel de escolaridad y el de trabajo son más altos entre las mujeres urbanas. Con respecto al estado civil, casi la mitad (53%) de las mujeres urbanas dijeron vivir en unión libre, mientras que entre las rurales, 63 por ciento reportaron



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS A. C.

estar casadas. La mayoría de las participantes dijeron estar afiliadas al Seguro Popular. La *tabla 1* muestra el detalle de las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Casi todas las mujeres afiliadas al Seguro Popular utilizan sus servicios: 93 por ciento (37/40) en el medio rural y 90 por ciento (9/10) en el urbano. Las principales razones en el medio rural fueron: está cerca de la casa (37%), dan buen servicio (26%) y es el servicio al que tiene derecho (18%); y en el

**TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

CARACTERÍSTICA	RURAL		URBANA		
	N=45	%	N=17	%	
IDIOMA	Español	17	38%	16	94%
	Náhuatl	16	35%		
	Nancue Ñomndaa (Amuzgo)	8	18%	1	6%
	Me'phaa (Tlapaneco)	3	7%		
	Tu'un Savi (Mixteco)	1	2%		
RELIGIÓN	Católica	39	87%	13	76%
	Cristiana	1	2%	2	12%
	Sin religión	2	4%	1	6%
	Testigo de Jehová			1	6%
	Pentecostal	2	4%		
	Evangélica	1	4%		
EDUCACIÓN	Ninguna o iniciada	11	24%		
	Primaria	9	20%	4	23%
	Secundaria	18	40%	7	41%
	Preparatoria	4	9%	3	18%
	Universidad o más	3	7%	3	18%

*Continúa en la página 16*

**TABLA III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

CARACTERÍSTICA	RURAL		URBANA	
	N=45	%	N=17	%
TENENCIA DE TRABAJO				
Si trabajan	6	13%	6	47%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS. A. C.

medio urbano fueron: es el servicio al que tiene derecho (50%) y no tener dinero para otro servicio (20%). La misma proporción en ambos medios (80%) reportó haber recibido buen trato en el Seguro Popular.

### ***Antecedentes ginecoobstétricos***

La edad promedio de las mujeres rurales fue de 27.4 años (EE<sup>7</sup>=0.88), y de las urbanas, de 26.7 años (EE=1.17). En ambos medios, la edad promedio de inicio de la vida sexual fue de 17 años (EE=0.35), aunque el rango de IVSA<sup>8</sup> entre las mujeres rurales fue de 12 a 25 años y entre las urbanas, de 15 a 26 años. En el promedio de edad en el primer embarazo hubo una diferencia de casi un año entre ambos medios: fue de 18.7 (v=0.65) entre las mujeres rurales y de 19.6 (EE=8.84) entre las urbanas.

El número de embarazos fue mayor en la población rural (de 1 a 9) que en la urbana (de 2 a 5). Solo cuatro mujeres (9%) de las comunidades rurales reportaron haber abortado; entre las mujeres urbanas el porcentaje en este renglón fue de 47 por ciento (8/17). El promedio de partos vaginales en el medio rural fue de 2.8 (v 0.3, rango 1 a 8), y en el urbano, de 1.35 (EE 0.24, rango 1 a 3). En contraste, el promedio de cesáreas entre las mujeres rurales fue de 0.38 (EE 0.11, rango 0 a 3), y entre las urbanas, de 0.7 (EE 0.22, rango 0 a 3).

<sup>7</sup>Error Estándar.

<sup>8</sup>Inicio de Vida Sexual Activa.



Una mujer rural y dos urbanas reportaron estar embarazadas. El 22 por ciento (10/45) de las mujeres rurales reportaron haber estado usando anti-conceptivos cuando se embarazaron. En este renglón, el porcentaje entre las mujeres urbanas fue de 53 por ciento (9/17). Sólo una mujer rural reportó haber tenido un embarazo gemelar. El promedio de hijos nacidos vivos en el medio rural fue de 3.2 (EE 0.25, rango 0 a 8), mayor que el del área urbana, de 1.8 (EE 0.15, rango 1 a 3).

### ***Control prenatal***

El principal motivo por el que las mujeres entrevistadas supieron que estaban embarazadas fue: malestar físico (en el medio rural 38 por ciento, y en el urbano, 59 por ciento). En orden por frecuencia, siguió la suspensión de la menstruación (en el medio rural, 27 por ciento, y en el urbano, 18 por ciento), y la sospecha de estar embarazada (entre las mujeres rurales fue de 25 por ciento, y entre las urbanas, de 18 por ciento). Tres mujeres rurales (7%) no buscaron ayuda para confirmar el embarazo; la mayoría lo hicieron en los servicios públicos (en el medio rural fue de 41 por ciento, y en el urbano, de 47 por ciento). Los servicios privados fueron más utilizados por mujeres urbanas (35%) que por mujeres rurales (16%).

Entre las mujeres rurales, 91 por ciento (41/45) reportaron haber tenido control prenatal, contra 88 por ciento (15/17) en el medio urbano. El 83 por ciento (35/42) de las mujeres rurales reportaron haber iniciado el control prenatal desde el primer trimestre del embarazo, contra 82 por ciento en el medio urbano. Para el control prenatal, 45 por ciento (19/42) de las mujeres rurales combinaron los servicios públicos y los de parteras; 43 por ciento optaron solo por los servicios públicos (18/42), y dos por ciento (1/42), solo por los de parteras. En el medio urbano, en cambio, 67 por ciento (10/15) optaron por los servicios públicos, y 13 por ciento (2/15) combinaron los servicios públicos y los privados. Solo una mujer reportó haber utilizado servicios privados, y dos de ellas, servicios tanto del médico como de la partera. El promedio de consultas prenatales brindadas por los servicios públicos y las parteras tradicionales fue el mismo entre las mujeres rurales

y las urbanas. En el medio urbano hubo, en promedio, un mayor número de consultas prenatales en los servicios privados.

Informaron haber tenido alguna complicación durante el embarazo: 58 por ciento (26/45) de las mujeres rurales, contra casi todas (16/17) las mujeres urbanas. Las complicaciones más reportadas en el medio rural fueron cefalea (69%, 18/26), dolor abdominal (50%, 13/26) e infección urinaria (38%, 10/26). Las mujeres urbanas reportaron haber tenido infección urinaria (63%, 10/16), cefalea (50%, 8/16) y amenaza o parto prematuro (44%, 7/16). La *tabla 2* muestra otras variables asociadas al control prenatal.

En cuanto al cumplimiento de los procedimientos rutinarios de la consulta prenatal en los servicios públicos, los porcentajes por categoría fueron: registro del peso corporal, toma de presión arterial, y oír el latido fetal, 100 por ciento de las mujeres de ambos medios; solicitud de exámenes de sangre, 100 por ciento en el medio rural y 92 por ciento en el urbano; solicitud de exámenes de orina, 95 por ciento en el medio rural y 92 por ciento en el urbano; recetar ácido fólico, 95 por ciento en el medio rural, y 83 por ciento en el urbano; recetar sulfato ferroso, 95 por ciento en el medio rural y 83 por ciento en el urbano. Todas las mujeres rurales que optaron por servicios privados fueron atendidas con los procedimientos de rutina de la consulta prenatal. Una de las dos mujeres urbanas atendida en servicios privados reportó que se hicieron todos los procedimientos; la otra no dio información. Muy pocas de las mujeres atendidas por parteras reportaron que se hayan hecho los procedimientos de rutina de la medicina institucional. Sólo a cuatro mujeres, tres rurales y una urbana, se les dio ácido fólico y sulfato ferroso. Entre las mujeres atendidas por partera, en cambio, 87 por ciento (17/21) en el medio rural y 50 por ciento (2/4) en el urbano reportaron que les sobaron el abdomen, y 100 por ciento (21/21) en el medio rural y 50 por ciento (2/4) en el urbano reportaron que les acomodaron al bebé.

A casi todas las mujeres les gustó el trato en el control prenatal de los diferentes prestadores de servicios. La excepción fueron las mujeres urbanas atendidas en los servicios públicos (86%, 12/14). Casi todas las mujeres rurales recibieron de los proveedores de servicios información sobre su embarazo. En el medio rural: servicios privados, 100 por ciento (12/12); partera profesional, 100 por ciento (2/2); partera tradicional, 95 por ciento

**TABLA II. CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

CARACTERÍSTICA		RURAL		URBANA	
		N=45	%	N=17	%
TRIMESTRE DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL	No tuvieron control prenatal	4	9%		
	1er trimestre de embarazo	35	78%	14	82%
	2° trimestre de embarazo	6	13%	3	18%
PROMEDIO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR SERVICIO	Público	6	rango 2-12	6	rango 1-17
	Partera tradicional	6	rango 1-12	6	rango 2-9
	Privado	4	rango 1-12	9	rango 4-15
	Partera profesional	3			
PROVEEDOR DEL CONTROL PRENATAL	Público	18	43%	10	67%
	Privado	2	5%	1	7%
	Partera tradicional	1	2%		
	Médicos públicos y privados	2	5%	2	13%
	Médico y partera	19	45%	2	13%
MOLESTIAS SENTIDAS DURANTE EL EMBARAZO	Ninguna	13	31%	3	18%
	Náusea/ vómito	20	48%	3	18%
	Dolor de cabeza		14%	1	6%
	Cansancio		2%	5	29%
	Calambres			1	6%

*Continúa en la página 20*

**TABLA II. CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

CARACTERÍSTICA	RURAL		URBANA	
	N=45	%	N=17	%
MOLESTIAS SENTIDAS DURANTE EL EMBARAZO	Estreñimiento		1	6%
	Otro		3	18%
	N/R	2	5%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS. A. C.

(20/21), y servicios públicos, 92 por ciento (36/39). En el medio urbano las cifras fueron: partera tradicional, 100 por ciento (2/2); servicios públicos, 93 por ciento (13/14), y servicios privados, 75 por ciento (3/4).

Dos de las mujeres rurales (5%, 2/39) percibieron maltrato de los servicios públicos. Este porcentaje fue mayor (25%, 4/16) entre las mujeres urbanas. Ninguna mujer atendida en los servicios particulares o por partera reportó haber recibido maltrato durante el control prenatal. Con respecto a solicitar información sobre el embarazo al proveedor de servicios, en el medio rural lo hicieron 100 por ciento (12/12) de las mujeres atendidas en los servicios privados y de partera profesional (2/2), 82 por ciento (32/39) de las atendidas en los servicios públicos, y 71 por ciento (15/21) de las atendidas por partera tradicional. En el medio urbano todas las mujeres solicitaron información sobre su embarazo a los prestadores de servicios durante el control prenatal.

### ***Atención del parto***

Diez de los 45 partos (22%) en el medio rural fueron prematuros, cifra mayor a la resultante en el medio urbano, de 12 por ciento (2/17). La mayoría de

las mujeres rurales tuvieron parto vaginal (87%), casi el doble de lo reportado por las mujeres urbanas (47%). La *tabla 3* muestra más detalles de la atención del parto.

Todas las cesáreas en el medio rural (n=6) fueron programadas por las siguientes razones: cesárea anterior, no había dolor, se rompió la fuente, así lo prefirió la mujer (dos casos), y bebé muy grande. En el medio urbano, la mitad (3/6) de las cesáreas fueron programadas por: circular de cordón, no había dolor, y abortos anteriores. Las cesáreas no programadas se debieron a: circular del cordón y rompimiento de la fuente (dos casos).

El modelo de partería utilizado por las mujeres rurales tuvo casi la misma proporción en los servicios institucionales públicos (24%) y los particulares (22%), y los servicios de parteras tradicionales (20%). Se consiguió localizar solo a cuatro mujeres atendidas con el modelo de partería profesional. El 22 por ciento de los partos en este medio fueron asistidos por un familiar, o bien la mujer parió sola. En el medio urbano predominó la atención del parto en los servicios institucionales públicos (73%).

Seis de 39 mujeres rurales (15%) reportaron que les hicieron episiotomía; en dos casos era su primer parto, y en los cuatro restantes había habido un parto vaginal anterior. Entre las mujeres urbanas la cifra fue mayor (60%, 6/10). Todas estas mujeres dijeron haber tenido un parto vaginal anterior. Ocho de 39 mujeres rurales (20%), que ya habían tenido un parto vaginal, reportaron desgarro vaginal: dos atendidas con el modelo institucional público, dos con el modelo institucional privado, tres con partera profesional y en un caso no se especificó de qué tipo era la partera. Entre las mujeres urbanas, una de ellas (10%, 1/10), que también había tenido un parto vaginal, reportó desgarro vaginal; ella fue atendida en los servicios institucionales públicos. De nueve mujeres en quienes se utilizó algo para apresurar el parto, tres (dos rurales y una urbana) reportaron desgarro vaginal.

Las mujeres rurales reportaron menor porcentaje de complicaciones durante el parto (38%, 17/45) que las urbanas (65%, 11/17). Las principales complicaciones reportadas por las mujeres rurales fueron presencia de meconio y sangrado, mientras que en el medio urbano fueron: presencia de meconio y falta de líquido amniótico (*véase tabla 3*). De acuerdo con el repor-

**TABLA III. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

CARACTERÍSTICA	RURAL		URBANA		
	N=45	%	N=17	%	
MODELO DE PARTERÍA UTILIZADO EN EL ÚLTIMO PARTO O CESÁREA	Público	11	24%	13	76%
	Particular	10	22%	3	18%
	Partera tradicional	9	20%		
	Partera profesional	4	9%		
	Partera no específica	1	2%		
	Otro	10	22%	1	6%
TIPO DE PARTO	Parto	39	87%	8	47%
	Cesárea	6	13%	6	35%
HALLAZGO DE PROCEDIMIENTOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	Sólo en mujeres con parto vaginal	39	87%	10	59%
TIPO DE PROCEDIMIENTO	Le pusieron un suero o venoclisis	25	64%	9	90%
	No la dejaron estar como mejor se sentía	16	41%	6	60%
	Le presionaron el abdomen para que saliera el bebé	15	38%	3	30%
	No le dieron agua	14	36%	7	70%
	Le rompieron la fuente	10	26%	5	50%

**TABLA III. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS (RURALES Y URBANAS) DE GUERRERO**

	CARACTERÍSTICA	RURAL		URBANA	
		N=45	%	N=17	%
TIPO DE PROCEDIMIENTO	Apresuraron el parto	6	15%	3	30%
	4 tactos o más	5	13%	4	44%
	La rasuraron	3	8%		
	Le pusieron enema	2	5%	2	20%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS. A. C.

te de complicaciones en las mujeres atendidas por parteras, las hubo más entre las mujeres atendidas en los modelos institucionales público y privado que entre las mujeres atendidas en los modelos de partería profesional y partería tradicional. La *tabla 4* muestra el tipo de complicación reportada en cada uno de estos modelos.

Entre las mujeres que tuvieron parto vaginal, se encontró que se hizo algún procedimiento innecesario a 87 por ciento (39/45) de las mujeres rurales, y a 59 por ciento (10/17) de las mujeres urbanas. En el medio rural las prácticas innecesarias más comunes fueron: uso de venoclisis (64%, 25/39), mantener incomoda a la paciente (41%, 16/39) y usar la maniobra de Kristeller (38%, 15/39); en el medio urbano fueron: uso de venoclisis (90%, 9/10), impedir ingesta de agua (70%, 7/10) y mantener incomoda a la paciente (60%, 6/10). El uso de otros procedimientos innecesarios y su frecuencia por área geográfica se muestran en la *tabla 5*.

Al diferenciar las prácticas innecesarias en el parto vaginal por modelo de partería, se encontró que en los servicios públicos las más frecuentes fueron: uso de venoclisis (100%, 15/15), impedir la ingesta de agua (67%, 10/15), mantener incomoda a la paciente (53% 8/15) y usar algo para apresurar el parto (40%, 6/15). En los servicios privados, las más frecuentes fueron: impe-

**TABLA IV. COMPLICACIONES DEL PARTO POR MODELO DE PARTERÍA, EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE GUERRERO**

COMPLICACIÓN REPORTADA	INSTITUCIONAL PÚBLICO N=18	INSTITUCIONAL PRIVADO N=7	PARTERÍA PROFESIONAL N=3	PARTERÍA PROFESIONAL N=2
Presencia de meconio	(9/18) 39%	(5/7) 71%	(1/3) 33%	
Falta de líquido amniótico	(3/18) 13%			
Sangrado	(1/18) 4%		(1/3) 33%	(1/2) 50%
No tenía fuerza	(1/18) 4%		(1/3) 33%	
Anemia	(1/18) 4%			
Presión alta		(1/7) 14%		
No especificada	(2/18) 8%	(1/7) 14%		(1/2) 50%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS. A. C.

dir la ingesta de agua (66%, 6/9), maniobra de Kristeller (44%, 4/9) y uso de venoclisis (44%, 4/9). En el modelo de partería profesional, la más común fue presionar el abdomen para expulsar el producto (2/4). En el modelo de partería tradicional, las más frecuentes fueron: impedir la ingesta de agua (66%, 6/9), mantener incomoda a la paciente (55%, 5/9) y presionar el abdomen para expulsar el producto (55%, 5/9). La *tabla 5* muestra otros procedimientos utilizados en los diferentes modelos de partería.

Once de las 39 mujeres rurales (28%) pidieron parir en una determinada posición. Diez de ellas dijeron saber que podían pedirlo. Solo una mujer urbana pidió, sin saber que podía hacerlo, elegir la posición del parto. Nueve de 10 mujeres urbanas desconocían que podían pedir en qué posición parir. La posición de la mujer durante el parto en el medio urbano fue horizontal



en 58 por ciento de los casos (23/40), y vertical en 20 por ciento (8/40), ocho mujeres reportaron haber tenido otra posición, y una no dio esta información. En el medio urbano, nueve de las 10 mujeres parieron en posición vertical, una no respondió esa pregunta.

Seis mujeres, cuatro rurales y dos urbanas, dijeron haber buscado parir en otro lugar antes de ir al sitio donde parieron. Y una mujer rural reportó haber acudido a dos lugares antes de ir al sitio donde parió. Once de las 39 mujeres rurales (28%) hubiese preferido que otra persona atendiera su parto; los motivos fueron: porque las regañaron, por tener más confianza en otra persona, por haber recibido atención tardía o mala atención. En el medio urbano dos mujeres (20%) hubiesen preferido ser atendidas por otra persona; una porque la regañaron, y la otra por haber recibido atención tardía.

El tiempo transcurrido entre la llegada al primer sitio donde se buscó atender el parto y la finalización del parto o la cesárea fue, en promedio, de 9.1 horas en el medio rural y de 10.3 horas en el urbano. El tiempo que la mujer permaneció en el lugar de atención después del parto fue, en promedio, de 1.5 días en el medio rural, y de 0.9 días en el urbano. En ningún medio hubo una marcada preferencia: en el medio rural, 38 por ciento lo consideró mucho tiempo; 27 por ciento, poco tiempo, y 35 por ciento, suficiente. En el área urbana las cifras fueron de 24, 29 y 35 por ciento respectivamente.

De las mujeres rurales entrevistadas, 84 por ciento (38/45) consideraron que hubo privacidad en el lugar o la sala donde se atendió su último parto; porcentaje que fue menor entre las mujeres urbanas (53%, 9/17). La percepción de privacidad del lugar donde estuvieron en el posparto se redujo a 70 por ciento (31/45) y 35 por ciento (6/17) respectivamente. En cuanto al lugar donde se atendió el parto, 91 por ciento (41/45) de las mujeres rurales y 77 por ciento (13/17) de las urbanas lo consideraron comfortable. Sólo una mujer rural (2%. 1/45) se sintió maltratada durante el posparto, mientras que esta cifra fue de 12 por ciento (2/17) en el medio urbano.

**TABLA V. PROCEDIMIENTOS INNECESARIOS EN EL PARTO VAGINAL POR MODELO DE PARTERÍA, EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE GUERRERO**

PROCEDIMIENTO	INSTITUCIONAL PÚBLICO N=15	INSTITUCIONAL PRIVADO N=9	PARTERÍA PROFESIONAL N=4	PARTERÍA PROFESIONAL N=9
Le pusieron suero o venoclisis	(15/15) 100%	(4/9) 44%		(2/9) 22%
No la dejaron estar como mejor se sentía	(8/15) 53%	(3/9) 33%	(1/4) 25%	(5/9) 55%
Le rompieron la fuente	(1/15) 7%	(2/9) 22%		(2/9) 22%
Más de tres tactos vaginales	(5/15) 33%	(2/9) 22%	(1/4) 25%	
Le pusieron algo para apresurarlo	(6/15) 40%	(1/9) 11%	(1/4) 25%	(1/9) 11%
Pusieron una lavativa o enema	(3/15) 20%	(1/9) 11%		
La rasuraron	(2/15) 13%	(1/9) 11%		
No le dieron agua	(10/15) 67%	(6/9) 66%	(1/4) 25%	(6/9) 66%
Le presionaron el abdomen para que saliera el bebé	(5/15) 33%	(4/9) 44%	(2/4) 50%	(5/9) 55%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS. A. C.

## ***Discusión***

Las mujeres entrevistadas se seleccionaron por conveniencia, pero dada las características de los modelos que hay en el estado de Guerrero, hubo más mujeres del medio rural que del urbano. A nuestro parecer, esto ofrece un mejor panorama de la práctica profesional para la salud materna en estos

dos medios que tienen una marcada diferencia en su desarrollo. Los resultados sobre la escolaridad, el trabajo y la afiliación a la seguridad social entre otros, son compatibles con las diferencias esperadas entre las mujeres de los medios rural y urbano; generalmente, hay mayor proporción de mujeres con mayor escolaridad, trabajo remunerado y con cobertura de seguridad social en el medio urbano.

La encuesta se desarrolló en diferentes localidades. Un obstáculo del que nos percatamos una vez concluida la fase de recopilación de información fue nuestro sesgo profesional, por el que no incluimos los sentimientos; es decir que optamos por una entrevista neutral, lo que implica un cuestionario rígido que no permite profundizar en algunos aspectos relevantes. Debemos reconocer, sin embargo, que las habilidades del grupo se especializan en la investigación cuantitativa, lo que puede ser una ventaja, ya que complementa la investigación cualitativa desarrollada en otros estados.

Fue difícil encontrar mujeres que hubieran sido atendidas por parteras profesionales porque en el estado hay solo dos parteras profesionales contratadas, y otras están haciendo su servicio social. En algunas entrevistas en las comunidades indígenas hubo que contar con un traductor de la misma comunidad.

El cuestionario no consideró las variantes regionales de los conceptos y su adaptación en la entrevista fue complicada porque algunos términos del español no tienen traducción en la lengua indígena. El hecho de ser ajeno a la comunidad representa otra barrera cuando se trata de recabar respuestas muy personales, como las que abordan el tema de la sexualidad. Esto se refleja, por ejemplo, en el reporte de abortos: sólo cuatro de 42 mujeres rurales lo abordaron, mientras que entre las mujeres urbanas, casi la mitad lo abordaron. En este sentido, prevemos que hay sub-reporte de eventos que involucran la intimidad de las mujeres rurales.

En cuanto a los resultados sobre el IVSA y los promedios del número de embarazos, del número de partos vaginales y de cesáreas, y del número de hijos son compatibles con lo que esperábamos encontrar: IVSA más temprano y mayor número de embarazos e hijos en mujeres del área rural.

Todas las mujeres acudieron a los servicios de control prenatal, y la mayoría lo hicieron desde el primer trimestre del embarazo. En el medio

rural esto puede estar vinculado a la amplia cobertura del Seguro Popular (95%), aunque también podría ser efecto de la cobertura del programa de asistencia social Prospera, que demanda a las usuarias embarazadas que acudan al control prenatal. También podría deberse a que las mujeres entrevistadas viven en comunidades de fácil acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, una de las principales razones del uso de los servicios fue la cercanía a la casa de las usuarias.

Los resultados muestran que las mujeres rurales suelen acudir al control prenatal con un médico o con una partera tradicional; el promedio del número de consultas prenatales fue el mismo que en los servicios públicos, y mayor que en los servicios privados. En el medio urbano, en cambio, el promedio del número de consultas en los servicios particulares fue mayor que el de los servicios públicos o de las parteras.

Con relación a las complicaciones del embarazo, las hubo más entre las mujeres urbanas. Lucio *et al.* (2005) documentaron la asociación de las infecciones urinarias al parto prematuro. Llama la atención la frecuencia del reporte de infecciones urinarias, tanto en medio urbano como en el rural, así como de sangrado y amenaza o parto prematuro. Sin embargo, no se debe descartar la influencia en ello de las condiciones sociales de las mujeres rurales. Por ejemplo, una mujer entrevistada de Xalpitzáhuac, en el municipio de Atlixac, atribuyó el parto prematuro de su hija a que no había ingerido alimentos en un par de días.

La mayoría de las mujeres reportaron sentirse a gusto con la atención en el control prenatal, lo que contrasta con las quejas e inconformidades de la atención del parto, particularmente en las indígenas. Pensamos que esto podría deberse a que las usuarias perciban mayor decencia durante el control prenatal y que los procedimientos utilizados en la atención del parto atente al pudor de las mujeres.

En lo que toca a los modelos de partería para la atención del parto en el medio rural, llama la atención que casi 22 por ciento de las mujeres rurales no fueron asistidas por ninguno de los modelos de partería; en las comunidades indígenas la proporción de mujeres que atienden su parto solas o con algún familiar fue mayor. Entre las razones referidas están: la rapidez del trabajo de parto, que las dejó sin oportunidad de avisar a sus familiares o a

la partera y sin tiempo suficiente para llegar a los servicios de salud, y que el parto ocurrió en fin de semana y no se encontró al personal de salud en la comunidad. Otras comentaron que se atienden solas por falta de dinero para pagar, ya sea un transporte que las lleve a las unidades médicas o a la partera, a pesar de que a las parteras de las comunidades indígenas se les retribuye, la mayoría de las veces, en especie o menos de \$500.

El diseño del cuestionario utilizado en las entrevistas no buscó profundizar sobre las particularidades de la atención en población indígena. En las localidades indígenas de Guerrero, la necesidad de traductores fue preocupación expresada por las mujeres monolingües. Otro problema expresado por varias mujeres indígenas fue el horario de atención en las unidades de salud, debido a que no funcionan las 24 horas los 365 días del año. La burocracia de los servicios de salud y la relación laboral con sus trabajadores son difíciles de comprender por la población indígena. La partera, en cambio, suele estar disponible las 24 horas del día, y el tiempo de espera para recibir su atención es breve, comparado con el tiempo de espera en los servicios de salud y la ausencia de personal de salud fuera de las horas hábiles o en fines de semana y días festivos.

La frecuencia de los partos vaginales fue mayor en el medio rural, y el porcentaje de mujeres que se atendieron con partera (tradicional, 20 por ciento, profesional, 9 por ciento) permite estimar la importancia de estos agentes de cuidados de la salud en las comunidades rurales, principalmente en las indígenas. Según los datos expuestos, casi una de cada tres mujeres rurales se atendió con partera. En Guerrero hay unos 100 000 nacimientos al año, y los servicios públicos y privados, en su mayoría unidades hospitalarias, atienden a alrededor de 70 000 (Inegi, 2007). Las unidades de segundo nivel están saturadas de mujeres que necesitan atención obstétrica. Desde el punto de vista de la salud pública es muy costoso atender partos sin complicaciones en el segundo nivel. Esta es un área de oportunidad para vincular los servicios institucionales, sobre todo los públicos, con las parteras tradicionales.

La extinción de las parteras tradicionales va a dejar a muchas comunidades indígenas remotas sin recursos para atender la salud materna, por lo que es necesario que el estado de Guerrero aplique una estrategia para incrementar su número. Si bien hay una escuela pública para formar parte-

ras profesionales, las egresadas son pocas, por lo que cubrir las comunidades sin unidades de salud tomará mucho tiempo. Profesionalizar a las parteras puede no ser la solución en este tipo de comunidades, pues un requisito para ingresar a la escuela de partería profesional es tener estudios de secundaria completa y difícilmente una mujer proveniente de comunidades indígenas cuenta con esa educación. Por otro lado, las parteras profesionales cobran por atender un parto entre dos y tres mil pesos, lo que en el medio rural representa una barrera para el acceso a sus servicios, pues las mujeres indígenas no suelen disponer de esas cantidades.

Desde 2008, la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGRO) está impulsando, a través del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), un proyecto de formación de parteras tradicionales en el Municipio de Xochistlahuaca, mediante la enseñanza por parteras experimentadas. Dos de cuatro parteras tradicionales que participaron en el proyecto desde el principio ya fallecieron pero, por fortuna, las parteras que ellas formaron pudieron reemplazarlas. Este proyecto se extendió a Acatepec, otro municipio de numerosa población indígena. En la actualidad se están formando 17 parteras tradicionales con el mismo proceso empleado en Xochistlahuaca. Don Bernardino, por ejemplo, partero de la comunidad de Yerba Santa, Acatepec, tiene cincuenta años de ejercer la partería tradicional y está enseñándole la profesión a su nieta quien, a un año de estar en entrenamiento, ya atiende en su comunidad partos sin complicaciones. Consideramos necesario institucionalizar este tipo de esfuerzos para incrementar en número de personas que ejerzan la partería tradicional.

Según Pelcastre *et al.* (2005), la atención de la partera en las comunidades indígenas tiene beneficios adicionales, pues incluye una serie de elementos culturales, como la concepción del equilibrio frío-caliente para preservar la salud, la incorporación de la espiritualidad como elemento de protección, en la que se mezclan elementos de la religión católica con elementos indígenas de gran eficacia simbólica. La continuidad de la atención a lo largo del proceso reproductivo permite identificar complicaciones potenciales del embarazo o el parto, y referirlas de manera oportuna a los servicios de salud institucionales. El cobro muy bajo de sus servicios, a veces simbólico, es otra razón por la que su trabajo tiene demanda.

En las unidades de salud –particularmente en los hospitales– las mujeres tienen restricciones para elegir la posición para parir, así como para ser acompañadas por sus familiares o su partera. Perciben, además, el trato de los prestadores de servicios, como frío, discriminatorio y con claros eventos de maltrato, violencia obstétrica y violación de sus derechos sexuales y reproductivos; situaciones en las que subyacen relaciones de poder/subordinación entre el personal médico y las usuarias. Raquel, por ejemplo, una mujer indígena a quien le hicieron episiotomía en el hospital, al parecer con una técnica inadecuada, tenía secuelas tres meses después de haber parido. Ella declaró:

El doctor que me atendía estaba de vacaciones, él me checó al regresar de vacaciones, se enojó porque no me hicieron bien el trabajo [la episiotomía]. Cuando me ponía los óvulos, como a los tres días, me dolía mucho mi parte [vagina]; cuando yo tardaba parada me dolía mucho mi parte, entonces yo me chequé y le dije a mi esposo que me sentía mal, que sentía que algo me colgaba. Él me dijo que a lo mejor me pusieron el dispositivo, le dije que no, porque yo les dije que no me lo pusieran. Me daba pena que mi esposo me viera. Mi esposo me dijo: ‘te vamos a comprar un espejo, chécate bien’. Entonces me chequé y vi esa cosita que estaba por dentro que me estaba colgando, al momento de jalarlo me duele, era un pedazo de carne. Todavía me duele mi parte al estar parada o sentada.<sup>9</sup>

En algunas regiones de Guerrero, los servicios de salud son insuficientes para responder la demanda de atención obstétrica. En la práctica esta demanda excesiva se debe a la progresiva desaparición de los recursos de atención locales, como las parteras tradicionales, y a la percepción social de estas terapeutas propias de los pueblos indígenas que en muchos lugares han sido relegadas a cumplir funciones de promotoras de salud o detectoras de riesgos, y no se les permite hacerse responsables de la atención del parto.

El reporte de complicaciones según el tipo de modelo de partería utilizado muestra una menor frecuencia de complicaciones entre las mujeres

<sup>9</sup> Raquel, [entrevista por NMP], ama de casa, molestias durante el posparto, 2016, 5 de marzo, Guerrero, México.

atendidas por parteras. Este hallazgo coincide con los resultados de un estudio piloto<sup>10</sup> sobre la capacitación de parteras tradicionales por parteras experimentadas en comunidades indígenas. Atribuimos esta menor frecuencia a la identificación de los riesgos potenciales en el embarazo y el parto, y su referencia oportuna a los servicios de salud institucionales. Puesto que casi la mitad de las mujeres rurales reciben atención prenatal de los servicios institucionales y tradicionales, es plausible que la partera identifique y derive los partos complicados y atienda solo los partos sin complicaciones.

Los procedimientos innecesarios en la atención del parto sin complicaciones hallados en este estudio reflejan prácticas habituales en los distintos modelos de partería (Terán *et al.*, 2013). Es notorio entre las parteras tradicionales el uso de la venoclisis y de sustancias para apresurar el parto, lo que parece indicar que comienzan a medicalizar el parto. Y esto genera la duda sobre el uso correcto de sustancias para apresurar el parto debido a que hubo desgarro vaginal en uno de cada tres partos donde se utilizaron. Asimismo, llama la atención que muchos de los desgarros vaginales ocurrieron en mujeres que ya habían tenido un parto vaginal. Por otro lado, en todos los modelos de partería hubo presión del abdomen para expulsar al bebé. Sería necesario indagar si esta presión sobre el útero difiere en los distintos modelos de partería según sea la posición que la mujer adopte durante el parto.

## Conclusiones

Persiste la vulnerabilidad social de las mujeres rurales en comparación con las mujeres urbanas. Casi la mitad de mujeres rurales acuden a control prenatal con el médico y la partera, con igual número de consultas prenatales en promedio. Una de cada tres mujeres reportó haber tenido una infección

<sup>10</sup> El proyecto Supervivencia Neonatal, Seguridad Cultural y Partería Tradicional en Comunidades Indígenas del estado de Guerrero, México” fue un estudio piloto realizado de 2008 a 2012 en Xochistlahuaca, Guerrero. Los investigadores principales fueron: Neil Andersson, Ascencio Villegas Arrizón y Sergio Paredes Solís, del CIET.



urinaria durante el embarazo. Una de cada tres mujeres rurales que tuvieron parto vaginal fue atendida por una partera. La detección de complicaciones durante el parto fue mayor en el medio urbano. Hubo menor reporte de complicaciones durante el parto atendido en los modelos de partería tradicional y de partería profesional.

Los resultados sugieren que el uso de sustancias para apresurar el parto está implicado en la ocurrencia de desgarro vaginal. Los hallazgos reportados en este estudio sobre la frecuencia del uso de procedimientos innecesarios durante el parto, y su diferenciación entre los varios modelos de partería, parecen ser los primeros que se documentan en el estado de Guerrero.

## Recomendaciones

El quehacer de las parteras rurales de Guerrero debe reconocerse. El trabajo coordinado entre los servicios públicos y los de las parteras en las comunidades indígenas permitiría optimizar los recursos hospitalarios para la atención de los partos con riesgos potenciales, y disminuir la carga laboral de los partos sin complicaciones. Para mejorar la coordinación de los trabajadores del sector público de la salud y los terapeutas tradicionales es necesario capacitar a unos y otros en la interculturalidad, y hacerlos ver que sus diferencias se complementan en el cuidado de la salud materna. Además de formar parteras profesionales, el estado de Guerrero debe brindar más opciones para la formación de recursos humanos para la atención de la salud materna, sobre todo en las comunidades indígenas remotas. Esta iniciativa debe institucionalizarse para incrementar la cobertura de la partería tradicional.

Las recomendaciones puntuales de las usuarias para mejorar la atención del embarazo y el parto en las instituciones públicas son las siguientes:

### *Durante el embarazo*

- que se les brinde:
  - una atención rápida en las consultas de control prenatal, y que sea por una doctora

- información comprensible, en un lenguaje sencillo y sin tecnicismos
- más información sobre los cuidados del embarazo y el posparto, siendo más explícitos en sus recomendaciones
- una buena disposición para aclarar sus dudas
- un mejor seguimiento, asignando las consultas del control prenatal a la misma doctora, lo que evitaría dudas y favorecería la confianza
- la colaboración de un traductor en las zonas indígenas
- que se evite insistirles en el uso de métodos anticonceptivos
- que se fomente la atención y se reconozca la labor de las parteras tradicionales

### *Durante el parto*

- que se les brinde:
  - respeto a su cultura y a sus tradiciones
  - privacidad (algunos partos ocurrieron en la camilla, o en el cuarto de encamados, en presencia de otras personas)
  - la atención de una doctora (porque les da pena que las vea un hombre)
  - un trato amable y respetuoso
  - la posibilidad de que algún familiar las acompañe
- que se promueva su atención por parteras tradicionales
- evitar que:
  - les hagan episiotomía sin ser necesario
  - las obliguen a operarse para no tener más hijos, o les imponga algún método de planificación familiar
  - les hagan cesárea, porque eso les dificulta reincorporarse a sus actividades cotidianas





# Bibliografía

## BELLI, LAURA

- 2013 “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *Rev Redbioética/UNESCO*, año 4, 1 (7), pp. 25-34

## CALVARIO MARTÍNEZ, LETICIA Y GRANADOS MARTÍNEZ, ABRAHAM

- 2008 *Situación de las mujeres adultas mayores indígenas en México*, México, Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres en la Equidad de Género, Cámara de Diputados, LX Legislatura, consultado el 30 de agosto de 2016, disponible en <[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/ceameg/Inv\\_Finales\\_o8/DP2/2\\_8.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_o8/DP2/2_8.pdf)>.

## 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 Pucarani durante el primer semestre gestión*, tesis para obtener la especialidad en interculturalidad y salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

## 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.

## FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA

- 2015 *La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud* A. C. Centro de

Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Texto no publicado).

**GOLDMAN, NOREEN Y GLEI, DANA ANN**

- 2003 "Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala", *Social Science & Medicine*, 56(4), pp. 685-700.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)**

- 2007 "Estadísticas Demográficas. Cubos dinámicos 2007", consultado el 15 julio de 2016, disponible en <[www.inegi.org.mx/](http://www.inegi.org.mx/)>.  
 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>>.

**JASEN, PATRICIA**

- 1997 "Race, culture, and the colonization of childbirth in Northern Canada", *Social History of Medicine*, vol. 10, pp. 383-400

**LUCIO GONZÁLEZ, L.R. ET AL.**

- 2005 "Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino", *Prog Obstet Ginecol.*, vol. 48, pp. 373-378.

**MEJÍA SALAS, HÉCTOR**

- 2000 "Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura", *Rev. Soc. Bol. Ped.*, vol. 39, pp. 104-117.

**NATIONAL ABORIGINAL HEALTH ORGANIZATION (NAHO)**

- 2008 "Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educator", Ottawa, Canada.

**PELCASTRE, BLANCA, VILLEGAS, NORMA ET AL.**

- 2005 "Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México", *Rev Esc Enferm USP*, vol. 39, pp. 375-82.

**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL)**

- 2011 "Catálogo de localidades", consultado el 30 de septiembre de 2016, disponible en ><http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Loc-deMun.aspx?buscar=1&tipo=nombre&campo=loc&valor><.

TERÁN, PABLO, CARLOS, CASTELLANOS ET AL.

2013 “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”, *Rev. Obstet. Ginecol.*, vol. 73, pp. 171-180.

WALRAVEN, G. Y WEEKS, A.

1999 “The role of (traditional) birth attendants with midwifery skills in the reduction of maternal mortality”, *Tropical medicine & international health*, vol. 4, pp. 527-529.





## Referencias entrevistas

Raquel, [entrevista por NMP], ama de casa, Molestias durante el parto, 2016,  
5 de marzo, Guerrero, México

