

SOBREVIVENCIA NEONATAL, SEGURIDAD CULTURAL Y PARTERÍA TRADICIONAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO: UN ENSAYO POR CONGLOMERADOS ALEATORIZADO CONTROLADO

*Dr. Sergio Paredes-Solís¹
M. C. Abraham de Jesús-García²
L. A. Geovani Valtierra-Gil³*

1. Introducción

El Plan de Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 de México, establece como grupos de población prioritarios a los pueblos y comunidades indígenas. Enfatiza la asimetría entre la población indígena y no indígena cuyos índices de desarrollo humano se estiman en 0.7057 y 0.8304, respectivamente (PND, 2007, p202). Reconoce que los problemas de cobertura, calidad y falta de adecuación de los servicios de salud han impedido el descenso importante en las tasas de mortalidad materna e infantil en los grupos indígenas. Para reducir la muerte materna se plantea aplicar medidas preventivas incluyendo la vigilancia de factores de riesgo, ambiente adecuado al momento del, y acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.

La salud de las madres es el mayor determinante de la salud de sus hijos, e indirectamente afecta a la formación de capital humano. Además con la enfermedad o muerte de la mujer, la sociedad pierde un miembro cuya actividad y labor son esenciales para la vida y cohesión de familias y comunidades (WHO, 2005). Las madres tienen un rol central en la sociedad, transmiten la historia cultural de las familias y comunidades de acuerdo a las normas sociales y tradiciones. La relevancia de conservar la vida de las madres y los recién nacidos llevó a las Naciones Unidas a declarar, en la Cumbre del Milenio, a la salud materna e infantil entre los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio. El objetivo de salud materna tiene como meta de reducir dos terceras partes de las muertes maternas y lograr acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, de México, resalta que es necesario mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo, y aumentar la calidad y seguridad de la atención del parto para alcanzar la meta de mortalidad

¹ Profesor-investigador. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. Email: sparedes@ciet.org

² Alumno de la Maestría en Ciencias Médicas. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. Email: jndye@hotmail.com

³ Pasante de Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia., Email:natsjom@hotmail.com

materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (PNS, 2007). Admite que en zonas marginadas urbanas y rurales las mujeres tienen mayor riesgo de morir por problemas relacionados al embarazo o parto. Orienta que para evitar muertes maternas es necesario ampliar el acceso a atención médica de calidad y el traslado oportuno de los casos de embarazo o trabajo de parto complicado a unidades médicas especializadas. E identifica a Chiapas, Guerrero y Oaxaca como entidades federativas con mayor razón de mortalidad materna.

Las principales causas directas de la mortalidad materna, que contribuyen con más de dos terceras partes de la ocurrencia, son el choque hipovolémico por hemorragia, complicaciones asociadas con pre-eclampsia y eclampsia, y choque séptico. Las causas indirectas incluyen complicaciones asociadas con falla cardíaca, embolia y otras condiciones médicas (Romero-Gutiérrez, 2007). Hay intervenciones en salud efectivas para evitar la mayoría de las muertes maternas. Aunque requieren de unidades de salud con cierto grado de especialización y personal de salud debidamente capacitado (WHO, 2005).

Datos de 65 muertes maternas registradas en Guerrero, durante 2009, muestran que 57% de las muertes ocurrieron en unidades de salud públicas; 22% en el hogar; 18% durante el traslado a una unidad de salud y 3% en unidades de salud privadas (Secretaría de Salud de Guerrero, 2010). Sin una consideración profunda sobre las condiciones y situaciones exactas de cómo ocurrieron las muertes, parece evidente que es necesaria la capacitación del personal de salud en el manejo de las urgencias obstétricas, contar con un sistema de transporte eficaz, y la referencia oportuna de las embarazadas con potenciales complicaciones en el momento del parto. Tal como lo está planteando el Plan Nacional de Salud.

Dentro del marco de la campaña global de la ONU para reducir las muertes maternas, la revista especializada en temas de salud, *The Lancet*, publicó en 2005 y 2006 una serie de artículos sobre la supervivencia materna y de neonatos. En ellos se recomienda una estrategia de atención del parto en centros de salud, donde la proveedora principal es una partera profesional, altamente entrenada según criterios biomédicos, y apoyada por otros trabajadores profesionales (Campbell, 2006). Para la mayoría de las comunidades urbanas y de fácil acceso a los servicios de salud la modalidad clínica biomédica de atención al parto resultaría ideal. En cambio en localidades rurales en áreas remotas, con acceso limitado a los servicios de salud, la atención del parto requiere de estrategias diferentes. Algunas estrategias incluyen la atención por parteras profesionales en el hogar, por promotores de

salud, y por familiares o parteras tradicionales. Aunque reconocen ciertas contribuciones complementarias que puede brindar cada una de estas estrategias a la reducción de la mortalidad materna, los autores encuentran deficiencias serias en cada una de ellas.

Entre las décadas de 1970 y 1990 existió mucha expectativa de poder reducir la mortalidad materna y perinatal a través de la capacitación de parteras tradicionales. En los años '90 ocurrió una reacción en la dirección opuesta, hasta el punto que para muchos ya no cabe duda de que las parteras tradicionales, aun capacitadas, no pueden salvar las vidas de las mujeres efectivamente, porque no pueden tratar complicaciones y muchas veces no pueden derivar casos de emergencia al hospital (Carlough, 2005). En muchos países, sobre todo de Asia, es política oficial disminuir paulatinamente el rol de las parteras tradicionales a favor de "parteras profesionales" (Liljestrand, 2004). Esta política redujo la atención de partos en el domicilio por parteras no capacitadas de 62% en 1971 a 0.2% en 2007, en la provincia de Tamil Nadu, India. A pesar de esta cobertura la provincia tiene razón de mortalidad materna alta, 90 por 100 000 recién nacidos (Padmanaban, 2009). Éstas son parteras con por lo menos tres años de capacitación teórica y práctica después de más de 10 años de educación general. Con respecto a la utilización de parteras tradicionales como estrategia en los años '70, se consideró un fracaso. Hay argumentos que los montos invertidos en la implementación de estas estrategias se hubieran podido invertir mejor en la formación de parteras profesionales (WHO, 2005).

No todos los expertos comparten esta posición. Varios autores argumentan que en las localidades más pobres y más remotas, donde la mayoría de los partos siguen realizándose en el hogar, la estrategia de parteras profesionales no es práctica; las parteras tradicionales son en muchas ocasiones la única alternativa para la atención del parto asistido. En comunidades cercanas a áreas habitadas por población indígena, con acceso a servicios de salud, la mujer mantiene cierta preferencia por la atención del parto en su domicilio, con asistencia de parteras o familiares (Paredes, 2005). Aun si las parteras tradicionales no pueden manejar casos de eclampsia, parto obstruido o hemorragia antes del parto, son capaces de manejar otras complicaciones tales como hemorragias posparto, infecciones de la madre y problemas del neonato (Walraven, 1999; Kruske, 2004; Davis, 2005; Costello, 2004). Hay estudios sobre capacitación de parteras tradicionales en el uso de medicamentos como el misoprostol para el manejo de la hemorragia posparto (Walraven, 2005).

La norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, no regula la atención por parteras tradicionales (NOM-007-

SSA2, 1993), ni indica directrices para su capacitación. La formación de este recurso humano en las comunidades, particularmente indígenas, es un reto para los gobiernos y la sociedad. Al menos ocho artículos de los Derechos de los Pueblos Indígenas orientan sobre las posibles pautas y características de intervenciones educativas en grupos indígenas. Sobresalen el Artículo 8, que demanda que no deben sufrir la asimilación forzada o la destrucción de su cultura; el Artículo, 11 que indica que la capacitación debe incentivar a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales; y el Artículo 12 que mandata a los indígenas a establecer y controlar sus sistemas e instituciones docentes que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje (ONU, 2007).

El Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAG), en México, impulsa una iniciativa de investigación con intervención en localidades del municipio de Xochistlahuaca teniendo como referencias otras localidades del mismo municipio y del municipio de Tlacoachistlahuaca. El proyecto inició en febrero de 2008 y se pretende concluirlo a finales del 2011. La investigación tiene como premisas recuperar y reforzar el papel tradicional de la partera como una condición necesaria para la seguridad de la cultura amuzga en relación con el parto. Hay precaución en el entrenamiento de parteras tradicionales y no se involucra a personal biomédico, por respetuoso y sensible que sea, puede desprestigiar la autoridad y el estatus de la partera, y así amenazar la seguridad cultural. La intervención fomenta la transmisión de técnicas de partería de generación en generación incluye conocimientos y prácticas sagradas para la cultura, que se difunden a través de un proceso de aprendizaje del oficio entre las parteras y sus aprendices. La expectativa es que una vez que se establezca su papel y su autoridad, las parteras estarán más dispuestas a adaptar perspectivas biomédicas y tecnologías que crean útiles para cumplir su rol en el desarrollo de la comunidad. El objetivo central de la investigación es apoyar la partería tradicional y la formación de nuevas parteras sin socavar la cultura de atención tradicional, ni que su impacto sea inferior, en la seguridad del parto, que las modalidades atención convencional de otros programas de salud y documentar esta experiencia investigativa.

2. Material y métodos

Actividades de diseño de la línea de base

El proceso de investigación para establecer la línea de base del proyecto se inició realizando tres actividades importantes: 1) búsqueda de consensos y aprobación de las autoridades de salud, municipales, tradicionales y de una comisión de ética; 2) construcción y consolidación

del equipo de trabajo mediante la capacitación e intercambio de experiencias y saberes; y 3) construcción interdisciplinaria e intercultural de instrumentos cuantitativos y cualitativos para la línea de base del estudio sobre salud materna y perinatal.

Población estudiada

Entre abril y mayo de 2008 se aplicó una encuesta a mujeres en edad fértil, entre los 15 y 49 años de edad, que tuvieron un evento obstétrico en los últimos tres años; a sus esposos, madres o suegras; al personal de salud y parteras de la localidad, y a los transportistas del lugar. La línea de base se obtuvo de 20 localidades de cada municipio: Xochistlahuaca, que es el municipio de intervención, y de Tlacoachistlahuaca, que servirá de referencia mediante la demora de la intervención.

Los instrumentos

Los instrumentos de medición fueron elaborados conjuntamente por promotores de salud bilingües y los investigadores, quienes primero recolectaron información mediante entrevistas a la población objetivo. Se diseñaron y aplicaron cinco tipos de instrumentos: 1) cuestionario para mujeres con antecedentes de embarazo en los últimos tres años; 2) cuestionario para los esposos, suegras o madres de esas mujeres; 3) cuestionario para el trabajador de la salud responsable de la atención de las mujeres embarazadas en la comunidad y guía de observación de la infraestructura y recursos disponibles para la atención del parto; 4) cuestionario para transportistas de la comunidad, y 5) cuestionario y guía de entrevista para las parteras tradicionales.

Selección y capacitación de encuestadores

Además de contar con la participación de promotores de salud comunitarios que saben leer y escribir, se convocó y capacitó a estudiantes bilingües del nivel medio superior o egresados. La capacitación duró dos días, incluyendo pruebas piloto para estandarizar el procedimiento. Se integraron cuatro equipos, formados por cinco mujeres y cinco hombres cada uno, dirigidos por dos investigadores.

Procedimiento

En cada comunidad los investigadores explicaron a las autoridades locales los objetivos y solicitaron por escrito autorización para realizar el estudio. De cada comunidad se obtuvo un croquis para distribuir a los encuestadores por pareja, y visitar casa por casa partiendo del centro a la periferia. En cada lugar se visitó un promedio de 100 casas, algunas de las cuales estaban cerradas o no tenían mujeres con antecedentes de embarazo en los últimos tres años.

Entrada y análisis de datos

Se hizo doble captación y limpieza de los datos en el paquete estadístico Epi-Data. Un promotor de salud participó en este procedimiento, con la finalidad de mejorar sus capacidades en el proceso de investigación y que contribuya a la capacitación de los demás promotores. El análisis de la información se hizo con el programa CIETmap (17).

Los grupos focales

Después de haber analizado los datos de la encuesta, se realizaron grupos focales con tres objetivos: 1) entender las barreras ante intervenciones probadas como efectivas para la sobrevivencia de los neonatos, 2) fortalecer el rol de las parteras y 3) facilitar a las mujeres con complicaciones del parto el acceso a los servicios. Se hicieron dos grupos focales con mujeres y maridos en comunidades lejanas y dos en lugares más próximos a la cabecera municipal de cada municipio, y uno con parteras en cada tipo de comunidad.

Traducción de las entrevistas

Las entrevistas realizadas inicialmente y las grabaciones de los grupos focales fueron traducidas y transcritas al español, bajo la supervisión de un experto en lingüística del idioma amuzgo o mixteco.

Aspectos éticos

La confidencialidad fue particularmente importante debido al tópico de la investigación y la privacidad de los eventos que se reportaron en la encuesta. Para ello, las encuestas se aplicaron evitando que las mujeres fueran escuchadas por terceras personas. No se registraron los nombres de las personas entrevistadas, ni se solicitó la firma de ellas.

Hay el compromiso del CIET con las autoridades tradicionales indígenas de que la información que resulte del proyecto es propiedad de las comunidades indígenas y que su manejo y difusión será de común acuerdo con ellos.

3. Resultados de la línea base

La base de información

Se visitaron 2616 hogares, 1029 del Municipio de Tlacoachistlahuaca y 1587 de Xochistlahuaca. Fueron encuestadas 1723 mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un embarazo en los últimos tres años; 343 esposos, madres o suegras de la mujer; 66 parteras; 35 médicos o enfermeras y 42 transportistas.

En este avance de la investigación sólo reportamos los resultados relevantes de las encuestas a las mujeres en edad fértil, de las parteras tradicionales. Los cuales fueron la base principal para la implementación de la intervención.

Características de las mujeres

De las 1 733 mujeres encuestadas, con antecedente de embarazo en los últimos tres años, 768 pertenecían al municipio de Xochistlahuaca y 965 a Tlacoachistlahuaca. El 79.5% de las mujeres de Xochistlahuaca vivían en hogares en donde se comunicaban en amuzgo, 11.2% en donde hablaban en español y 8.5% lo hacían en mixteco; no obstante, 41.9% de ellas hablaba español. En cuanto a las mujeres de Tlacoachistlahuaca, 52.3% vivía en donde se comunicaban en mixteco, 24.1% en español y 23.5% en amuzgo; entre ellas, 50.7% podía hablar español.

Se observaron marcadas diferencias en el nivel socioeconómico de las mujeres de los dos municipios: más mujeres de Xochistlahuaca realizaban algún tipo de trabajo remunerado, tenían mayor escolaridad. De igual forma, las mujeres de Xochistlahuaca tenían mayor acceso a algún tipo de seguridad social, a la cartilla de salud de la mujer (cuadro 1).

Cuadro 1. Nivel socioeconómico y acceso a servicios básicos y de salud, encuesta a mujeres en edad fértil, municipios de Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, 2008

Municipio	Tlacoachistlahuaca		Xochistlahuaca		p
<i>Realiza trabajo remunerado</i>	310/951	32.6%	485/732	66.3%	<0.01
<i>Escolaridad de la mujer</i>					
No estudió	463/960	48.2%	241/757	31.8%	0.00004
1° a 3° de primaria	118/960	12.3%	122/757	16.1%	0.42
4° a 6° de primaria	190/960	19.8%	258/757	34.1%	<0.01
1° a 3° de secundaria	100/960	10.4%	88/757	11.6%	0.76
1° a 3° de preparatoria	60/960	6.3%	34/757	4.5%	0.77
1° a 5° de profesional	29/960	3.0%	14/757	1.8%	
<i>Seguridad Social</i>					
Ninguna	546/955	57.2%	153/753	20.3%	<0.01
Oportunidades	327/955	34.2%	412/753	54.7%	<0.01
Seguro popular	36/955	3.8%	76/753	10.1%	0.30
Oportunidades/Seguro Popular	26/955	2.7%	102/753	13.5%	0.29
IMSS/ISSSTE	20/955	2.1%	10/753	1.3%	
<i>Cartilla de salud de la mujer</i>	660/960	68.8%	693/752	92.2%	<0.01

Acceso a la atención prenatal

El 79.3% (1298/1637) recibió una o más atenciones prenatales con el médico. Las mujeres de Xochistlahuaca tuvieron más oportunidad de recibirlas (87.4%, 613/701), que las de

Tlacoachistlahuaca (75.4%, 685/909). Según el idioma que hablan en la casa, 96.2% (251/261) de las hablantes en español, 91.9% (699/761) de las que hablaban amuzgo y 58.3% (328/563) de las que hablaban mixteco tuvieron acceso cuando menos una atención prenatal.

Quienes no acudieron a la atención prenatal, lo hicieron por razones culturales, ya sea porque no les gusta recibir esa atención (35.5%, 111/312) o por pena (13.1, 57/312); por no haber servicios de salud en su localidad o estar muy distantes de su domicilio (18.9%, 59/312); por falta de dinero (9.9%, 31/312) o por carecer del programa Oportunidades (4.2%, 13/312), y por falta de tiempo (7.7%, 24/312).

Acceso a la atención prenatal adecuada

Conforme a la Norma Oficial Mexicana, recibieron atención prenatal adecuada (cinco o más consultas prenatales) el 47.8% (769/1610) de las mujeres. En este caso se hicieron mucho más evidentes las diferencias entre hablantes del amuzgo y español, con las del mixteco. Mientras 65.2% (496/761) de las primeras y 70.1% (183/261) de las segundas tuvieron cinco o más atenciones prenatales con médico, sólo las obtuvieron 14.0% (79/563) de las hablantes del mixteco en sus hogares.

Tanto en Xochistlahuaca como en Tlacoachistlahuaca el acceso a la atención prenatal adecuada estuvo ligada con la disponibilidad del servicio: vivir en una comunidad cercana a la cabecera municipal, tener seguridad social y disponer de centro de salud en la comunidad, así como con la escolaridad mayor a cuatro años. Entre mujeres que se comunican en amuzgo en sus hogares, una mujer que está adscrita a un centro de salud en donde controlan las asistencias a las pláticas estuvo asociada tres veces a la atención prenatal adecuada, comparada con otra a la que no les ponen falta. También se pudo observar que una mujer de Tlacoachistlahuaca que vive donde hablan mixteco tuvo 5.7 veces la oportunidad de recibir más de cinco atenciones prenatales, comparada con otra de Xochistlahuaca hablante de la misma lengua.

Acceso a la atención prenatal con partera

El 57.5% (938/1637) de las mujeres con embarazo en los últimos tres años acudieron una o más veces con la partera a control prenatal. En Xochistlahuaca 61.6% (444/720) acudieron y en Tlacoachistlahuaca el 53.8% (494/917). Entre las que fueron con la partera a control prenatal, al 77.7% (345/444) de las mujeres de Xochistlahuaca, y 60.3% (298/494) de las de Tlacoachistlahuaca ésta les recomendó que también acudieran al centro de salud para el control prenatal.

Acceso a la atención del parto

Más de la mitad de las mujeres tuvieron su parto en la casa (56.0%, 916/1636), el 30.0% (490/1619) fue atendida en el hospital, 7.2% (118/1636) en centro de salud, 5.5% (90/1636) en una clínica privada y 0.2% (4/1636) tuvo su parto en el trayecto de la casa al hospital. Sin embargo, se observó diferencia sobre el sitio de atención del parto en el hogar según la lengua que prefieren hablar en el hogar: 79.0% (445/563) de las que hablaban mixteco, 54.2% (424/782) de las que hablaban amuzgo y 13.6% (36/265) de quienes se comunicaban en español ($p= 0.000$, 2 GL).

Razones por las que fue atendido su parto en la casa o en unidades de salud

El 53.9% (493/915) de las que se atendieron en la casa se atendieron ahí porque así lo prefieren, 19.7% porque no les dio tiempo de atenderse en otro lugar, 18.6% por falta de recursos económicos y menor costo del parto en el hogar. En cambio, 30.7% (214/697) de quienes fueron atendidas en algún servicio de salud o en la medicina privada fueron llevadas ahí por los familiares, al 28.1% (197/697) le gusta atenderse en ese lugar, 24.7% (172/697) fue trasladada al hospital porque se puso grave y 8.5% (59/697) dijo que resultaba más económico y únicamente diez mujeres dieron como argumento que era más seguro atenderse en un hospital.

Atención del parto en la casa sin ayuda

Una de cada 20 mujeres (5.6%, 91/1637) se atendió sola el parto. Este porcentaje fue mayor entre mujeres en cuyo hogar se comunicaban en mixteco (10.8%, 61/563), que entre quienes hablaban en amuzgo (3.6%, 28/783), entre las mestizas solamente una tuvo su parto de esa manera (1/263). Considerando únicamente a las mujeres que tuvieron el parto en su casa (910 mujeres), 9.3% se atendió sola (85/910), 69.7% fue atendida por partera (638/910), 6.6% fue atendida por la mamá (60/910), 4.7% (43/910) por el esposo, 3.9% (36/910) por la suegra, 4.1% (37/910) por médico o por enfermera, y 1.2% (11/910) por otro familiar.

Atención del recién nacido en el hogar

Entre las mujeres cuyos partos fueron atendidos en la casa, en 46.8% (429/916) utilizaron tijeras para cortar el cordón umbilical, en 32.9% (301/916) usaron carrizo, en 15.2% se empleó navaja, en 3.1% cuchillo, y en ocho casos se utilizó machete. Para ligar el cordón umbilical emplearon hilo en 91.6% de los casos, en 3.2% un trapo y en 2.2% cordón. A 81.2% (744/916) de los niños no le pusieron antibiótico en los ojos al nacer.

Complicaciones del recién nacido

El 17.3% (276/1597) de los recién nacidos presentó algún tipo de complicación; no hubo diferencias significativas entre los hijos de madres hablantes de las diferentes lenguas. El 47.9% fue atendido por el médico, 18.8% por la partera, 9.3% no recibió atención, a 8.0% lo atendió un familiar, a 4.2% el curandero, a 2.2% el promotor de salud y 1% fue asistido por un vecino. Un niño que nació con alguna deformación tuvo más de dos veces el riesgo de sufrir complicaciones al nacimiento, referidas por la madre (ORns 2.15, IC95% 1.41-3.29). De igual forma, un niño cuya madre refirió complicaciones durante el embarazo tuvo cerca de dos veces el riesgo de también presentarlas al nacer (ORns 1.77, IC95% 1.36-2.29).

Mortalidad perinatal

Se obtuvo información de 129 defunciones de recién nacidos ocurridas en los últimos cinco años, en los hogares visitados, un promedio de 25 defunciones por año. Si la muestra incluyó a 1723 mujeres con embarazo en los últimos tres años, a cada año le corresponden 575 mujeres. Conforme a estos datos, siempre y cuando no existan variaciones anuales importantes de mortalidad perinatal y de embarazos, en el 2005 ocurrieron 43 defunciones por cada 1000 mujeres embarazadas: 48/1000 en Xochistlahuaca y 42/1000 en Tlacoachistlahuaca (en el 2005 la tasa de mortalidad perinatal en la República Mexicana fue de 7/1000 nacidos vivos).

Encuesta a parteras

La población incluyó a 31 parteras y a tres parteros del municipio de Tlacoachistlahuaca y a 32 parteras del municipio de Xochistlahuaca. El rango de edad de las parteras fue de 32 a 89 años con un promedio de 62 años.

Idioma

Entre las parteras de Tlacoachistlahuaca, 8/34 hablaban amuzgo, 19 hablaban mixteco, y siete, español. En Xochistlahuaca 27/32 hablaban amuzgo, cuatro el mixteco, y una español. Quince de las 34 parteras del primer municipio entendía el español, y sólo 9/32 de las parteras del otro municipio. Pero solamente lo hablaban 13/34 de Tlacoachistlahuaca y cuatro de Xochistlahuaca, y mucho menos de ellas sabía leer: seis y una partera, respectivamente.

Experiencia y formación.

El promedio de años de experiencia ejerciendo la partería fue de 20 años entre las de Tlacoachistlahuaca y 26 años entre las de Xochistlahuaca. Con relación a su formación

como parteras, 31/66 aprendieron solas el oficio; 13, de su mamá; ocho, de otra partera; seis, de otras personas (tía, amiga, papá, suegro, esposo); cinco, con el médico, y sólo una aprendió con su abuela.

Sólo hay cuatro parteras y un partero que fueron capacitadas(os) por personal de salud, no como parte de un programa sino más bien por la necesidad de tener un asistente calificado. Estas mujeres fueron entrenadas en una visión de la salud distinta a la de su pueblo, están capacitadas como una especie de técnico en atención de parto, saben reconocer las señales de alarma que nos preocupan dentro del esquema de atención de los servicios de salud sin embargo, este conocimiento ha propiciado que desconozcan o no le den importancia al tratamiento de los síndromes más comunes que se manejan en la medicina tradicional de su grupo étnico, como el espanto, antojo y el nahual entre otros.

Asistencia a cursos

Poco más de la mitad de las parteras ha asistido a cursos, en similar proporción en los dos municipios, pero con mayor número de cursos asistidos las de Xochistlahuaca (ocho cursos, en promedio) que las de Tlacoachistlahuaca (2.8 cursos). Los cursos de capacitación fueron posteriores a su formación práctica. La mayoría de las parteras que han asistido a cursos no identifican la institución que los impartió, sin embargo, entre las instituciones mencionadas se encuentra el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Mujer.

El trabajo de parto

Dos de cada tres parteras consideran normal que el trabajo de parto tarde entre una a cinco horas. El criterio de normalidad que tiene cada partera define la conducta a seguir ante un parto prolongado. Dos de cada tres refirieron que los partos prolongados los refieren al hospital o buscan ayuda con el médico, 8/66 hacen cristeler, 5/66 realizan maniobras externas y el resto utiliza diferentes recursos físicos y tratamientos con plantas medicinales. En este aspecto, como en muchos otros de la atención del parto, no hay un protocolo de atención establecido, las parteras mencionaron hasta tres posibles acciones y cada una va a estar en función de la valoración que ella haga de su paciente.

Complicaciones del parto

Las parteras utilizan todos los recursos que tienen a su alcance para atender a las mujeres que solicitan sus servicios, sin embargo hay casos en los que ellas reconocen que no es posible atender el parto en la casa. Cuando se preguntó las razones para no atender a la mujer en la casa mencionaron varias opciones que se pueden clasificar en dos grupos: problemas biomédicos y problemas asociados a la mujer. Entre los problemas biomédicos

las más mencionadas fueron: el parto prolongado, la distocia de presentación y el sangrado. Mientras que en las causas por las cuales se puede morir una mujer durante el parto el sangrado ocupa el primer lugar.

Una de las complicaciones que más preocupan a las parteras es cuando la placenta tarda más de lo esperado para ser expulsada. Para estos casos las parteras utilizan todos los medios que conocen para intentar sacarla, destacan los masajes externos al útero, el uso de infusiones de plantas medicinales y la extracción manual. Sólo diez de las 66 dijeron que es necesario enviar a la mujer al hospital en estos casos. Contrario a lo que sucede cuando la mujer presenta hemorragia abundante durante el parto o en el postparto, en cuyo caso la primera opción que identificaron las parteras fue el traslado al hospital. Esta conducta es similar ante la perspectiva de que la mujer presente fiebre durante los primeros días del puerperio, donde 24/66 de las parteras dijeron que era necesario enviarla con el médico, 14 dan remedios, siete usan pastillas, cinco utilizan el temazcal, y ocho dijeron no saber qué tratamiento dar.

Colaboración con el personal de salud

Siete de cada diez parteras de Tlacoachistlahuaca y nueve de cada diez de Xochistlahuaca manifestaron su disposición a colaborar con el personal de salud para que las mujeres embarazadas tuvieran mejor atención. En contraste, según la apreciación de las parteras, no veían la misma reciprocidad en el personal de salud, sólo 5/10 considera que el personal de salud aceptaría trabajar en colaboración con ellas.

De igual forma, 22/34 parteras de Tlacoachistlahuaca y 28/32 de Xochistlahuaca dijeron estar dispuestas a atender los partos en el centro de salud, pero no están muy convencidas de que las mujeres acepten tal propuesta (sólo 16/34 parteras del primer municipio y 22/32 del segundo municipio creen que las mujeres aceptarían).

Transferencia de conocimientos

Solo diez de las 34 parteras de Tlacoachistlahuaca y 8 de las 32 de Xochistlahuaca dijeron que le han enseñado a alguien lo que saben sobre la atención de las mujeres embarazadas, sin embargo, siete de cada 10 parteras del primer municipio y todas las del segundo manifestaron estar dispuestas a enseñarle a alguna persona que muestre interés por continuar con la labor que ellas desempeñan.

4. Establecimiento de la intervención

Para la mejor comprensión de las prácticas tradicionales en torno al nacimiento y el cuidado de los recién nacidos, y establecer el diálogo con las familias y las parteras tradicionales que facilitara el diseño de la intervención, después de levantar la línea de base, los resultados fueron discutidos en grupos focales de mujeres, de hombres y con parteras.

Fueron seleccionadas aleatoriamente cuatro parteras del municipio de Xochistlahuaca, cuyas áreas de trabajo se les denomina como de intervención. Habrá comparación de indicadores de atención prenatal y del parto entre las áreas de intervención y el resto de localidades del municipio y con el Municipio de Tlacoachistlahuaca. Si resulta una intervención exitosa, las mismas acciones se promoverán en las localidades de comparación. Así la ventaja que ofrecerá el proyecto es mostrar que el impacto en la seguridad del parto no es inferior que la atención brindada por otros programas de salud y que además preserva la cultura de salud de la población.

Fueron convocadas las parteras de las áreas seleccionadas y los gestores de salud, a una reunión para discutir colectivamente las necesidades de las primeras para enseñar a nuevas parteras tradicionales, y para definir los apoyos necesarios por parte de gestores de salud, la comunidad, los trabajadores de salud y los transportistas.

De manera introductoria, se dieron a conocer los objetivos de la reunión y se explicó a las parteras y a los promotores que se iniciará con ellos el programa y que posteriormente se incluirá a las parteras y promotores de las demás comunidades. Se hizo referencia a los compromisos manifestados por las autoridades de salud para apoyarlas y a la disposición del CIET para concretizar todos los estímulos que se requieran para el logro del objetivo.

Durante el primer contacto con las parteras, en forma individual a cada una se preguntó sobre sus necesidades para poder enseñar a otras mujeres. Sin embargo, ahora se consideró necesaria la discusión colectiva de tales requerimientos, tomando en cuenta que entre ellas existe identificación y trabajo en equipo.

Con base en los objetivos, se hizo una guía de discusión. Cuando fue necesario, por separado las parteras y los gestores discutieron entre ellos, y se enriquecieron los puntos de vista en reuniones plenarias, estableciendo los acuerdos por consenso.

La intervención está encaminada a realizar cinco grupos de actividades:

1. Apoyo material para cada una de las parteras identificadas en las zonas de intervención, con el fin de crear o mantener una 'escuela' de discípulas o aprendices a quienes ayudarán para que sigan la vocación de la partería.
2. Apoyo para las parteras, madres y recién nacidos, de parte de los promotores indígenas de la salud dentro de las áreas de intervención, lo cual consiste de: a) cuidado durante el embarazo; b) organización de grupos de madres embarazadas; c) contacto con el centro de salud local; d) facilitación de contacto entre embarazadas, parteras y centros de salud; e) organización de transporte en caso de emergencias obstétricas y neonatales; f) visitas posnatales tempranas para pesar a los recién nacidos y verificar su estado de salud.
3. Grupos de mujeres embarazadas para proveer apoyo mutuo en las zonas de intervención.
4. Organización de transporte público existente para asistir durante emergencias obstétricas y neonatales, sobre la base del reembolso de costos de combustible a través de cupones provistos por los promotores de salud indígenas.
5. *Las siguientes intervenciones se llevarán a cabo inmediatamente en todo el municipio y en el hospital regional cercano:*
 - a. Entrenamiento de los empleados del hospital y los centros de salud para ponerlos al día sobre el cuidado obstétrico y neonatal.
 - b. Entrenamiento intercultural de los empleados del hospital y los centros de salud.
 - c. Entrenamiento de traductores en el hospital y los centros de salud.
 - d. Provisión de espacio residencial para los parientes que acompañen a las madres indígenas al hospital regional en Ometepec.
 - e. Revisión de normas y pautas para responder a emergencias obstétricas y neonatales dentro de la comunidad indígena.

5. Estado actual de la investigación

Cuatro parteras indígenas están participando en el proyecto. Cada una de las parteras tiene personal en capacitación y que le apoya como promotor. En el caso de la partera en la Localidad 1, por el momento no tiene aprendices formales, aunque en la práctica las dos promotoras que colaboran como ella hacen las funciones de aprendices y como promotoras. Su situación deberá definirse a corto plazo.

Con respecto al apoyo solicitado, tres de las parteras solicitaron la construcción de una casa para la atención de las mujeres. La casa que se conoce como 'la casa de la partera', se construyó en el solar de las parteras. La razón de su construcción, entre otras, fue facilitar el

trabajo de la partera, debido a que todas son adultos mayores y ahora tienen más dificultad para trasladarse a las casas de las mujeres.

Cuadro 2. Número de aprendices, promotores, partos atendidos y mujeres en control prenatal en las comunidades de intervención del municipio de Xochistlahuaca

Comunidad*	Número de aprendices	Número de promotores	Partos atendidos	Mujeres en control prenatal
Localidad 1	No hay	Dos	11	14
Localidad 2	Una	Uno	8	12
Localidad 3	Dos	Uno	6	9
Localidad 4	Dos	Uno	8	10

*por consideración ética no se divulga el nombre de las comunidades.

El cuadro 2 presenta la información del personal participante en cada comunidad y algunos datos de la atención por parte de las parteras y aprendices. Hay una gran cantidad de información que requiere procesarse y será una actividad que debemos realizar a corto plazo. Se tiene contemplado la segunda encuesta, para medición de impacto, a finales de 2011.

6. Conclusiones preliminares

Los hallazgos basales indicaron que hay una preferencia para el parto en casa, aunque la gente está bastante dispuesta a colaborar con los servicios de salud siempre y cuando respeten a sus costumbres y preferencias. Por otra parte, hay evidencia que las decisiones de acudir a los servicios están influidas por los costos, las condiciones en los servicios de la salud y la distancia para acceder a ellos. La intervención pretende fortalecer la experiencia de los partos en casa y la enseñanza de la partería por parteras tradicionales a jóvenes de la misma comunidad contribuyendo al desarrollo y preservación de sus costumbres. Se vislumbra que es posible apoyar la partería sin socavar la cultura de atención tradicional ni que el impacto sea inferior del que producen otros programas de salud.

7. Bibliografía

Campbell OM & Graham WJ (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006, 368(9543):1284-1299.

Carlough M & McCall M (2005). Skilled birth attendance: what does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 May;89(2):200-8.

Organización de las Naciones Unidas (2007) Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Dirección de Derechos Indígenas de la CDI. La vigencia de los derechos indígenas en México. Primera edición, México Diciembre 2007.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Primera edición, México, 2008 ISBN 978-970-753-154-3

Costello A et al. (2004). Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ* 2004; 209:1166-8.

Davis JB, et al., (2005). An intervention involving traditional birth attendants in Pakistan. *New England Journal of Medicine* Vol 353(13)(pp 1417-1418), 2005, 29.

Kruske S & Barclay L (2004). Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2004;49:306-311.

Liljestrand J & Pathmanathan I (2004). Reducing maternal mortality: can we derive policy guidance from developing country experiences? *J Public Health Policy.* 2004;25(3-4):299-314.

Martines J, (2005) Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365: 1189–97.

Padmanaban P et al., (2009). Innovations and Challenges in Reducing Maternal Mortality in Tamil Nadu, India *J HEALTH POPUL NUTR* 2009 April;27(2):202-219

Paredes-Solís S et al., (2005). Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (2007). Presidencia de la República de México. Disponible en http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf.

Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007). Presidencia de la República de México. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud 2007. ISBN 978-970-721-414-9.

Romero-Gutiérrez Gustavo, et al., (2007) . Risk Factors of Maternal Death in Mexico. *BIRTH* 34:1 March 2007 21-25.

Salas Quintanal Hernán (2003). Desarrollo y grupos indígenas en México. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/pnud/seminario_2003/cdi_pnud_hernan_salas.pdf

Secretaria de Salud de Guerrero (2010). Mortalidad Materna. Situación Actual. Marzo 2010.

Secretaria de Salud, México. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud.

The Lancet (2006). Publicado en línea 28 de septiembre de 2006. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69385-9

World Health Organisation (2005). *The World Health Report 2005 – make every mother and child count*. Chapter 4, pp 70-73. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/en/>.

Walraven G & Weeks A (2004). Traditional birth attendants and the reduction of maternal mortality. *Tropical Medicine and International Health* 1999; 4(8):527-529. Kruske S, Barclay L. Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2004;49:306-311.

Walraven G et al., (2005). Misoprostol in the management of the third stage of labour in the home delivery setting in rural Gambia: a randomised controlled trial. BJOG. 2005 Sep;112(9):1277-83.