

# LA ATENCIÓN DEL PARTO POR LAS PARTERAS INDÍGENAS EN LOS MUNICIPIOS DE XOCHISTLAHUACA Y TLACOACHISTLAHUACA, GUERRERO

*Alba Meneses Rentería<sup>1</sup>  
Ascencio Villegas Arrizón<sup>2</sup>  
Dulce María Quintero Romero<sup>3</sup>*

## INTRODUCCIÓN

En las comunidades de Guerrero con predominio de población indígena el parto es atendido en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud a los que toda mujer debería tener acceso; una proporción de ellas prefiere la asistencia de la partera o la familia y algunas se enfrentan al transe de dar a luz solas. Aproximadamente cuatro de cada diez mujeres presentan complicaciones que ponen en riesgo su vida o la del producto, la sobrevivencia de estas mujeres esta relacionada con el acceso a la atención oportuna de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.<sup>1</sup>

En Guerrero la Secretaría de Salud tiene entre sus prioridades elevar la cobertura de partos atendidos por personal calificado sin embargo, los recursos con que cuenta son insuficientes, según el INEGI para el 2005 en el estado había un médico por cada 1000 habitantes y una cama de hospital por cada 2000.<sup>2</sup> En este contexto los sistemas de salud tradicionales representan, en algunos casos, la única oportunidad que tiene una mujer embarazada de recibir atención durante el proceso reproductivo. Las parteras amuzgas son un recurso local de salud muy valioso que brinda atención a las mujeres donde hay una menor cobertura y una mayor incidencia de morbi- mortalidad materna.

---

<sup>1</sup> Maestra en Ciencias Médicas. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. (744) 488 00 12 [alba\\_meneses@hotmail.com](mailto:alba_meneses@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. (744) 488 00 12 [villegasarrizon@hotmail.com](mailto:villegasarrizon@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doctora en Ciencias del Desarrollo Regional. Unidad de Ciencias de Desarrollo Regional, Universidad Autónoma de Guerrero. [dulcenic@yahoo.com.mx](mailto:dulcenic@yahoo.com.mx)

## **ANTECEDENTES**

La mortalidad materna en el mundo es el indicador de salud mas referido para identificar el desarrollo de un país. Mientras que en el mundo desarrollado una muerte materna es un acontecimiento raro, en los países en vías de desarrollo continúa siendo un problema de salud prioritario. Según estimaciones de la OMS a nivel mundial fallecen mas de 500 000 mujeres al año por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.<sup>3</sup> Por cada muerte materna se estima que otras 30 mujeres sufren alguna enfermedad o discapacidad crónica relacionada al proceso de reproducción. Una de cada 48 mujeres de los países en vías de desarrollo tiene riesgo de morir durante un embarazo, parto o puerperio muy por encima de la proporción en los países ricos donde el riesgo es de una entre 1800.<sup>4</sup> Estas muertes se presentan principalmente en los países pobres, siendo África y Asia los más afectados ya que ahí se presenta el 95% de muertes.<sup>3</sup> La muerte de una madre repercute en toda la familia y no solo moralmente. Los efectos incluyen un mayor empobrecimiento por los gastos que implica la defunción y la falta de un pilar fundamental en la economía familiar. La vida de los hijos que quedan huérfanos también se torna vulnerable, éstos tienen más riesgo de no recibir la atención ni educación necesaria. Muchas familias llegan a desintegrarse con la muerte de la madre por que el padre no puede hacerse cargo de los hijos y en ocasiones decide emigrar.<sup>5</sup>

En México, según datos oficiales, en el año 2001 se presentaron 1707 muertes de mujeres por causas relacionadas con los procesos reproductivos, como es de esperarse estas muertes se concentraron en los estados más pobres que son los estados del sur entre los que se encuentra el estado de Guerrero. Es importante hacer mención que esta cifra puede ser mucho mayor debido al subregistro que existe, especialmente en las zonas más marginadas como es el caso de las comunidades indígenas. Se estima que el subregistro en la mortalidad materna puede llegar a ser de un 40% en las zonas marginadas o con población indígena.<sup>1</sup>

En el estado de Guerrero, Gisela Espinoza (2003) hace una comparación de las tasas de mortalidad materna en los estados del sur comparados con la media nacional y se ve que en lugar de disminuir, la tasa para 1999 es de 7.0 por 100 mil nacidos vivos, mayor que la reportada en 1991 que fue de 5.4. No hay datos sobre las causas de este aumento el cual puede estar influido por una mejor calidad en el sistema de registro de los casos.<sup>6</sup>

Sin embargo lo que es dramático es el aumento en la tasa de mortalidad materna en zonas indígenas que es de 283 / 100 000 nacidos vivos, comparado con el promedio estatal de 70 / 100000 lo que eleva el riesgo de una mujer de morir de parto en las zonas indígenas hasta tres veces comparada con el promedio estatal.<sup>7</sup> Aún cuando estas cifras son alarmantes la realidad podría ser mucho más cruda si tomamos en cuenta que las mujeres que tienen mayor riesgo de morir son las de las comunidades más pobres y marginadas donde el sistema de registro no es el más adecuado. En Guerrero, se estima que el subregistro de muertes maternas es 27 %.<sup>6</sup>

Las principales causas de muerte materna son las hemorragias, infecciones puerperales y la enfermedad hipertensiva del embarazo.<sup>8</sup> Las causas de muerte materna pueden ser prevenibles, evitables o controlables con los conocimientos que tiene la biomedicina. Un buen acceso a los servicios de salud, la información adecuada y oportuna, y una mejor calidad de vida evitaría la mayoría de las muertes.

En México las muertes maternas están vinculadas a la calidad de la atención de las emergencias obstétricas por deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos de manejo ya que más del 80% de las mujeres que murieron tuvieron acceso a alguna unidad hospitalaria.<sup>9</sup> (Muñoz, 2008) Los factores que elevan el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio son comunes en las zonas indígenas de México, vivir en localidades pequeñas, con alta marginación, de difícil acceso, tener un nivel de escolaridad bajo o nulo, no ser derechohabiente de algún servicio de seguridad social y hablar un idioma distinto al español. Es por esto que el índice de mortalidad materna no sólo presenta un panorama sobre la salud de las mujeres en edad reproductiva, sino que constituye un reflejo de la desigual distribución de la riqueza de un país.

Los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca son de los más pobres de la región de la Costa Chica de Guerrero, con una población indígena de 64.5% y 76.3% respectivamente, una proporción de monolingüismo de 29% y 52%; y un índice de analfabetismo por arriba del 30%. El municipio de Tlacoachistlahuaca tiene 55 comunidades, cuenta con siete centros de salud y un hospital básico comunitario, en Xochistlahuaca hay seis centros de salud y un hospital básico para atender 103 comunidades. La dispersión de las localidades y el poco personal con que cuentan los servicios de salud hace matemáticamente imposible que se alcancen las metas de cobertura en la atención de las

mujeres embarazadas. En este contexto el sistema de salud tradicional representa la primer opción, y a veces la única, de atención para las mujeres gestantes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el papel de la partera indígena en la atención de mujeres embarazadas en los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Medir la cobertura de atención de parto que alcanzan las parteras indígenas en los municipios de estudio.

Identificar el tipo de atención que brindan las parteras a las mujeres embarazadas.

Conocer en que casos deciden las parteras enviar a una mujer para que sea atendida en algún medio hospitalario.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio transversal que servirá como línea de base para un estudio de intervención, en 20 comunidades representativas de cada municipio.

La selección de las comunidades se realizó en dos etapas. En la primera etapa se estratificó por grupo étnico y acceso a los servicios y en la segunda se realizó una selección aleatoria de las comunidades mediante un sorteo. Para diseñar los instrumentos de medición se realizaron entrevistas a mujeres, esposos, abuelas, parteras y personal de salud, los datos recabados sirvieron para elaborar los reactivos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

La población incluida en el estudio fueron mujeres en edad fértil que cursaron con un evento obstétrico en los últimos tres años y las parteras que las asistieron durante ese embarazo. La recolección de los datos se realizó entre los meses de abril y mayo del 2008, la aplicación de la encuesta se llevo a cabo durante un día por cada comunidad.

Los instrumentos de medición fueron validados con la ayuda de promotores de salud de las comunidades, los cuales discutieron la traducción y pertinencia de las preguntas. Para asegurar la comprensión de cada reactivo se realizaron pruebas piloto en comunidades que no estuvieran incluidas en la muestra. En la aplicación de la encuesta participaron los promotores de salud y estudiantes bilingües o egresados del nivel medio superior.

En las localidades seleccionadas se explicó a las autoridades los objetivos del proyecto y se solicitó autorización para realizar el estudio. En cada comunidad se realizó un barrido casa

por casa para encuestar a las mujeres con antecedentes de embarazo. De la encuesta a los hogares se obtuvo una lista de las mujeres que estaban o estuvieron atendiendo a las embarazadas, de este listado se seleccionaron únicamente aquellas que la comunidad reconocía como parteras, dejando de lado las que estuvieran referidas como parteras ocasionales como es el caso de los familiares que ante la falta de otra persona ayudan a la mujer durante el parto.

La encuesta a las parteras se realizó en una segunda visita, se buscó a las parteras en su localidad de residencia, aún cuando no fuera una comunidad seleccionada en la muestra.

Todas las mujeres incluidas en el estudio fueron encuestadas por entrevistadoras de su mismo sexo para facilitar la comunicación y confianza de la entrevistada.

A las participantes se les informó de los objetivos del estudio y se les solicitó de manera verbal su consentimiento. La participación fue voluntaria y anónima. En los casos donde la entrevistada se encontraba embarazada se le solicitaba su anuencia para incluir su nombre en una lista de registro de embarazadas que el centro de salud o los promotores realizaran el control y seguimiento de su gestación.

Para asegurar la calidad de la información se realizó una doble captura y limpieza de datos utilizando el paquete estadístico Epi-Data. El análisis se realizó con CIETmap. Para responder los objetivos de éste trabajo únicamente se realizaron frecuencias simples por municipio.

## **RESULTADOS**

### **Encuesta a mujeres**

Se visitaron 2616 hogares, se encuestaron 1723 mujeres que habían cursado con un embarazo en los últimos tres años y a 66 parteras. De las mujeres entrevistadas, 768 son del municipio de Xochistlahuaca y 965 de Tlacoachistlahuaca. El 79.5% de las mujeres de Xochistlahuaca vivían en hogares donde se habla amuzgo, 11.2% en donde hablaban español y 8.5% mixteco; 41.9% de éstas mujeres pueden hablar en español, además de su lengua materna. En Tlacoachistlahuaca, 52.3% vivía en hogares donde hablan mixteco, 24.1% en español y 23.5% en amuzgo; entre ellas, 50.7% también podía hablar español.

### **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 a control prenatal con la partera. 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 en servicios de salud**

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 una diferencia en la frecuencia de atención del parto en el hogar según la lengua que hablan en la casa: 79.0% (445/563) entre las mujeres 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).

### **Atención del parto en la casa sin ayuda**

Una de cada 20 mujeres (5.6%, 91/1637) tuvo su parto sin ayuda. Este porcentaje fue mayor entre las mujeres que hablaban 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.

### **Intención de uso de los servicios de salud para la atención del próximo parto**

El 67.0% de las mujeres dijeron estar dispuestas a atender su próximo parto en un hospital o en el centro de salud, 30.7% dijo que no, y 2.3% contestó que no sabe.

### **Encuesta a parteras**

Se incluyeron a 31 parteras y a tres parteros del municipio de Tlacoachistlahuaca y a 32 parteras en el municipio de Xochistlahuaca.

### **Atención preantatal**

Diecinueve de 34 parteras de Tlacoachistlahuaca y 25/32 en Xochistlahuaca recomiendan a la embarazada que coma más o en igual cantidad. Tres parteras en cada municipio no incluyen recomendaciones sobre la alimentación durante el embarazo. Con relación al

trabajo físico, ocho de cada diez parteras recomiendan trabajar menos durante el embarazo. Ocho de cada diez recomiendan que la embarazada también acuda al centro de salud para el control de su embarazo.

### **Problemas durante el embarazo**

Los problemas del embarazo que más atienden las parteras están relacionados a la mala posición del producto y las molestias que sufre la mujer por esta causa (45/66). Otro grupo de problemas son las molestias propias del primer trimestre del embarazo (28/66) y los signos y síntomas asociados a complicaciones del embarazo (28/66). Cuatro mencionaron entidades asociadas a la cultura y cuatro refirieron a la violencia física durante el embarazo. Dos parteras dijeron que solo atienden el parto.

### **Señales de peligro del embarazo**

Entre las señales que identifican como peligrosas durante el embarazo el primer lugar lo ocupa el sangrado transvaginal (37/66), seguida por el edema de miembros inferiores (26/66), cefalea (15/66) y la ausencia de movimientos fetales (15/66). En cuanto al edema de los pies, ocho de cada diez consideran que no es peligroso que permanezcan los pies en ese estado, y que el problema desaparece después del parto sin necesidad de un tratamiento. Sólo 20/66 parteras refieren a la mujer con un médico cuando tiene edema de los pies, la mayoría intenta solucionar el problema lavando los pies con agua tibia y plantas medicinales o acomodando el producto para aliviar la compresión que produce en los miembros inferiores, entre otras opciones. Cuando una mujer presenta edema, cefalea y crisis convulsivas, seis de cada diez le recomiendan que acuda al médico.

### **Acomodar al producto de la concepción**

Esta es una de las prácticas más importantes de las parteras y su principal motivo de consulta. Sólo cinco parteras respondieron que no intentan corregir la posición del producto en el vientre materno o que no les ha tocado un caso. Esta práctica, según los datos de la encuesta se realiza, principalmente, en el último trimestre del embarazo.

### **Atención del parto**

Atención de una mujer con cesárea previa

Diecinueve de 34 parteras de Tlacoachistlahuaca y una de cada cuatro de Xochistlahuaca consideran que es posible tener un parto vaginal después de haber tenido una cesárea. Sin

embargo, no todas atienden ese tipo de partos 13/34 de Tlacoachistlahuaca y 19/32 de Xochistlahuaca prefieren enviarlas al hospital.

### **Que usa para ayudar a que nazca**

Sólo cuatro parteras dijeron utilizar oxitocina para ayudar a que el parto sea más rápido y dos mencionaron que ponen una inyección sin especificar el nombre. Las demás parteras usan distintos remedios caseros entre los que cuales el te ocupa el primer lugar en ambos municipios.

### **Duración del 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 presión sobre el abdomen, 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.

### **Atención del recién nacido**

#### **Respiración**

En la atención del recién nacido es de vital importancia que el niño(a) respire inmediatamente, para lograrlo 26/66 limpian las flemas al bebé, 17 le soplan en la cara o en la nariz, 13 le dan golpecitos en la espalda o en el pecho, cinco lo ponen de cabeza, tres le dan aceite de coraje, y las demás mencionaron otras maniobras como rociarle agua en la cara, pegarle en los pies, poner alcohol, darle una nalgada, entre otras. Cuando se preguntó que hacen si tarda en respirar la respuesta más frecuente fue darle aire en la boca y/o nariz (28/66). Al parecer no se identifica una diferencia entre los cuidados normales para estimular la respiración del niño y la atención a un niño que nació deprimido. En ambas preguntas la mayoría de las opciones de respuesta están encaminadas a limpiar las vías respiratorias para evitar cualquier obstrucción y estimular al niño de diversas formas a fin de despertar el reflejo del llanto y por consecuencia, la respiración.



### **Cordón umbilical**

Veintinueve parteras utilizan tijeras, 21 usan navaja y 15 cortan el cordón umbilical con carrizo; sólo una mencionó usar un chuchillo. Aunque la mayoría de las parteras utiliza un instrumento adecuado para cortar el cordón umbilical, no hay datos sobre la limpieza y desinfección de los mismos. Ocho de cada diez usan algún tipo de hilo para amarrar el cordón umbilical después de cortarlo. Con relación al cuidado que recomienda a las madres deban tener con el ombligo del recién nacido hay una diversidad de posibilidades y cada partera manifestó varias alternativas entre las que se encuentran el lavado; uso de sustancias antisépticas como alcohol, mertiholate e isodine; remedios tradicionales, entre los que destaca el fajar a los niños y evitar que lloren mucho. Las acciones como el fajado de los niños y evitar el llanto intenso las recomiendan las parteras para disminuir la posibilidad de que se forme una hernia umbilical en el recién nacido.

### **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 (cuadro 1) 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 (cuadro 2) el sangrado ocupa el primer lugar.

**Cuadro 1. Complicaciones obstétricas que ameritan atención hospitalaria. Opinión de las parteras de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, Guerrero, 2008.**

		Tlacoachis	Xochis	Total
Problemas biomédicos	No puede nacer	13	10	23
	Producto atravesado	7	9	16
	Sangrado	7	8	15
	No se mueve el BB	3	2	5
	Mujer con ataques	3	1	4
	Placenta por delante	0	4	4
	Edema de pies	0	3	3

	Otros: Cefalea intensa, Edema general, Calambres, Convulsiones, Presión alta, Dolor de estomago, Mareos.	7	3	10
Problemas asociados a la mujer	No quiere pujar, Tiene miedo, Mujer débil, Sangre débil, No come, Primigesta, estrecha.	6	4	10
	No las manda	0	1	1
	No sabe	0	1	1
	Sin información	6	3	9

\*no suma 66 por que hubo hasta cinco opciones de respuesta

Cuadro 2. Complicaciones obstétricas que pueden ocasionar defunción materna, opinión de las parteras de los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, 2008.

		Tlacoachis	Xochis	Total
Problemas biomédicos	Sangrado	7	17	24
	No nace el BB	11	8	19
	Retención de placenta	6	4	10
	Otros: Ataques, ruptura prematura de membranas, calambres, fiebre, complicaciones de parto, cefalea, edema, dolor, parto prematuro, les quitan pronto la placenta, parto gemelar, distocia, aborto.	5	12	17
Problemas de la mujer	No aguanta la mujer, sangre débil, vergüenza, miedo, no se esfuerza.	1	4	5
Síndromes de filiación cultural	Espanto, coraje, brujería, susto, antojo, latido.	6	7	13
Otros	El marido es celoso, no la deja atender	1	0	1
	Golpes	2	0	2
	No sabe	5	1	6
	Sin información	2	0	2

\*no suma 66 por que hubo hasta tres opciones de respuesta

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 (Cuadro 3). Sólo diez 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 (Cuadro 4). 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.

Cuadro 3. Recursos terapéuticos que usan las parteras para tratar la retención de placenta, en los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, 2008.

	Tlacoachis	Xochis	Total
Masaje en el estomago	5	16	21
Dar te	7	10	17
Sacarla con la mano	6	8	14
Mandarla al hospital	8	2	10
Provocar el vomito	7	2	9
Esperar	3	4	7
Jalarla	4	4	8
Aceite de "coraje"	2	3	5
Otros: Plantas medicinales, Que se ponga de pie, Mover la placenta, Baño con agua tibia, Baño con hierbabuena, Hierba santa, Epazote con sal, Nopal molido, Agua con azúcar	3	8	11
Inyección	1	0	1
No sabe	1	0	1
Sin información	1	1	2

\*no suma 66 por que hubo hasta tres opciones de respuesta

Cuadro 4. Tratamiento que dan las parteras para la hemorragia postparto, en los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, 2008.

	Tlacoachis	Xochis	Total
Mandarla al hospital	11	9	20
Ponerle una inyección	4	10	14
Poner suero	3	2	5
Llamar al médico	4	0	4
Oxitocina	1	0	1
Dar te	5	9	14
Amarrar la cintura	3	1	4
Otros: Agua tibia c/ sal, Masaje, Que le rece el curandero, darle pecho al niño, Temazcal, Agua con hojas de limón, Hierba santa, Ponerle trapos, Aguardiente con sal, Remedios caseros, Tomar agua caliente	7	7	14
Nada	1	0	1
No sabe	0	2	2
Sin información	1	0	1

\*no suma 66 por que hubo hasta tres opciones de respuesta

### Traslado de una mujer con parto complicado

Uno de los factores que influyen en la atención oportuna de una mujer con un parto complicado es el traslado desde su comunidad de origen al hospital más cercano y en esta situación, la indicación de la partera no es la única que cuenta. 50/66 dijeron que las mujeres aceptan ser trasladadas, nueve parteras dijeron que no aceptan y cuatro respondieron que a veces aceptan. Sin embargo en esta situación la opinión de los familiares también es importante, 53/66 parteras dijeron que los familiares aceptan cuando se les informa que es necesario trasladar a la mujer, seis dijeron que no aceptan y cinco respondieron que a veces.

Trece de las 34 parteras de Tlacoachistlahuaca y 18/32 de las de Xochistlahuaca dijeron que era difícil trasladar a una mujer en trabajo de parto desde su comunidad hasta un hospital. El traslado de una mujer se dificulta por problemas geográficos, falta de transporte y costo del traslado. Algunas parteras (12/34 de Tlacoachis y 13/32 de Xochis) dijeron que existe algún tipo de ayuda en la comunidad para emergencias obstétricas. Una de cada dos parteras ha acompañado a alguna embarazada al hospital, con hemorragia o por parto prolongado, entre otras complicaciones.

La participación de una partera en el traslado de una embarazada con parto complicado es un apoyo muy importante para la mujer y su familia y, por otra parte representa una valiosa oportunidad de establecer una relación de colaboración entre las instituciones y las parteras tradicionales. Entre las parteras que han acompañado a una mujer al hospital 19/34 dijeron que los médicos les preguntaron sobre lo que le había pasado a la embarazada, aunque cabe la posibilidad de que las preguntas fueran como parte de un interrogatorio normal a un familiar. Siete de cada diez parteras se sintieron bien tratadas en el hospital, aunque cabe la posibilidad de que se este confundiendo el trato amable que se debe tener con los familiares y no de un trato diferenciado o una atención especial hacia las parteras.

A pesar de todos los inconvenientes que representa para una partera acompañar a una embarazada en trabajo de parto hasta el hospital, siete de cada diez entrevistadas dijeron estar dispuestas a hacerlo si fuera necesario.

85% de las parteras, (73.5% en Tlacoachis y 97% en Xochistlahuaca) mencionó que aconseja a los familiares sobre la necesidad de prevenirse para el caso que hubiera complicaciones obstétricas. Sin embargo, en algunas entrevistas se apreció que esta previsión únicamente es de tipo económico y no de logística.

### **Duración de la atención de la partera**

El tiempo en que una partera atiende a la mujer después del parto es variable, algunas únicamente es durante el día del parto, otras las visitan los primeros días; en este lapso las parteras se encargan de bañar a la mujer y a su hijo, lavar la ropa que se utilizó durante el parto y algunas incluso le preparan la comida. En este estudio, la mitad de las parteras dijo que atiende a la mujer entre uno a tres días.

### **Costo de la atención**

Se preguntó a las parteras cuánto cobraban por atender el parto de un niño y de una niña; el costo promedio del primero fue de \$89.00, mientras que por el parto de una niña el costo promedio fue de \$71.30. Sin embargo, estos resultados pueden ser diferentes porque hay una gran cantidad de datos faltantes.

### **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

hay la misma disposición 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 Tlacoachis y 28/32 de Xochis 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 municipio de Tlacoachis y 22/32 del municipio de Xochis creen que las mujeres aceptarían.

## **DISCUSIÓN**

Más de la mitad de las mujeres embarazadas de los municipios de estudio acudieron con la partera para el cuidado del embarazo y / o el parto. Las parteras tradicionales eventualmente son la primera opción, y en algunos casos la única, de atención para las mujeres de comunidades rurales con una alta presencia indígena. En las zonas indígenas la partera tradicional ha aprendido a coexistir en su práctica diaria con los servicios de salud y, aún cuando sigue atendiendo a las mujeres según la experiencia y tradición de su pueblo, ha incorporado dentro de su terapéutica el uso de algunos fármacos y la recomendación de que acudan al centro de salud para el control prenatal . La forma como se mueven entre dos concepciones de salud diferentes se refleja en los distintos diagnósticos y tratamientos que manejan.

Acomodar al producto de la concepción es una de las prácticas más importantes de las parteras y su principal motivo de consulta, esta es una atención exclusiva de ellas y que hace una diferencia importante entre el trato impersonal de los médicos y la relación que surge entre la embarazada y su partera. Una de las preocupaciones en relación a la atención de la partera es el manejo de las emergencias, en este estudio se encontró que la mayoría de las parteras identifican las principales señales de peligro del embarazo y las principales causas de muerte materna. Sin embargo se encontraron diferencias en el reconocimiento de las señales de la enfermedad hipertensiva del embarazo en especial con el edema de miembros inferiores, sería necesario un estudio más detallado sobre este tema.

Sobre la decisión de derivar a una mujer en casos de urgencia están bien identificadas las causas, en la mayoría de los casos, sin embargo, se debe profundizar sobre este aspecto para identificar en que momento se toma la decisión de enviar a la mujer a un servicio médico, cuáles son los parámetros para decidir que una mujer debe ser trasladada y otra no y cuanto tiempo transcurre desde que la partera identifica que un embarazo no se puede

resolver en la comunidad y que se inicia el traslado. Llevar a una mujer con un trabajo de parto complicado desde una comunidad remota hasta un hospital donde pueda ser atendida no depende únicamente del diagnóstico o la decisión de la partera. En estos casos la opinión de la pareja, la familia, la disponibilidad de transporte, los recursos económicos e incluso el horario de ocurrencia del evento juegan un papel fundamental. En este contexto la participación de una partera en el traslado de la embarazada es un apoyo muy importante para la mujer y su familia. La asistencia de la partera en el traslado de una embarazada representa una valiosa oportunidad de establecer una relación de colaboración entre las instituciones y las parteras tradicionales, oportunidad que al parecer no se está aprovechando. Las parteras entrevistadas mencionaron que al llegar al servicio médico les preguntaron sobre la paciente que acompañaban, aunque cabe la posibilidad de que las preguntas fueran solo parte del interrogatorio familiar y no un diálogo de pares.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Daniela Díaz, Dora Sánchez-Hidalgo, Graciela Freyermuth, Martha Aída Castañeda. *Mortalidad materna: un problema sin resolver*. México, 2002
2. INEGI. Principales indicadores de recursos humanos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2002 a 2005.  
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal20&c=6097&e=12>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna - actualización 2004. *El parto en buenas manos*.
4. Daniela Díaz, Dora Sánchez-Hidalgo, Graciela Freyermuth, Martha Aída Castañeda. *La mortalidad materna: un problema sin resolver*. México, 2002
5. Inter-Agency Group for Safe Motherhood. *La salud materna: una inversión socioeconómica vital*. Consultado en línea.  
[http://www.safemotherhood.org/facts\\_and\\_figures/spanish/s\\_good\\_maternal\\_health.htm](http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_good_maternal_health.htm)
6. Gisela Espinosa Damián. Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas. En: Daniela Díaz, Martha Castañeda, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth y Dora Sánchez. *Mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*, Fundar Centro de Análisis, UAM-Xochimilco, K'inal Anzetik y Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas. 2003.

7. El Universal. Mortalidad materna. Una vergüenza. Publicado el 18 de mayo del 2003. consultado en la revista electrónica ddeser.
8. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2005. p152.
9. Muñoz R. La mortalidad Materna en México. Ponencia presentada en el Seminario: Reducción de la mortalidad materna. Intervenciones médicas y acciones sociales. México, julio 2008.