

22
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**LAS PARTERAS CAPACITADAS EN SALUD
REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL, DESDE UNA PERSPECTIVA
SOCIOLOGICA: DELEGACIONES PUEBLA Y
VERACRUZ SUR, 1996.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
SILVIA ESPERANZA JIMENEZ GARCIA**



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO 1. ANTECEDENTES	11
1.1 El "éxito" del Programa de Planificación Familiar en México	14
1.2 Las parteras en México	18
1.3 Programa de parteras capacitadas por el IMSS, 1974 a 1996	20
CAPITULO 2. PARTERAS CAPACITADAS EN LAS DELEGACIONES DE PUEBLA Y VERACRUZ SUR	24
2.1 Estudio sobre la participación de las parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva	25
2.1.1 Metodología del estudio	25
2.2 Principales resultados	27
2.2.1 Características socioeconómicas	27
2.2.2 Aprendizaje de la atención del parto	30
2.2.3 Experiencia como partera	32
2.2.4 Capacitación en el IMSS	34

CAPITULO 3. ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PARTERAS DE PUEBLA Y VERACRUZ SUR	38
3.1 Atención materno infantil	38
3.2 Planificación Familiar	44
3.3 Características generales del área física de atención	47
3.4 Las parteras: entre la utilización de la medicina tradicional y la moderna	49
CAPITULO 4. ¿OFICIO QUE TIENDE A DESAPARECER?	53
CONCLUSIONES	58
ANEXO 1	63
ANEXO 2	64
BIBLIOGRAFIA	65

DEDICATORIA

A mis padres: Tina y Adolfo (q.e.p.d), quienes me apoyaron incondicionalmente desde que nací hasta que partieron.

Se, que donde quiera que se encuentren, siempre están junto a mí.

A Luis Alberto, mi esposo y amigo, quien todos los días me brinda su amor, así como su apoyo para mi desarrollo profesional.

A mis hermanos: Lucero, Tavo y Chabe, quienes me han enseñado lo que significa la superación personal.

A mis sobrinos: Didier Adolfo, Alejandro, Víctor Rubén, Jade Coatlicue y Didier Nahum, porque en ellos está sembrada la esperanza de una mejor generación.

A las parteras de México, quienes me han mostrado la importancia y entrega de su trabajo en las comunidades rurales.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ana Hirsch Adler, quien asesoró el desarrollo escrito de esta tesina.

Al sociólogo Hugo Azpeitia, quien revisó la redacción de esta tesina, pero sobre todo, por sus valiosos comentarios sobre el contenido de la misma. Agradezco también, su tiempo, apoyo e interés por este trabajo.

A las sociólogas: Guadalupe Cortés, Patricia Ravelo y Mágina Millán por formar parte del jurado y por sus importantes comentarios que me permitieron mejorar este trabajo.

Al Dr. Jorge Arturo Cardona, Titular de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, por permitirme hacer uso de la información del Programa de Parteras y del equipo de cómputo.

Al actuario Doroteo Mendoza, Jefe de Departamento de Estudios Demográficos y Sociales de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, por permitirme incluir la cédula adicional durante el trabajo de campo y por facilitarme los cuestionarios aplicados a las parteras de Puebla y Veracruz Sur.

Al demógrafo Leopoldo Núñez del Consejo Nacional de Población por facilitarme hacer uso de la base de datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995.

Al maestro Octavio Mojarro Dávila, Director de Área de los Consejos Estatales de Población del CONAPO, quien durante su estancia en el IMSS, me enseñó la metodología para diseñar y analizar encuestas sociodemográficas y de salud, y por trabajar en conjunto por diez años.

A la Dra. Elena Zúñiga, Coordinadora de Asesores en el CONAPO, por compartir la responsabilidad de la evaluación del Programa Nacional de Parteras Capacitadas del IMSS en 1991 y 1992; y por contagiarme tu entusiasmo para conocer sobre el trabajo de las parteras.

Al Dr. Miguel Camarillo, por su apoyo para llevar a cabo esta tesina.

A David Carrillo, compañero de trabajo, quien me asesoró en la resolución de problemas en cómputo.

INTRODUCCION

Nuestro interés por elaborar la presente tesina proviene del hecho de que en 1991 y 1992, tuvimos la oportunidad de participar en la evaluación del **Programa Nacional de Parteras Capacitadas** del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); de ahí nació la motivación por conocer más sobre la labor que realizan estas mujeres, que han contribuido por mucho tiempo al cuidado de la salud de la población.

La partera, por siglos, ha jugado un papel fundamental en el mantenimiento de la salud de las madres y de los niños que residen en comunidades rurales, ya que ella cuenta con un saber "médico" que clava sus raíces en el México prehispánico.

A través de la historia, pero sobre todo en los últimos 20 años, ha ido evolucionando la forma de prestar sus servicios de atención a la población. Esta transformación no ha sido espontánea, sino que ha sido externa e inducida en parte, producto de la política demográfica del Estado mexicano.

En 1981, en el área rural de México, la partera atendía el 54% de los partos, para 1995, su participación fue solamente del 30%. Esta caída tan drástica, puede deberse posiblemente a cuatro causas: a) México ha transitado de ser un país eminentemente rural a uno urbano; b) al desarrollo de la infraestructura institucional de los servicios de salud en las comunidades rurales; c) a la imposición del enfoque de riesgo en la salud materno-infantil, y d) al uso de métodos anticonceptivos.

Para conocer sobre este proceso, la exposición de nuestra tesina, presenta como sujeto de estudio a la **partera capacitada** por el IMSS en Puebla y Veracruz Sur. Una hipótesis de trabajo que se planteó en el proyecto era demostrar que la partera está perdiendo su función original: **atender partos**, debido a que el IMSS a través de sus programas de capacitación ha transformado su forma de atención, pero sobre todo la ha involucrado en el programa de planificación familiar del ámbito rural.

La partera capacitada en planificación familiar en la actualidad, es un sujeto clave para comunicar y vincular a la población del ámbito rural con el IMSS, debido a que conoce y comprende los problemas y necesidades de las pacientes, su aceptación o resistencia para usar métodos anticonceptivos; y entiende los componentes socioeconómicos y culturales del ámbito, pues son también en los que ella vive y se reproduce.

Para elaborar nuestra investigación, se utilizó la información que nos brindó el "Estudio sobre la participación de las parteras en actividades de planificación familiar y salud reproductiva" elaborado por la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, y patrocinado por la agencia Pathfinder International en cuatro delegaciones institucionales: San Luis Potosí, Guerrero, Puebla y Veracruz Sur.

En la tesina se analizan los resultados obtenidos por la encuesta realizada a las parteras en Puebla y Veracruz Sur, en la cual, se incluyó una pequeña cédula con preguntas adicionales de interés para desarrollar la investigación; sólo investigamos dos delegaciones, porque cuando decidimos utilizar la información de este estudio, el trabajo de campo ya había concluido en Guerrero y San Luis Potosí. En las dos delegaciones estudiadas, se entrevistaron 150 parteras, sin embargo, en la tesina se analizan únicamente 147: 74 en Puebla y 73 en Veracruz Sur, porque tres encuestas estaban incompletas. La muestra de la encuesta fue aleatoria, con un nivel de confianza para sus estimaciones del 95%.

Para la encuesta, se elaboró un cuestionario precodificado, dirigido a parteras; se realizaron dos pruebas pilotos del mismo en San Luis Potosí y Toluca, Estado de México en junio de 1996. En esta etapa tuve la fortuna de ser invitada por el Coordinador del Proyecto, para participar en estas pruebas, ya que tengo más de diez años de experiencia en el diseño de encuestas, y concretamente en la elaboración de cuestionarios.

En el cuestionario de parteras (ver Anexo 1) se utilizaron las siguientes variables:

Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, antigüedad en el oficio, persona que le enseñó el oficio, práctica de la medicina tradicional, práctica de la medicina moderna, proceso de capacitación, definición y actividades que realiza en planificación familiar, problemas a los que se enfrenta por promover la planificación familiar, capacitación en la inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) y actividades que realizan en la atención prenatal.

Para una parte del análisis de la tesina, elaboramos una pequeña cédula (ver Anexo 2) que contempla las siguientes variables:

Práctica de su oficio de partera, condiciones físicas del lugar donde atiende el parto, material utilizado en la atención, y motivos por los que ya no atiende o ha disminuido su dedicación a la atención de partos.

La captura de los cuestionarios la realizamos utilizando el paquete por computadora DBASEIV, y para el procesamiento de la información utilizamos el paquete SPSSPC.

La tesina está dividida en cuatro capítulos: en el primero presentamos el marco contextual, donde se describen los antecedentes del Programa Nacional de Planificación Familiar y del Programa Nacional de Parteras del IMSS, desde su surgimiento hasta nuestros días. Presentamos en este capítulo el proceso de transición de una política demográfica pronatalista a una antinatalista, así como la vinculación de las parteras con la institución de salud más importante del país para imponer cambios reproductivos en las mujeres del medio rural.

Para el desarrollo de este capítulo utilizamos fuentes bibliográficas, planes y programas oficiales de población y planificación familiar en México, datos estadísticos de resultados de la Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981, registros manuales de las parteras de Puebla y Veracruz Sur. Además, el Consejo Nacional de Población nos facilitó el subarchivo rural de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995, y elaboramos algunos datos sobre la participación

de las parteras en la atención prenatal, del parto y en planificación familiar en el medio rural mexicano y en los estados de Puebla y Veracruz.

Los siguientes tres capítulos están basados en los resultados de la encuesta a parteras que se realizó en Puebla y Veracruz Sur. En esos capítulos podemos observar que nuestra tesina utiliza una herramienta útil para los sociólogos, la encuesta, cuyos resultados nos permitieron describir un momento fundamental de transición que ha sufrido la partera capacitada, ya que a pasado de una mera atención empírica en el cuidado de la salud de las madres y los niños, a una promoción de métodos anticonceptivos, afectando sus costumbres y creencias, su práctica de la medicina tradicional, su incorporación a la medicina moderna, y su vinculación con una institución de salud, el IMSS.

El segundo capítulo trata sobre las parteras capacitadas por el IMSS en estas dos delegaciones: su perfil socioeconómico, su experiencia en la atención del parto y su capacitación. El tercer capítulo se refiere a las actividades específicas que desarrollan las parteras en cuanto a la atención materno infantil y planificación familiar, así como las características del lugar donde otorgan la atención y la utilización que hacen de la medicina tradicional y moderna; en el último capítulo se analiza si el oficio de las parteras está en proceso de transformación o tiende a desaparecer.

Finalmente, se presentan algunas conclusiones y sugerencias sobre el trabajo y capacitación de las parteras, de tal manera, que su participación en el cuidado de la salud de la población de las comunidades rurales pueda mejorarse de acuerdo a las necesidades que se tengan para disponer de un servicio de salud digno. Que la partera tenga un apoyo real para que sus pacientes sean atendidas en las unidades médicas, que reciban asesoría institucional periódica en sus lugares de atención, que se respeten los derechos reproductivos de sus pacientes para decidir sobre el número de hijos y la forma de espaciar o limitar sus embarazos.

Consideramos que nuestro trabajo de investigación sociológica nos ha permitido explorar una pequeña parte del maravilloso mundo de las parteras, y abre un área de investigación para la

Sociología, inclusive proporciona información valiosa para que se profundice en la evaluación institucional del Programa de Parteras Capacitadas por el IMSS.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES

En México, la política poblacional del Estado ha tenido en el presente siglo dos grandes periodos: el primero abarca de 1929 a 1970 y se caracterizó por su tendencia **pronatalista**: pretendía reducir la mortalidad, manteniendo elevada la fecundidad. Esta política tuvo como marco jurídico la Ley General de Población de 1947¹, en sus artículos primero, segundo y quinto. En el primero se responsabilizaba a la Secretaría de Gobernación para dictar o promover medidas para resolver problemas demográficos nacionales. En el segundo, se promovía el aumento de la población por el crecimiento natural y por la inmigración; y en el quinto artículo se fomentaban los matrimonios y al aumento de la natalidad. Además, el Código Sanitario Federal vigente hasta 1973; prohibía la propaganda y venta de métodos anticonceptivos y, apoyaba oficialmente, concursos nacionales para premiar a la madre más prolífica².

La política pronatalista fue resultado, en gran medida, del decrecimiento poblacional que provocó el movimiento revolucionario de 1910 (se calcula que murieron un millón de habitantes aproximadamente). Se hizo más intensa esta tendencia pronatalista, como parte de una política gubernamental, considerada necesaria y favorable para el desarrollo económico y social del país, con la idea muy generalizada de que una población numerosa y creciente hace automáticamente a un país más poderoso y en mejores condiciones de vida³. Además, era necesario mantener una oferta amplia de mano de obra que exigía la expansión de la planta industrial durante las cuatro décadas posteriores al sexenio cardenista.

El segundo gran momento se ha caracterizado por el impulso estatal de una política **antinatalista** y se puede establecer a partir de los años setenta; época durante la cual México fue considerado, desde la perspectiva oficial, un país cuyo alto índice de crecimiento poblacional comenzaba a

¹ Tomado del artículo de Francisco Alarcón, "Antecedentes demográficos" en La Revolución Demográfica en México, 1970-1980, p. 30

² *Ibidem*, p. 30

³ *Idem*

obstaculizar el desarrollo: la elevada tasa de fecundidad rebasaba con mucho a los indicadores de bienestar socioeconómico y, además, la incorporación de la tecnología médica provocó una continua declinación de la mortalidad general. Fue ampliándose la distancia entre el número de nacimientos y defunciones, aumentando rápidamente la población. El efecto conjunto de estas dos variables se manifestó en una "explosión demográfica" que se convirtió con rapidez, en lo social, en un aumento de la demanda de salud, educación, vivienda y empleo⁴. Basta considerar, como ejemplo, que durante el sexenio del presidente Díaz Ordaz la tasa de crecimiento anual de la producción agrícola fue del 1.2%, en tanto que la tasa de crecimiento poblacional era del 3.4%⁵.

Durante el sexenio 1970-1976 se produjo un viraje en la política del gobierno, el presidente Luis Echeverría planteó la necesidad y la conveniencia de reducir en forma drástica el número de nacimientos; en el discurso político de esos años se argumentaba que la raza humana se duplicaría tan sólo en una generación, por lo que era indispensable disminuir la tasa de crecimiento demográfico si se quería crecer con justicia y paz social.

Fue en ese período donde el enfoque *neomalthusiano*⁶ adquirió fuerza, en parte, como resultado de las presiones y negociaciones con los organismos internacionales⁷. La política gubernamental

⁴ *Política Demográfica, Nacional y Regional, Objetivos y Metas, 1978-1982*, p. 43

⁵ *La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar*. Coordinación General del Sistema Nacional de Información, México, p. 27.

⁶ La teoría de Malthus fue revalorizada y se planteó que "...la sobrepoblación amenazaba severamente a las naciones pobres, conduciéndolas supuestamente al agotamiento de los recursos, el hacinamiento, el hambre y los desórdenes sociales... los pobres del mundo han sido culpados en dos consideraciones: a) se reproducen demasiado, y b) exigen más de lo que producen... El empobrecimiento, el hambre los disturbios sociales son representados como amenaza "inevitable" a menos que el consumo y las cifras sean sometidos a un riguroso control. Malthus utilizó el "principio de población" para falsificar las contradicciones sociales, y sus herederos contemporáneos tratan esas contradicciones como fenómenos que pueden ser fácilmente borrados por el desarrollo o los planes de acción". Bonnie, Mass, "Bosquejo histórico del movimiento Norteamericano del control de población" en *Salud e Imperialismo*, pp. 322-324

⁷ "La muy publicitada crisis de la población se había vuelto preocupación no sólo de las fundaciones y las dependencias gubernamentales de Estados Unidos sino también de organismos tales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud... se estaban desarrollando rápidamente capacidades para reforzar los "principios" malthusianos en todos los continentes". *Ibidem*, p. 311

dirigida a la población cambió su rumbo, terminó por abandonar, en forma definitiva y determinante la "vieja" política pronatalista, y se pusieron en marcha proyectos orientados a frenar el crecimiento poblacional.

En diciembre de 1973 se modificó el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y quedó establecida la libertad de los mexicanos de tener el número de hijos deseados: "El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos".

En 1974, como resultado de las modificaciones al Artículo 4o. de nuestra Carta Magna, se aprobó una nueva Ley General de Población: a partir de ese momento se promovieron acciones para controlar el crecimiento poblacional, justificadas en la necesidad de evitar catástrofes por hambre y miseria. La nueva ley, en respuesta a esta preocupación, estableció como uno de sus objetivos, regular los fenómenos que determinan el crecimiento de la población, con el propósito de que todos los sectores sociales participaran en forma justa y equitativa de los beneficios del desarrollo económico y social.

Dos de las medidas que se desprendieron de dicha ley fueron: la elaboración y realización de **programas de planificación familiar** y, la disminución de la mortalidad, siempre con la finalidad de promover la plena integración social de los llamados "grupos marginados". Así, de ese modo, se empezaron a apoyar programas vinculados con el bienestar de la familia, por lo que en consecuencia el programa de "Paternidad responsable", surgido en 1973, tomó carácter definitivo y divulgatorio a nivel nacional en 1975.

La nueva política de control natal avanzó con rapidez durante los últimos años de la década de los setenta. En octubre de 1977 se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, y con ello se otorgó a las instituciones públicas de salud: Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la tarea de reducir la tasa de crecimiento del 3.2% al 2.5% en 1982, y de esta

última tasa a la de 1% para el año 2000. Con estos propósitos, como afirman Rivera y Guzmán "...las instituciones de salud hicieron suyas las ideas antinatalistas y se comprometieron a organizar programas de planificación familiar y paternidad responsable"⁸.

1.1 El "éxito" del Programa de Planificación Familiar en México

Para alcanzar las metas de política poblacional en los últimos cinco lustros, el Estado mexicano ha planteado como objetivo central inducir los cambios reproductivos, a través de lograr el espaciamiento de los nacimientos, las demoras en los plazos de los matrimonios, y creando la convicción entre la población acerca del uso de prácticas anticonceptivas, en la búsqueda de un "número ideal" de hijos por familia⁹.

Las instituciones de salud, para apoyar las políticas antinatalistas del gobierno, incorporaron en sus cuadros básicos métodos anticonceptivos y, dentro de sus aparatos administrativos, instauraron secciones especializadas en planificación familiar.

En 1977 a través de la Coordinación Nacional de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud se puso en marcha el Programa Nacional de Planificación Familiar, el cual cubría diversas capas sociales de la población, tanto en el área urbana como en la rural. De tal manera que como afirma Luz María Valdés¹⁰, el Estado ha pretendido formular una respuesta a las demandas sociales y ha utilizado sus programas como un arma para detener las presiones en otros ramos dentro del mismo sector de salud.

En este sentido, es importante resaltar que los servicios de salud se han estructurado de tal modo que el acceso por parte de la población, dependerá del lugar que ocupe en el sistema productivo,

⁸ Mario Rivera y Carlota Guzmán, C., Los des pobladores, p. 7

⁹ Eduardo Ocampo, "La política demográfica en los niveles nacional y regional" en La población y el desarrollo regional y urbano, p. 135

¹⁰ Luz María Valdés, Población y Salud, p. 137

y así lo hace notar López Acuña¹¹ "... el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido varía en razón de las clases sociales. Según el tipo de atención que éstas tienen puede hablarse de tres grandes grupos sociales. El primero lo constituye la burguesía y algunos sectores de la clase media con poder de compra suficiente para adquirir servicios privados. El segundo lo forman trabajadores y afiliados a algún régimen de seguridad social y sus familiares derechohabientes. El tercero lo integran quienes, sin derecho a la seguridad social, no tienen recursos necesarios para servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, núcleos marginados, etc...."

Esto significa que, los dos últimos grupos sociales a que hace mención López Acuña en la cita anterior, en la actualidad están cubiertos por las tres instituciones más importantes del sector salud: la SSA, el IMSS y el ISSSTE, instituciones que han promovido con mayor fuerza el Programa Nacional de Planificación Familiar en los últimos 20 años.

La tasa de crecimiento de la población ha disminuido; sin embargo, la población ha aumentado significativamente en números absolutos. Mientras la tasa de crecimiento natural disminuyó de 3.4% en 1972 a 2.05% en 1995, la población pasó de 42.5 a 91.6 millones de habitantes en esos años¹². La población rural (localidades menores de 2,500 habitantes) en 1990 representaba alrededor de 28.7% de la población total y la población indígena representaba casi el 8%, lo que corresponde a más de 7 millones de personas, de las cuales, la mitad eran mujeres¹³.

La fecundidad ha sido la principal variable del cambio demográfico en México durante las últimas tres décadas, lapso en el que la tasa global descendió de 7 a 3 hijos por mujer. En este descenso, mucho ha tenido que ver la incidencia de los programas de planificación familiar, así como la disminución de la mortalidad infantil. Algunos grupos sociales han sido favorecidos debido a su situación económica, lo cual les ha permitido beneficiarse de la seguridad social, por

¹¹ Daniel López Acuña, La salud desigual en México, p. 100

¹² Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población, 1995-2000, p.1

¹³ Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000, pp. 35-36

contar con un trabajo relativamente permanente y acceso a los sistemas educativos, a tener una mayor disponibilidad de servicios como transporte, agua, electricidad, servicios de salud, entre otros; por ello, estos son los grupos de mayor permeabilidad al cambio reproductivo.

El "éxito" relativo de los programas de planificación familiar se puede apreciar a través de los datos sobre las coberturas alcanzadas a nivel nacional¹⁴; en 1976 el 30% de las mujeres con vida marital en edad fértil (15 a 49 años) estaban usando algún método anticonceptivo; en 1982 el porcentaje aumentó al 47.7%; en 1992 llegó al 63.1% y, en 1995, alcanzó el 66%. Sin embargo, en el ámbito rural estos logros no han sido tan significativos como en el urbano. En 1992, la cobertura anticonceptiva en el medio rural fue del 44.6%, en tanto que en la urbana fue del 70.1%.

Si bien es cierto que en los últimos años se ha logrado reducir la fecundidad, aún hay un marcado rezago en las localidades rurales e indígenas, la cual continúa elevada con respecto al total del país. En 1990 en el medio rural las mujeres tenían en promedio cinco hijos y en las comunidades indígenas era de seis hijos, el doble de la nacional¹⁵.

Palma y Rivera¹⁶ mencionan que en México hay "...cerca de 156 mil localidades; de ellas, 13,465 tienen entre 500 y 2,500 habitantes, y más de 140 mil tienen menos de 500 habitantes. Esta dispersión ha dificultado el acceso a los servicios de salud de dichos grupos..." ocasionando una alta fecundidad en las poblaciones del ámbito rural y las indígenas, así como una elevada mortalidad infantil, y una baja cobertura anticonceptiva, de tal manera, que ahora el Estado dirige con más fuerza programas que permiten continuar con su política antinatalista en comunidades que permanecen rezagadas de los beneficios del desarrollo y que son potencialmente demandantes de transformaciones a las que el Estado no podrá dar respuesta.

¹⁴ Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población..., pp. 21-22

¹⁵ Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de la Mujer..., pp. 33-35

¹⁶ Yolanda Palma y Gabriela Rivera, "La Planificación Familiar en México", p. 162

En relación a la mortalidad infantil, se ha observado una reducción importante; en 1930, el 18% de los recién nacidos fallecían antes de su primer aniversario; en 1994, esta proporción fue de sólo el 3%¹⁷. Sin embargo, este impacto no se aprecia en las comunidades rurales ni en las indígenas.

En las poblaciones donde se habla alguna lengua indígena, la mortalidad infantil era de 56 por mil nacidos vivos, casi el doble de la observada en el resto de la población (33 por cada mil nacimientos)¹⁸. Por tanto, es importante considerar que el control natal¹⁹ por sí solo, no evitará la morbilidad ni mortalidad materno-infantil, y como dice Rojas al respecto: "... el proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de vida"²⁰.

Por eso, el hecho de reducir el número de hijos que conformen una familia, no implica que mejorarán las condiciones de vida y salud, ya que si bien es cierto que existe una relación entre salud y tamaño de familia, es aún más importante considerar que este fenómeno está determinado por condiciones socioeconómicas.

Agustín Sanginés menciona: "... la población no protegida que es potencialmente revolucionaria debido a sus condiciones de extrema pobreza, y en consecuencia donde se presentan los problemas de enfermedad más graves, el Estado para legitimarse ideológicamente desvía el problema principal que es la explotación económica y la dominación política hacia los problemas

¹⁷ Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población, p. 7.

¹⁸ *Idem*

¹⁹ Cabe hacer mención, que la práctica anticonceptiva es benéfica, ya que existe la posibilidad de que la relación sexual se oriente fundamentalmente hacia la búsqueda del placer: liberando a las mujeres de la maternidad obligada, siempre y cuando esta conducta se enmarque como una decisión personal, consciente y no manipulada por el sistema.

²⁰ Raúl Rojas Soriano, Capitalismo y enfermedad, 1982, p. 13

de salud, encubriendo su origen verdadero"²¹. Por tanto, es comprensible que el programa de planificación familiar en el ámbito rural sea considerado prioritario y tenga un enfoque de salud. Además, que las instituciones de salud, concretamente el IMSS, desarrolle estrategias para sensibilizar a estos grupos para que modifiquen sus conductas reproductivas. Una de las estrategias con gran apoyo financiero en el Instituto es la capacitación para parteras en planificación familiar.

1.2 Las parteras²² de México

La partera ha sido un personaje de gran utilidad para ejecutar con mayor rigor y eficacia los programas de planificación familiar en el ámbito rural, quien a lo largo de la historia de México, desde épocas anteriores a la conquista española hasta la década de los setentas había tenido tradicionalmente, en las comunidades rurales e indígenas, una participación importante en el cuidado de la salud de las mujeres y los niños. Como resultado de las políticas antinatalistas de control demográfico y la incorporación de la infraestructura institucional, ha ocasionado que empiece a modificarse e inclusive a perderse.

Todavía en 1981 la partera realizaba el 29% de las atenciones prenatales y atendía el 54% de los partos²³; sin embargo, su participación para 1995 disminuyó considerablemente, ya que sólo

²¹ Agustín Sanginés, "La Medicina Familiar comunitaria" p. 86

²² En agosto de 1992, el grupo de trabajo para el mejoramiento de la atención de la salud materno infantil por parteras tradicionales, conformado por: SSA, IMSS, IMSS Solidaridad e INI, definió a la partera como "la persona que surge de la propia comunidad y que por tradición, convivencia y vocación se dedica a atender partos y algunos otros problemas de salud, de acuerdo a los hábitos y costumbres de la región, lo que la convierte en una líder natural aceptada y reconocida por la comunidad. En algunas culturas su actividad puede estar asociada a motivos religiosos o místicos". La Organización Mundial de la Salud define a la partera capacitada como aquella que ha seguido un curso de adiestramiento en algún centro moderno de asistencia sanitaria para mejorar su competencia.

²³Instituto Mexicano del Seguro Social, Encuesta Rural de Planificación Familiar, Resultados Nacionales, p. 32

el 17% de las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar manifestó haber acudido con una partera para la revisión del embarazo y el 30% para la atención del parto²⁴.

Como se puede observar a través de los datos anteriores, hubo una disminución importante de la participación de la partera a nivel nacional; esto se debe en parte, a que México ha transitado de ser un país eminentemente rural a uno urbano. En 1900, un 71.4% de la población vivía en áreas rurales, para 1995 este porcentaje se había reducido a 24.4%²⁵.

No dejan de ser sorprendentes estos datos, porque pese a que se ha capacitado por varias instituciones de salud a un número importante de parteras, aproximadamente a 14 mil en todo el país, y concretamente el IMSS a 9 mil²⁶, su actividad como tal, ha disminuido considerablemente. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la partera sigue constituyendo una opción inmediata de atención a la salud de las comunidades rurales.

Otra variable que también ha influido para que la partera disminuya su participación es el desarrollo de la infraestructura institucional de los servicios de salud y el que se haya conceptualizado la atención de la salud reproductiva según factores biológicos llamados riesgo reproductivo y obstétrico²⁷. Estos dos factores, como se observará más adelante han ocasionado

²⁴ Información elaborada por nosotros, utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

²⁵ IMSS, Diagnóstico situacional del uso de métodos anticonceptivos en el IMSS y perspectivas al año 2000, p. 4

²⁶ IMSS, Directorio Nacional de Parteras rurales. Información por Estado, Municipio, localidad, edad y capacitación, p. 2

²⁷ Se entiende por **riesgo reproductivo** la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil o su producto potencial, de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo, como resultado de ciertos factores como haber tenido un número elevado de embarazos, haber presentado preeclampsia-eclampsia en algún embarazo, haber tenido una cesárea, un aborto o un hijo con algún defecto físico o mental, tener menos de 20 años o más de 35. **Riesgo obstétrico** es la probabilidad que tiene una embarazada de padecer lesión o muerte en presencia de ciertos factores como presión arterial, sangrados, convulsiones, edema, etc. Vitoño Velasco, "Riesgo Reproductivo I. Estudio de los factores de riesgo reproductivo" en Temas de Planificación Familiar, p. 27

que la partera capacitada prefiera enviar a una unidad médica a las mujeres que atenderlas ella misma.

1.3 Programa de parteras capacitadas por el IMSS, 1974 a 1996

Con la reforma de la Lev del Seguro Social en 1973 se hizo extensivo el servicio a la población campesina instituyéndose los servicios de **solidaridad social**, a fin de brindar un mínimo de protección a los grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional y que debido a su propia condición carecen de capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento existentes.

De forma paralela a la incorporación de los servicios de salud en el campo y como resultado de la política de planificación familiar en el área rural, a partir de 1974 se iniciaron los primeros cursos de adiestramiento a parteras. La finalidad explícita de los cursos era mejorar la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como promover el desarrollo y el bienestar general de sus comunidades; para lo cual se organizaron cursos en los hospitales del IMSS que funcionaron como centros de adiestramiento y que estuvieron a cargo de enfermeras instructoras.

Para fines de 1976 se había adiestrado a 5,048 parteras, en un total de 324 cursos; en ese mismo año se "... aprobó el Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de octubre de ese mismo año. Con ello, se dio un apoyo importante y reconocimiento a la participación de un elemento tradicional en el cuidado de la salud ..."²⁸. Además, el IMSS tomó la decisión de adiestrarlas en planificación familiar; y en 1977 se iniciaron los primeros cursos con una nueva modalidad, readiestrando a 1,500 parteras.

En 1979 se firmó un convenio entre el IMSS y la **Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)** para la realización del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Con este convenio, el IMSS se comprometió

²⁸Francisco Alarcón, *et al.*, "Atención primaria de la Salud y Planificación Familiar en el medio rural" en Planificación Familiar y Demografía Médica. Un enfoque multidisciplinario, p. 145

a aumentar la infraestructura (unidades médicas y hospitales) en las comunidades rurales; y "el Estado al dar estos servicios médicos primarios fundamentales a la población, va a tener un pretexto para (...) llevar a cabo la famosa planificación familiar"²⁹; y extender los cursos de capacitación de parteras en todo el territorio nacional.

Los administradores del Programa pudieron apreciar que no bastaba la disponibilidad de los servicios de salud para que la población hiciera un uso permanente de ellos; era necesario vencer barreras de carácter cultural muy específicas (lenguaje, religión, costumbres) que debían ser consideradas en la prestación de los servicios. El contacto directo con la población puso en evidencia que existe una **medicina tradicional**, cuyo reconocimiento por parte del gobierno y la práctica de ella por parte de la población no podían ser ignorados. Los problemas de accesibilidad a las comunidades más alejadas se pretendían resolver impulsando la participación de las parteras para construir el puente de comunicación entre la población ubicada en el ámbito rural y la institución.

El proceso de descentralización³⁰ de los Servicios de Solidaridad Social a los Gobiernos de los Estados en 1985, redujo la infraestructura, quedaron sólo 18 Delegaciones del IMSS en 17 estados de la República, 2,304 Unidades Médicas Rurales y 47 Hospitales. No obstante, el IMSS mantuvo el proceso de capacitación de parteras en todos los estados, aún en los descentralizados. Para 1994 existían 3,408 Unidades Médicas Rurales y 60 Hospitales, lo que constituye en la actualidad la infraestructura de servicios de salud en el ámbito rural más importante del país.

Los requisitos para seleccionar a una partera para capacitarla es que debe ser reconocida y aceptada en su comunidad, tener una experiencia mínima de dos años ejerciendo su oficio y de preferencia que sepa leer y escribir. Una vez seleccionada, recibe un curso teórico-práctico, que es organizado en un hospital del IMSS y tiene una duración de dos semanas. El curso está

²⁹ Agustín Sanginés, *Op. cit.*, p. 81

³⁰Francisco Alarcón, *et al.*, "El Programa de Parteras en el IMSS" en La partera tradicional en la atención materno infantil en México, pp. 160-161

destinado la mayor parte del tiempo a aspectos prácticos y de observación; y la teoría es más breve: para esta parte, se utiliza, la mayoría de las veces, material didáctico para hacerla comprensible a quienes no saben leer³¹.

Como parte de su capacitación, se llevan a cabo reuniones periódicas y cursos de actualización, cuya duración y calendarización son acordados por el personal de salud y las parteras; en dichas sesiones se establece un plan estructurado de intercambio de conocimientos y experiencias, además se les entregan pastillas anticonceptivas, condones y algún material de curación.

A la partera que ha recibido capacitación formal y está participando en el cuidado de la salud de sus comunidades, se le brinda una constancia y un gafete de identificación, que también la acredita a ella y a sus hijos menores de 16 , y a su esposo, en caso de que esté incapacitado, como derechohabientes del servicio que el IMSS otorga en sus unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención. De igual forma, se les proporciona un maletín que contiene un estetoscopio de Pinard, pinzas, tijeras, una perilla para succionar flemas y material de curación.

Como producto de su trabajo cotidiano, las parteras entregan un informe bimestral a las unidades médicas con cifras de las embarazadas que tienen bajo control, los partos atendidos y las mujeres aceptantes de un método anticonceptivo. Posteriormente, esta información se integra al Sistema Único de Información del Instituto.

La supervisión del trabajo que realiza la partera capacitada en sus hogares o lugares adaptados para dar atención recae básicamente en una partera que se le llama **partera auxiliar de supervisión**. Esta partera es seleccionada por su participación en las actividades de salud reproductiva, así como por el reconocimiento que su comunidad y las propias parteras le dan.

Los requisitos para esta asignación son: tener entre 30 y 60 años, saber leer y escribir, haber recibido capacitación formal, tener una experiencia mínima de cinco años en la atención del

³¹*Ibidem*, pp. 165-166

parto y haber participado en el programa del Instituto al menos cinco años. También, ser aceptada por el grupo de parteras, disponibilidad para viajar y asistir regularmente a las reuniones que se programen³².

La partera auxiliar de supervisión tiene una reunión mensual con la Coordinadora Delegacional o Zonal de Enfermería en Salud Reproductiva de la Delegación, para reforzar su capacitación, recabar información de sus actividades y asesorarla en la solución de problemas operativos.

³²*Ibidem*, pp. 171-173

CAPITULO 2. PARTERAS CAPACITADAS EN LAS DELEGACIONES DE PUEBLA Y VERACRUZ SUR

En 1995, las parteras en el ámbito rural³³ del estado de Puebla, proporcionaron el 24% de las atenciones a embarazadas y en Veracruz el 23.1%. En relación a la atención del parto, en Puebla, las parteras atendieron 44.1% de las mujeres y 35.6% en Veracruz. En ambos estados, su participación ha sido muy importante en el cuidado de la salud de las embarazadas y parturientas, pues todavía una alta proporción de mujeres campesinas e indígenas prefieren consultar a las parteras que a los médicos, posiblemente porque son ellas la única alternativa de atención, además les tienen más confianza por ser mujeres y por pertenecer al mismo lugar.

Las parteras capacitadas en el IMSS en las delegaciones de Puebla y Veracruz Sur, según datos de los registros³⁴, en Puebla han atendido anualmente desde 1992 a más de 10 mil embarazadas; han derivado a las unidades médicas aproximadamente a 3 mil embarazadas por complicaciones; han atendido alrededor de 5 mil partos y canalizado aproximadamente a 2 mil.

En el caso de la delegación de Veracruz Sur las parteras han atendido a un mayor número de embarazadas, ya que en 1991 otorgaron consulta a 3,082 y en 1995 esta cifra se incrementó en más del 100%, puesto que atendieron a más de 7 mil. En consecuencia ha aumentado el número de partos atendidos por ellas de 1,766 a 3,108. A partir de estos resultados podemos observar que su participación se ha ido incrementando en la atención del embarazo y el parto, posiblemente porque hay un mayor número de parteras capacitadas: en 1988 se habían capacitado a 255 parteras en la delegación de Puebla y para 1994 fueron 456. Veracruz Sur contaba con 201 parteras capacitadas en el primer año de referencia y para el segundo con 652.

³³ La información fue elaborada por nosotros, utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995 del CONAPO. La encuesta no captó si las mujeres fueron atendidas por parteras capacitadas.

³⁴ Concentrados manuales por año de informes bimestrales que realizan las parteras en cada delegación. Esta información sólo está impresa por computadora, sin ser validada.

2.1 Estudio sobre la participación de las parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva

Los temas que se desarrollarán en los siguientes incisos y apartados están basados en la información que se obtuvo en el **Estudio sobre la participación de las parteras en actividades de planificación familiar y salud reproductiva**, que elaboró la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS en 1996.

2.1.1 Metodología del estudio

El programa de capacitación a parteras no ha sido evaluado suficientemente; por ello, surgió el interés por parte de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS de realizar un estudio de investigación sobre el proceso de capacitación. Por otro lado, también se quiso detectar los problemas a los que se enfrentan las parteras para otorgar el servicio de planificación familiar, para registrar sus actividades y captar sus necesidades de capacitación.

El marco muestral para las parteras fue constituido por aquellas que habían sido capacitadas por el IMSS o que reportaban frecuentemente sus actividades a dicha institución. La muestra fue **aleatoria**, pero no probabilística porque no se conocía el total de la población a estudiar; el nivel de confianza en las estimaciones fue del 95 %, con una probabilidad de error del 5 %.

Durante el trabajo de campo se hicieron listas de parteras capacitadas o que reportaban sus actividades en las delegaciones que participaron en el estudio, y aleatoriamente se seleccionaron 300 parteras en las cuatro delegaciones, ya que a través de la fórmula para estimar proporciones, se concluyó que esa muestra era razonable para dar respuesta a los objetivos del estudio.

En virtud de que un objetivo particular de este estudio era evaluar el Programa de Parteras en los estados prioritarios, en razón de los apoyos financieros para reforzar dicho programa a través del **Memorándum de Entendimiento**²⁵ la muestra se distribuyó uniformemente en cuatro

²⁵ En junio de 1992, el Consejo Nacional de Población, organismo de México y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, firmaron el **Memorándum de Entendimiento**, en el

delegaciones: Puebla, San Luis Potosí, Veracruz Sur y Guerrero con 75 parteras cada una; las cuales, se eligieron aleatoriamente tomando como base todas aquellas parteras activas que tiene el IMSS en cada delegación, agrupadas por zonas geográficas contiguas.

Se diseñó una cuestionario precodificado dirigido a parteras; se realizaron dos pruebas piloto del instrumento de recolección de información, con la finalidad de que las preguntas fueran claras y precisas, y que dieran respuesta a los objetivos planteados. Las pruebas se realizaron en San Luis Potosí y en Toluca, Estado de México, en junio de 1996.

Como ya se indicó, para el análisis de nuestra tesina, sólo se tomaron dos delegaciones: Puebla y Veracruz Sur cuya decisión fue convencional, atribuida al interés particular por profundizar en el estudio de las parteras en estas dos delegaciones; incluyéndose un cuestionario adicional que permitiera captar algunas de las razones más importantes, por las cuales las parteras han ido perdiendo espacios para atender partos. La base de datos comprende 147 parteras: 74 en Puebla y 73 en Veracruz Sur debido a que en tres casos la información estaba incompleta, y se eliminaron para el análisis.

Con la finalidad de agilizar la recolección de los datos, se formaron dos grupos de trabajo; cada uno estaba conformado por tres entrevistadoras, una supervisora y un coordinador de campo, y se les responsabilizó del trabajo de campo de dos delegaciones. Cada equipo al llegar a la delegación tenía una reunión de acuerdos, con el Coordinador Médico de Salud Reproductiva y el Coordinador de IMSS Solidaridad, con el objeto de optimizar los recursos y el tiempo. El trabajo de campo comprendió los meses de julio, agosto y septiembre de 1996.

que se establece la intención de fortalecer la cooperación mutua en las áreas de prestación de los servicios de planificación familiar, capacitación, comunicación e investigación. Específicamente para reforzar, aumentar y desarrollar esfuerzos que contribuyeran a alcanzar los objetivos fijados en el Programa Nacional de Población. Para poner en práctica el Memorándum se elaboró el Programa de apoyo para extender los servicios de planificación familiar y salud reproductiva que ha tenido como objetivo general coadyuvar a la extensión de la cobertura de los servicios del Programa de Planificación Familiar en los estados prioritarios: Puebla, Veracruz, Estado de México, Hidalgo, San Luis Potosí, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Yucatán y Michoacán, identificados por el gobierno mexicano, en el entendido de que, sujeto al consentimiento de ambas partes, ciertas actividades: investigación, conferencias, talleres, recolección de datos y análisis, capacitación, comunicación, etc. Dentro del Programa de apoyo se encuentra el trabajo con parteras. Actualmente este programa está siendo financiado por Pathfinder International.

2.2 Principales resultados

Las parteras han sido en gran parte, la respuesta social ante la demanda de servicios de atención materno infantil y de planificación familiar -hoy llamados servicios de salud reproductiva- de las comunidades rurales. Sus condiciones precarias de vida y el aislamiento de las comunidades han sido factores que han condicionado su existencia, la forma de aprender su oficio, las oportunidades de capacitación y el desempeño de sus actividades. Es en este sentido que en este apartado se describen algunas características socioeconómicas de las parteras de Puebla y Veracruz Sur; así como la forma como aprenden el oficio, y el momento en que ocurre este aprendizaje; el tiempo que le han dedicado a su oficio y la capacitación recibida en el IMSS.

2.2.1 Características socioeconómicas

En el cuadro 2.1 se presenta la distribución por grupos de edad de las parteras. Se puede observar que 34.7% tiene menos de 50 años, inclusive se entrevistaron a dos parteras de 19 años; este grupo puede considerarse el de parteras con fortaleza física para atender a las mujeres durante el parto. Sin embargo, las parteras de más de 50 años son la mayoría (65.3%), y 21 parteras tenían al momento de la entrevista 70 años o más, lo que permite apreciar y concluir que las parteras en edad avanzada no están siendo sustituidas, porque a las mujeres jóvenes posiblemente no les interesa desempeñar un oficio que está perdiendo espacios, ocasionando que "... la demanda de atención materna por parteras tenderá a ser menor"³⁶.

CUADRO 2.1
Distribución porcentual de las parteras por grupos de edad.
Puebla y Veracruz Sur, 1996

Grupos de edad	Puebla	Veracruz Sur	Total
Menos de 50	40.5	28.8	34.7
50 a 59	13.5	34.2	23.8
60 y más	46.0	37.0	41.5
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

³⁶ Secretaría de Salud, *et al.*, El perfil de la partera tradicional en México, p. 19

En este oficio que por años fue considerado exclusivo del sexo femenino, se están incorporando hombres³⁷; en la encuesta, que da base a nuestro trabajo, se entrevistaron a cuatro parteros capacitados por el IMSS y tienen el reconocimiento de la población para atender partos.

El 44.2% de las parteras de ambas delegaciones son analfabetas, y es importante señalar que el Instituto les exige llevar a cabo actividades que requieren saber leer y escribir, como por ejemplo, llevar un registro de sus actividades. Por eso, sorprende la alta proporción de parteras que están en desventaja para realizar esta actividad. Se sabe que muchas de las parteras se apoyan en algún familiar que sabe leer y escribir para realizar esta tarea, es decir, hay una red familiar que les apoya en el registro, sin embargo, sería interesante indagar ¿cómo es este apoyo? ¿qué calidad tiene ese registro? puesto que la información que ellas elaboran forma parte del sistema institucional de información. Además, sería conveniente revisar los registros, pues según la Encuesta Nacional de Planificación Familiar realizada por el Consejo Nacional de Población en 1995, no se entrevistaron a mujeres que manifestaran que la fuente de obtención de los anticonceptivos fuera a través de la partera.

Con respecto al nivel educativo, casi la mitad de ellas (46.3%) nunca asistió a la escuela y, 35.4% no terminó la primaria. Sólo diez parteras fueron a la secundaria, y de ellas, únicamente siete la concluyeron. En Veracruz Sur es mayor el porcentaje de parteras que nunca asistieron a la escuela (50.7 por ciento), mientras que el 41.9 por ciento de las parteras poblanas no tuvieron la oportunidad de asistir a la escuela. Las parteras representan parte del rezago educativo que por años ha estado presente en las comunidades rurales (Cuadro 2.2).

³⁷ A pesar de que se entrevistaron varones, en el análisis se refiere a parteras, pero sí están incluidos los parteros.

CUADRO 2.2

**Distribución porcentual de las parteras por nivel de escolaridad.
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Nivel de escolaridad	Puebla	Veracruz Sur	Total
Sin escuela	41.9	50.7	46.3
Prim. incompleta	36.5	34.2	35.4
Prim. completa o +	21.6	15.1	18.3
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planeación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

En cuanto al estado civil de las parteras, se puede observar en el cuadro 2.3, que cerca de dos terceras partes está casada o vive en unión libre; 27.8% es divorciada o viuda y 7.5% es soltera. En Veracruz Sur cerca del 70% tiene vida marital, mientras que en Puebla es casi el 60%; además en esta delegación, es mayor el porcentaje de solteras (10.8 por ciento), y sólo 4.1 por ciento de las parteras poblanas es célibe.

CUADRO 2.3

**Distribución porcentual de parteras por estado civil.
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Estado civil	Puebla	Veracruz Sur	Total
Casada o unida	59.5	69.9	64.7
Divorciada o viuda	29.8	26.0	27.8
Soltera	10.8	4.1	7.5
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planeación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

La mayoría (87.8%) vive con su familia (esposo e/o hijos); y más de una cuarta parte de ellas (27.2%) sostiene económicamente su hogar. Por ello, el 29.3% realiza otras actividades adicionales para obtener un mayor ingreso. Algunas se dedican a la venta de productos como frutas, verduras, dulces o de productos por catálogo como Fuller o Avon, al campo, al cuidado de animales, al trabajo doméstico o a la costura.

2.2.2 Aprendizaje de la atención del parto

Cerca del 50% de las parteras aprendió a atender partos en forma empírica, algunas de las entrevistadas manifestaron lo siguiente: "aprendí sola, atendiendo a las vacas", "Dios me dio el don", "Atendí sola en una emergencia a una señora". Es decir, han aprendido observando, por una situación de emergencia, tuvieron que involucrarse en la atención del parto sin previo conocimiento o porque ellas consideran que fue un don divino³⁴ (Cuadro 2.4).

De las que contestaron que alguien les había enseñado, una cuarta parte aprendió con un familiar; 12.9% con otra partera; 12.2% con un médico o enfermera; y sólo 1.4% aprendió en una escuela.

³⁴Es curioso que algunas de las parteras entrevistadas hayan considerado tener un don divino, pues en el capítulo XXVI de la Historia General de las Cosas de la Nueva España, Sahagún escribe lo que hablaba la partera en ocasión de haber aceptado atender el parto de una preñada: "Esto solo digo ahora, que yo soy una vieja miserable y mal aventurada, no sé qué os ha movido a escogerme a mí, que ni tengo discreción ni saber ni sé hacer nada agradable a nuestro señor; que soy boba y tonta, y viven y florecen muchas siervas de nuestro señor muy sabias y muy prudentes y muy experimentadas y muy enseñadas, a las cuales ha enseñado nuestro señor con su espíritu y con sus inspiraciones, y les ha dado autoridad para ejercitar este oficio; y ellas y éstas saben este oficio y ellas lo ejercitan, de lo cual me habéis hablado; no sé cómo habiendo copia de las que tengo dicho, me habéis señalado a mí". Tomado de Hiram Bravo, Las parteras rurales en México., p. 41

CUADRO 2.4

Distribución porcentual de parteras según persona que le enseñó atender partos.
Puebla y Veracruz Sur, 1996

Quién le enseñó atender partos	Puebla	Veracruz Sur	Total
Nadie	51.4	46.6	49.0
Una partera	16.2	9.6	12.9
Un familiar	18.9	30.1	24.5
Médico o enfermera	12.2	12.3	12.2
En escuela	1.4	1.4	1.4
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

Según la edad de las parteras, casi una cuarta parte de las más jóvenes aprendió el oficio a través de la enseñanza con personal especializado en la materia como un médico, una enfermera o en una escuela; mientras que las de mayor edad, entre el 55% y 60% aprendió de forma empírica. (Cuadro 2.5)

La escolaridad ha sido un indicador muy utilizado como parte de mejoramiento social, se observa en el cuadro 2.5, que las parteras que concluyeron la primaria e inclusive fueron a la secundaria han aprendido su oficio con personal de salud institucional o han asistido a una escuela; y las que tienen un menor o nulo nivel escolar aprendieron empíricamente.

CUADRO 2.5

Porcentaje de parteras según persona que le enseñó atender partos por edad y escolaridad Puebla y Veracruz Sur, 1996

Edad	Nadie	Partera	Médico, enfermera o en escuela
Menos de 50	33.3	9.8	23.6
50 a 59	60.0	14.3	5.8
60 y más	55.7	14.8	3.3
Escolaridad	Nadie	Partera	Médico, enfermera o en escuela
Sin escuela	61.8	13.2	1.5
Primaria incompleta	46.2	13.5	11.5
Prim. completa y +	30.9	13.3	36.8

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

2.2.3 Experiencia como partera

El 18.6% de las parteras atendió su primer parto cuando era adolescente (menos de 20 años), inclusive, hubo parteras que lo hicieron cuando tenían 10 años. Pero, la mayoría (64.1%) inicia entre los 20 y 39 años, edades en las cuales generalmente las mujeres tienen sus períodos de embarazo. (Cuadro 2.6)

CUADRO 2.6

**Distribución porcentual de parteras según tiempo de ejercer el oficio
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Edad a la que atendieron el primer parto	Puebla	Veracruz Sur	Total
10 a 19	13.5	23.9	18.6
20 a 39	64.9	63.4	64.1
40 y más	21.6	12.7	17.3
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

En cuanto a la experiencia como partera, el 15.9% tiene menos de 10 años ejerciendo su oficio, y casi dos quintas partes ha practicado la partería por más de 30 años. (Cuadro 2.7) De tal manera que, un número considerable de parteras tienen varios años de experiencia, lo que muestra que han sido una alternativa en las comunidades rurales para aminorar los riesgos de salud a los que están expuestas las mujeres durante el embarazo, el parto y la atención del recién nacido, aún antes de que llegaran los servicios institucionales a sus localidades.

CUADRO 2.7

**Distribución porcentual de parteras según tiempo de ejercer el oficio
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Años de laborar como partera	Puebla	Veracruz Sur	Total
Menos de 10	21.6	9.9	15.9
10 a 19	27.0	22.5	24.8
20 a 29	16.2	28.2	22.1
30 y más	35.2	39.4	37.2
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

2.2.4 Capacitación en el IMSS

Como ya se ha mencionado, el IMSS ha requerido de las parteras para vincularse con la población de las comunidades rurales; este vínculo se construye poco a poco, a través de los cursos de capacitación, los cuales en su mayoría están enfocados no precisamente al mejoramiento de la atención del parto o de la vigilancia prenatal, en extender los servicios de planificación familiar en las comunidades rurales. Esta estrategia tiene un menor costo para el Estado porque actúa con instrumentos sencillos y baratos, y no requieren de gastos extras para vivir en comunidades apartadas, como lo sería si enviara a médicos.

En la encuesta, se captó que en los últimos cinco años han recibido en promedio tres cursos; 97.7% los consideró útiles para su desarrollo profesional, principalmente para mejorar la atención prenatal y del parto.

Las parteras conscientes de su función en el cuidado de la salud de la población materno infantil, consideran que la capacitación recibida en el IMSS les proporciona mayor seguridad y les permite tomar decisiones para derivar los casos complicados con un médico. Algunas de las parteras entrevistadas mencionaron "aprendí mucho para ayudar a mis enfermas", "aprende uno más, en la forma como atiende uno mejor a la mujer en su embarazo y parto", "porque ya está uno sin miedo, está más adiestrada para ver los niños que nacen".

Como ya se hizo mención, uno de los puntos más importantes a enseñar a las parteras en los cursos de capacitación, es en relación con la planificación familiar; sorprende que a pesar de que se les ha capacitado para que enfoquen la planificación familiar desde el punto de vista de la salud, la mayoría (63.9%) de las entrevistadas la consideró conveniente debido a la situación económica que vivimos y para beneficio de la familia. Inclusive, algunas de ellas mencionaron durante la entrevista lo siguiente: "es una cosa maravillosa, así uno tiene los hijos que uno desea y no trae uno hijos nada más a sufrir"; "es lo mejor porque así nada más se tienen dos o tres para mantenerlos mejor y vivir mejor"; "es cuidar de ya no tener tanta familia para vivir mejor sin tanta apuración".

Las parteras no se pueden desligar de su ambiente precario, y manifiestan que la situación de desigualdad social se debe a la alta fecundidad, y la solución está en controlar su crecimiento. Es muy importante su opinión, pues muchas de ellas son líderes naturales en sus comunidades, y por tanto, trasmisoras de ciertas ideas; como bien dice Agustín Sanginés al respecto: "El problema no es que haya conflicto de clases, el problema no es que me estén extrayendo plusvalía, el problema no es que yo sea campesino y el otro terrateniente, que yo sea proletario y el otro burgués, el problema es que tienes muchos hijos, el problema es que no te responsabilizas de tu salud, el problema es que no colaboras con los programas (...) El problema real se ve oculto, se soslaya el conflicto y la explotación de clases, situación que se ve completada por el Estado que engullendo la excesiva demanda de servicios, mete servicios de mala calidad, trata de restringir a la población o definitivamente quita esos servicios".³⁹

El Estado, por medio de las instituciones de salud oculta las contradicciones de clase social y transmite a la población que lo que ocasiona el bienestar o la pobreza en los hogares, es el número de hijos que las parejas tienen. Sin embargo, son las condiciones sociales las que provocan el que puedan vivir una vida digna y sana o por el contrario, llena de carencias y enfermedades. Por ello, es importante poner atención en estas parteras capacitadas, pues están siendo utilizadas para ocultar esta contradicción social.

Para reforzar estas conclusiones, se analizaron las preguntas en relación al número de hijos que ellas consideran sería deseable o conveniente que tuvieran las mujeres de las comunidades donde viven, y la razón por la cual, recomiendan ese número "ideal" de hijos.

Como se puede observar en el cuadro 2.8, casi tres quintas partes de las parteras recomienda que las mujeres de sus comunidades tengan entre dos y tres hijos. Las parteras de Puebla recomiendan un mayor número de hijos que las de Veracruz Sur; esto puede deberse a que es más elevado el porcentaje de parteras entrevistadas de 60 y más años de edad (Cuadro 2.1) en ellas prevalecen más arraigadas las costumbres tradicionales de tener una familia numerosa.

³⁹ Agustín Sanginés, *Op. cit.*, p. 90

CUADRO 2.8

**Distribución porcentual de parteras según el número de hijos que recomiendan.
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Número de hijos	Puebla	Veracruz Sur	Total
2	16.2	24.7	20.4
3	36.5	41.1	38.8
4	36.5	31.5	34.0
5 y más	10.8	2.7	6.8
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

Las razones que manifestaron para recomendar un determinado número de hijos, fueron, nuevamente, por causas económicas (84.4%), por el tiempo y cuidado que requieren los hijos (83.7%); y sólo, el 53.1% lo consideró por cuestiones de salud. (Cuadro 2.9)

CUADRO 2.9

**Porcentaje de parteras según las razones para recomendar un número de hijos
Puebla y Veracruz Sur, 1996**

Razones	Puebla	Veracruz Sur	Total
Económicas	82.4	86.3	84.4
Tiempo y cuidado	87.8	79.5	83.7
Salud	63.5	42.5	53.1
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

Hubo algunas parteras que no mencionaron precisamente estas razones, sin embargo, para ellas es importante el valor de los hijos, y mencionaron: "si se les mueren uno o dos, les quedan otros. Porque sin hijos, no hay hogar", "si se les muere un hijo tienen que ver quién las va a cuidar".

Podemos decir, que hay un doble valor de los hijos: el económico y el de la reproducción. Para el primero, las parteras al formar parte de la economía campesina -la cual, está regida básicamente por la unidad familiar de producción y de consumo- el número de hijos es importante porque van a formar parte de la fuerza del trabajo familiar o del trabajo asalariado, y el producto global de sus actividades productivas o de salario se destina a "... la satisfacción de las necesidades de sus miembros y la reproducción de sus propias condiciones de producción...."⁴⁰.

Por otro lado, las parteras consideran que una familia numerosa les puede garantizar un tamaño de familia suficiente para conformar un hogar, aunque se les mueran algunos hijos, garantizan la sobrevivencia de otros. Estas respuestas que dieron las parteras, dan la impresión de que necesitan garantizar su reproducción biológica; por ello es difícil que las instituciones de salud comprendan esa necesidad que manifiestan no sólo las parteras sino las familias de las comunidades rurales, además, "...la renovación de la vida está integrada a una estructura social e histórica determinada (...) por las condiciones en que se realiza la producción"⁴¹. De ahí, que se observe una contradicción ante la lógica comunitaria y la lógica de la modernidad.

⁴⁰Marielle Pepin-Lehalleur. "El empleo de trabajo ajeno por la unidad campesina de producción", p. 134

⁴¹Zúñiga, E., *et al.*, Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en áreas rurales de México, p. 23

CAPITULO 3. ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PARTERAS DE PUEBLA Y VERACRUZ SUR

La partera realiza fundamentalmente dos actividades de salud de interés para el IMSS: la atención materno infantil y la planificación familiar. A continuación se describen cada una de ellas, utilizando la información de la encuesta de parteras en Puebla y Veracruz Sur del estudio ya mencionado anteriormente.

3.1 Atención Materno-Infantil

Una de las actividades que con mayor frecuencia realiza la partera es en relación al cuidado de la salud materno-infantil. Ella vigila la evolución del embarazo, y al respecto se le preguntó a las entrevistadas cuál era el número de revisiones que recomiendan a las embarazadas: el 64.6% consideró adecuado de una a nueve consultas; el 23.8% entre 10 y 15, y el 11.6% más de 15; en promedio recomiendan casi diez consultas. (Cuadro 3.1)

CUADRO 3.1
Distribución porcentual de las parteras según número de consultas prenatales que recomiendan. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Número de consultas	Puebla	Veracruz Sur	Total
Hasta 9	64.4	64.9	64.6
10 a 15	22.0	25.9	23.8
16 y más	13.6	9.2	11.6
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147
Promedio de consultas	9.9	8.8	9.8

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

Se quiso saber los motivos por los cuales recomiendan un determinado número de consultas prenatales, y la mitad respondió que era para vigilar el desarrollo del embarazo. Pero un alto porcentaje (42.8%) lo considera conveniente para acomodarles el bebé en caso de que no se encuentre en una posición adecuada. En Veracruz Sur, es mayor el porcentaje de parteras que realiza esta práctica (52.1%), y sólo el 33.8% de las de Puebla. (Cuadro 3.2)

CUADRO 3.2

Distribución porcentual de las parteras según razones para recomendar atención prenatal Puebla y Veracruz Sur, 1996

Razones	Puebla	Veracruz Sur	Total
Vigilar desarrollo del embarazo	55.4	41.1	51.8
Acomodar al bebé	33.8	52.1	42.8
Vigilar y derivar	2.7	2.7	2.7
Otro	8.1	4.1	2.7
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

Podría considerarse que las parteras recomiendan un número adecuado de revisiones prenatales, sin embargo, muchas lo hacen no para vigilar la evolución del embarazo, sino para acomodar la posición del bebé. Algunas de las parteras entrevistadas dijeron textualmente lo siguiente: "para que les revise cómo está el bebé, para acomodarlo si llega a moverse y para que a la hora del parto no se complique", "para que la criatura no se encaje les atravieso una manta de lado a lado y la muevo para acomodarla y que no se lastime", "para ver cómo está la criatura, y si está mal, con masajes cambiarlo y moverlo como debe estar, y para que a la mujer no le moleste la posición del niño".

Las parteras no abandonan sus enseñanzas ancestrales de acomodar al bebé o sobar a la mujer; y ellas consideran esta práctica muy útil para evitar complicaciones durante el parto o que inclusive se le llegue a realizar una cesárea a la mujer. Sin embargo, sería conveniente insistir con ellas para que vigilen el embarazo, detecten problemas y deriven oportunamente a las mujeres, pues "... un número importante de muertes ocurre por deficiencias en la atención del embarazo y el parto (...) Las causas de muerte no se distribuyen al azar. Durante el período de 1979-1990, los problemas en el parto en general, fueron la principal causa de muerte materna en México. Las muertes en ese momento son consecuencia directa de complicaciones que no reciben atención en los servicios de salud"⁴².

Además, "...la mortalidad materna constituye una tragedia no sólo para las mujeres sino también para sus familiares (...) son principalmente ellas quienes se hacen cargo de los niños y del funcionamiento de la familia. Si se deseara mostrar con sólo un indicador la desigualdad social ante la muerte, la mortalidad materna sería uno de los más reveladores"⁴³. Para muchas familias, como lo menciona Daniel Gutiérrez⁴⁴ el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas, y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

Ante estas reflexiones, sería también de interés indagar cómo se está presentando este fenómeno de la muerte materna en las comunidades rurales, y cómo lo enfrentan las parteras, qué apoyos institucionales y legales tienen, y si efectivamente su técnica de "acomodar al niño" funciona y salva vidas o es simplemente una costumbre.

⁴²Ana Langer y Mariana Romero. "El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?", p. 25

⁴³*Ibidem*, p. 27

⁴⁴ Daniel Gutiérrez Trucios. "La Maternidad Segura en su contexto conceptual", p. 9

La mortalidad materna es un fenómeno que sigue presente en muchos hogares, y concretamente en los rurales, y quisiéramos mencionar lo que Ma. del Carmen Elu⁴⁵ encontró en un estudio que realizó entre 1989 y 1991 en el Municipio de Juan Cuamatzi, en San Bernardino Contla en Tlaxcala, que refleja lo traumático del sufrimiento de las mujeres y familias de las comunidades rurales de México, que viven esta situación:

"D. Rosa se casó a los 15 años con un artesano a quien ayudaba en la confección de sarapes. Durante los cuatro primeros años no quedó embarazada. Esto la tenía muy preocupada. Las relaciones con su marido y suegra se hicieron muy pesadas. Después -comenta su viudo- "se le hizo el milagro" y tuvo ocho hijos. En todos los partos le ayudó un partera. Su cansancio fue aumentado con los embarazos, como también los malestares. Sobrevino el noveno embarazo. La partera estuvo con ella en cuanto se inició el parto. Nació bien una niña, pero no así la placenta. Pasaron más de seis horas sin que sucediera. Rosa estaba cada vez más agotada. Se quejaba de que se sentía muy mal y expresaba su preocupación por lo que iría a pasar con sus hijos si ella moría. Las hijas mayores trataban de ayudar, los más pequeños no entendían bien qué estaba ocurriendo. La partera y el marido discutían. Ella insistiendo en que fuera a buscar un doctor, el negándose. Al fin la partera lo convenció. El marido fue al Centro de Salud. Como lo encontró cerrado buscó a un médico particular. Cuando éste vio el estado de Rosa dijo que nada podía hacer y que era imprescindible trasladarla a Tlaxcala. El marido no quería, decía que sabría Dios qué le irían a hacer si iban a un hospital; ella por su parte rogaba que le dejaran morir en su casa. Al fin el consejo del médico se impuso. Rosa apenas podía caminar. Al subirse al coche le sobrevino una fuerte hemorragia. Murió camino al hospital. Tenía 32 años".

Uno de los indicadores que se consideran importantes en el IMSS como factor de riesgo reproductivo y obstétrico es la edad en que se inicia el primer embarazo, la cual se relaciona con una maternidad sin riesgos, por ello, se les preguntó a las parteras cuál era la edad más

⁴⁵Ma. del Carmen Elu, "La mortalidad materna en áreas rurales", pp. 39-40

CUADRO 3.4

Distribución porcentual de las parteras, según razones por las cuales recomienda una determinada edad para el primer embarazo. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Razones	Puebla	Veracruz Sur	Total
Evitar problemas de salud de ella o su hijo	59.4	53.4	56.4
La mujer ya está lista para cumplir su obligación de madre	39.2	46.6	42.9
Otro	1.4	0.0	0.7
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en comunidades de Población y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

El 42.9% consideró que la mujer ya estaba lista para cumplir su obligación de ser madre; algunas respuestas textuales interesantes que dieron durante la entrevista las parteras son: "es una edad en que la mujer está madura, ya que puede tener más conciencia para educar a sus hijos y llevar un matrimonio bien. Criar a los hijos en lo mejor", "ya se tiene fuerza de ser mujer, tiene resistencia para tener familia, ya va a ser responsable de su familia", "ya es responsable, ya sabe llevar una casa, cuidar chamacos y darles consejos a sus hijos".

Estos resultados nos permiten concluir que para las parteras es importante la madurez física y mental para que la mujer inicie la reproducción; en el sentido de que es el papel que les corresponde jugar, es decir, ser reproductoras y cuidadoras de hijos. Sin embargo, es necesario que la mujer obtenga un mayor control sobre su salud y procreación, no confiándola sólo al rol de la maternidad; sino actuar con mayor autonomía en las decisiones que atañen a su propia salud y reproducción; y es ahí donde las parteras pueden participar de manera muy importante con las mujeres que atienden, pues muchas veces las consideran consejeras, y pueden prevenir las para que eviten exponerse a un embarazo que pueda culminar con la muerte de ella o su hijo.

3.2 Planificación Familiar

La participación de las parteras en planificación familiar se basa principalmente en tres actividades: promoción de métodos anticonceptivos, distribución y derivación. A continuación se describen cada una de ellas.

La mayoría de las parteras participa en la promoción (87.8%); tres quintas partes manifestaron ser fuente de distribución de metodología anticonceptiva; más del 60% envía a una unidad médica a mujeres que desean utilizar el dispositivo intrauterino o para ser operadas para no embarazarse nunca más. Sólo el 5.4% envía a varones para que les practiquen la vasectomía. (Cuadro 3.5) Cabe mencionar, que 14 parteras y tres parteros están capacitados para insertar dispositivos intrauterinos.

CUADRO 3.5

Porcentaje de parteras según las actividades de planificación familiar en las que participan. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Actividades de planificación familiar en las que participa	Puebla	Veracruz Sur	Total
Promoción de métodos	79.7	95.9	87.8
Prescripción de: pastillas anticonceptivas, inyectables y condones	58.1	63.0	60.5
Derivación a: Dispositivo Intrauterino	73.0	64.4	68.7
Esterilización femenina*	54.1	68.5	61.2
Vasectomía	2.7	8.2	5.4
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por autores con base en la encuesta del Estado de Veracruz en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

*También conocida como salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral (OTB)

En la encuesta fue de interés conocer los problemas que tienen las parteras como resultado de su participación en actividades de planificación familiar; una tercera parte manifestó que tiene dificultades para llevar a cabo su trabajo, y entre la situación a la que se enfrentan más frecuentemente es a la oposición de los esposos (76.2%) para que sus parejas usen métodos anticonceptivos; cabe mencionar que Palma y Rivera¹⁶ consideran que "... la oposición del varón es una importante barrera para la adopción de prácticas anticonceptivas en algunos sitios de la población; en las áreas rurales es una de las razones que se mencionan con frecuencia". Además, no hay una legitimación social hacia la planificación familiar que favorezca el que las mujeres recurran abierta y libremente a ella.

Por otro lado, más de la mitad manifestó que una fuerte barrera para que ellas puedan realizar su trabajo es el rechazo de la población; cerca del 20% se enfrenta a la iglesia; y 2.4% a la oposición de los médicos para que ellas participen en la prescripción y promoción de los métodos anticonceptivos; este último motivo que comentaron las parteras, aunque es un porcentaje muy pequeño, refleja que no hay un reconocimiento, sino más bien un desprecio y una crítica de los médicos de las actividades que realizan las parteras para beneficio de la salud de la población que reside en comunidades rurales (Cuadro 3.6).

CUADRO 3.6
Porcentaje de parteras según problemas a los que se enfrentan por participar en planificación familiar. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Problemas a los que se enfrentan por participar en planificación familiar	Total de Puebla y Veracruz Sur
Oposición de los esposos	76.2
Rechazos	57.1
Iglesia	16.7
Oposición de los médicos	2.4
Número de casos	42

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

¹⁶Yolanda Palma y Gabriela Rivera, *Op. cit.*, p. 161

Un papel importante que han jugado las parteras para incorporar nuevas aceptantes al programa de planificación familiar⁴⁷ ha sido porque ellas proporcionan los métodos a "escondidas" de los esposos. Lo hacen como ya lo señalamos, porque ellos se oponen. sin embargo, las parteras consideran en el 11.6% de los casos, que son las mujeres quienes deben decidir el número de hijos que tendrán (Cuadro 3.7). Al parecer, ellas perciben que el peso de la regulación de la fecundidad ha recaído principalmente en la mujer. Estamos de acuerdo con esta respuesta, pues la toma de esta decisión debe ser considerada como un asunto de género y de derechos reproductivos, es decir, que no sea impuesta ni por el varón, ni por el Estado a través de sus instituciones de salud. Casi tres cuartas partes considera que la decisión recaerá en la pareja, y un 13% considera que quien decide es el esposo.

CUADRO 3.7

Distribución porcentual de las parteras según su opinión sobre quién debe decidir el número de hijos. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Quién decide el número de hijos que debe tener una mujer	Puebla	Veracruz Sur	Total
Pareja	76.7	72.6	74.7
Esposo	12.3	13.7	13.0
Mujer	11.0	12.3	11.6
No sabe	0.0	1.4	0.7
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

⁴⁷ Una de las funciones de la partera en planificación familiar es incorporar a mujeres que acepten por primera vez métodos de planificación familiar; ya sea a través de las mismas parteras o que las deriven a una unidad médica para que a la aceptante se le otorgue el método elegido.

3.3 Características generales del área física de atención

Las respuestas que proporcionaron las parteras en ambas delegaciones permiten acercarnos a su realidad y concluir que no basta con ser capacitadas si no disponen de un lugar digno de atención para ellas y sus pacientes.

La experiencia que hemos tenido al visitar las comunidades donde viven y trabajan las parteras nos ha permitido observar que la mayoría de ellas dispone de un área específica dentro de su vivienda que es utilizada para otorgar sus servicios. Algunas de estas áreas son adaptadas específicamente para dar la atención, otras son parte del dormitorio de la familia de la partera, y otras son cuartos construidos fuera de la vivienda para que funcionen como ellas los llaman "consultorios": el material que se utiliza para la construcción de estos espacios depende de la región donde reside la partera. Sin embargo, poco se ha indagado sobre las condiciones de higiene y de recursos materiales que tienen esos sitios. De tal manera, que algunas preguntas que se les hicieron durante la encuesta fue en relación a la disponibilidad de dos servicios básicos, como son luz eléctrica y agua potable; además el tipo de material del piso del cuarto donde dan atención.

La mayoría de las parteras viven en comunidades rurales y como es sabido, las condiciones de aislamiento, pobreza extrema y la ausencia de servicios con los que frecuentemente se caracterizan a las poblaciones rurales del país, también se reflejan en las condiciones del área donde prestan sus servicios.

Se puede observar en el cuadro 3.8 que sólo el 30.5% de las parteras entrevistadas disponen de luz eléctrica, agua potable y piso diferente de tierra, que puede ser cemento, mosaico o madera; En Puebla el 8% no tiene ninguno de los servicios antes mencionados, y esto sucede en el 14% de los casos de Veracruz Sur; en esta delegación, un menor número de parteras dispone de luz eléctrica (78.5%), y en Puebla el (88.2%) encontrándose una diferencia de 10 puntos porcentuales entre las dos delegaciones (ver Cuadro 3.9). Con respecto a la disponibilidad de agua entubada también son importantes las diferencias, el 71.1% de las de Puebla tiene este servicio, y tan sólo el 53.8% de las de Veracruz Sur, cuentan con él.

CUADRO 3.8
Distribución porcentual de las parteras, según tipo de servicio.
Puebla y Veracruz Sur, 1996

Tipo de servicio	Puebla	Veracruz Sur	Total
Todos	28.9	32.3	30.5
Luz eléctrica y piso diferente de tierra	6.6	12.3	9.2
Luz eléctrica y agua	38.2	16.9	28.4
Sólo piso diferente de tierra	--	3.1	1.4
Sólo agua potable	3.9	4.6	4.3
Sólo luz eléctrica	14.5	16.9	15.6
Ninguno	7.9	13.8	10.6
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	65	141

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta de la cédula adicional del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

A pesar de que las parteras de Puebla disponen de más servicios que las de Veracruz Sur, se observa en ambas delegaciones todavía un porcentaje considerable carece de ellos (10.6%), ocasionando que la atención que prestan sea más difícil de otorgar, además se afecta la calidad de la atención que brindan a sus pacientes, sobre todo por las condiciones de insalubridad, lo que puede provocar infecciones a la madre o al recién nacido, e incluso provocar su muerte.

Otra variable importante a considerar, es el hecho de que un alto porcentaje (58.9%) de las parteras de ambas delegaciones tiene piso de tierra en el área de atención, lo que también es un factor de riesgo para las madres y sus hijos.

CUADRO 3.9

Porcentaje de las parteras según algunas características del lugar de atención.
Puebla y Veracruz Sur, 1996

Características	Puebla	Veracruz Sur	Total
Disponen de:			
Luz eléctrica	88.2	78.5	83.7
Agua entubada	71.1	53.8	63.1
Piso de tierra	64.5	52.3	58.9
Número de casos	74	65	141

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta adicional del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

3.4 Las parteras: entre la utilización de la medicina tradicional y la moderna

La medicina tradicional como la define Xavier Lozoya⁴⁸: "... es el conjunto de conocimientos y prácticas que, generados en el seno de la población, se transmiten de generación en generación, y que, basada en conocimientos empíricos, ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud de la comunidad. Este acervo de conocimientos forma parte de la cultura popular, y por lo tanto, está sujeto a sus cambios y a su desarrollo". Además, ha sido utilizada durante siglos, principalmente por la población del medio rural e indígena de México. La medicina moderna ha ido penetrando poco a poco en las comunidades rurales, implantando un modelo curativo de servicios médicos con la finalidad de proporcionar al enfermo cierto "bienestar".

La medicina moderna que se practica en las clínicas y hospitales instalados para dar servicio a la población, no resuelve totalmente los problemas de salud de los habitantes que residen en el medio rural; porque no abarca a todo el conjunto de la población, es decir, no todos tienen acceso a él, y porque, parte de la población del medio rural rechaza la implantación de esta medicina para aliviar sus males.

⁴⁸Xavier Lozoya, "Visión histórica de la medicina tradicional", p. 17

Además, estos servicios institucionales en ocasiones generan más problemas que soluciones para la curación de enfermedades, porque la forma como los médicos dan sus consultas, no permiten a los pacientes manifestar con confianza sus malestares, y más si se trata de un problema de salud reproductiva, y los médicos les expliquen con claridad el diagnóstico de salud, que se interesen por ellos, que los miren a la cara, que los comprendan, que haya una comunicación real. Ana Langer y Mariana Romero, dicen al respecto lo siguiente "... Es común que las mujeres enfrenten dificultades psicológicas y culturales en su contacto con los prestadores de servicios, mismas que resultan de la naturaleza íntima y delicada de las cuestiones relacionadas con la reproducción. Información poco precisa, alusiones confusas a síntomas y signos e, incluso, ocultamiento de problemas contribuyen a una atención deficiente".⁴⁰ Sería interesante, conocer cómo se comunican las mujeres de las comunidades con los médicos y con las parteras, para manifestar sus malestares, si las mujeres entienden el diagnóstico y la forma como debe seguir el tratamiento recetado. Si creen que se van a curar, si se sienten seguras, si continuarían o abandonarían la atención médica o con la partera.

Por otro lado, la medicina tradicional persiste en la actualidad, en la vida cotidiana de los pobladores de las zonas rurales. La medicina moderna, a través de las instituciones de salud ha ido penetrando en esas zonas, sin embargo, todo parece indicar que las parteras capacitadas hacen una combinación de las dos.

De tal manera, que más del 90% de las entrevistadas declaró ser sobadora (persona que se dedica a sobar para curar problemas de salud, conocidos coloquialmente como "empachos", "levantar la mollera caída", etc.); el 67.3% es hierbera (persona que se dedica a curar utilizando plantas medicinales, ungüentos y talismanes); el 51.7% es curandera (persona que utiliza ciertos objetos como fetiches, agua bendita, prendas, etc. y oraciones para aliviar problemas de salud o situaciones que la población considera que están asociados a la brujería o a la magia, también fenómenos conocidos por la población como "mal de ojo" "susto", etc.); y, casi una tercera parte es huesera (persona que se dedica a curar problemas relacionados con las articulaciones,

⁴⁰Ana Langer y Mariana Romero, *Op. cit.*, p. 16

luxaciones, fracturas, etc). Sin embargo, casi la mitad utiliza la medicina alópata y prescribe medicamentos: por otro lado, utilizan para la atención de sus pacientes, instrumental de la medicina moderna, ya que el 60% tiene estetoscopio; 18.4% dispone de una báscula para pesar a sus pacientes, y 12.2% tiene un baumanómetro para medir la presión arterial. (Cuadro 3.10)

CUADRO 3.10
Porcentaje de parteras según si practican la medicina tradicional y moderna
Puebla y Veracruz Sur, 1996

Practica la medicina tradicional	Puebla	Veracruz Sur	Total
Es sobadora	89.2	93.2	91.2
Es hierbera	62.2	72.6	67.3
Es curandera	55.4	47.9	51.7
Es huesera	36.5	28.8	32.7
Practica la medicina moderna	Puebla	Veracruz Sur	Total
Prescribe medicamentos	47.3	47.9	47.6
Tiene baumanómetro	12.2	12.3	12.2
Tiene estetoscopio	50.0	71.2	60.2
Tiene báscula	20.3	16.4	18.4
Número de casos	74	73	147

Fuente: Información elaborada por nosotras con base en la encuesta adicional del Estudio de Parteras en Occurrencias de Fertilización Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

Uno de los elementos que caracteriza a las parteras es la utilización de la herbolaria en el embarazo, parto y puerperio; casi una tercera parte de ellas -tanto en la delegación Puebla como en la de Veracruz Sur- combinan la medicina moderna y la herbolaria (Cuadro 3.11). Los datos son interesantes, pues hay que recordar que las parteras entrevistadas ya han sido capacitadas por el IMSS para mejorar la atención del parto. Pese a ello, no abandonan su práctica empírica como es la utilización de la medicina tradicional para acelerar el parto, algunas parteras comentaron que "soban a las mujeres con aceite, o utilizan té" y usan medicamentos, guantes,

gasas y otros elementos de la medicina institucional. De tal manera, que casi una tercera parte de ellas utiliza ambos tipos de medicina.

Esta combinación que hacen las parteras entre la medicina moderna y tradicional nos hace reflexionar que hay cierta resistencia para abandonar prácticas ancestrales, sus creencias y su cultura, aún cuando ya estén capacitadas, o porque al combinarlas, les ha permitido resolver problemas de salud. Desafortunadamente, no disponemos de información que nos guíe para saber por qué hacen esta mezcla de las dos medicinas.

CUADRO 3.11

Distribución porcentual de las parteras según medios que utilizan para la atención del parto. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Medios	Puebla	Veracruz Sur	Total
Instrumental	55.3	69.2	61.7
Instrumental y medios tradicionales	31.6	30.8	31.2
Nada	13.1	--	7.1
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	65	141

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta adicional del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

CAPITULO 4. ¿OFICIO QUE TIENDE A DESAPARECER?

Como ya se hemos mencionado, uno de los intereses primordiales para desarrollar la presente tesina fue investigar si las parteras capacitadas por el IMSS continúan atendiendo partos o, si, por el contrario, los programas de planificación familiar y los cursos de adiestramiento han provocado que su participación en la atención materno infantil disminuya. Como se puede observar en el cuadro 4.1, el 51.3% de las parteras de Puebla y el 56.9% de las de Veracruz Sur respondieron que actualmente atienden un menor número de partos; estos resultados llaman la atención pues más de la mitad de las entrevistadas está dejando de ejercer su oficio por diversas causas, que a continuación presentamos.

CUADRO 4.1

Distribución porcentual de las parteras según su participación en la atención de partos, Puebla y Veracruz Sur, 1996

Participación	Puebla	Veracruz Sur	Total
Menos	51.3	56.9	53.9
Igual	30.3	23.1	27.0
Más	18.4	20.0	19.1
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	74	65	141

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta nacional del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996.

Algunos de los motivos que manifestaron fueron porque las mujeres prefieren ir a una unidad médica donde el servicio es gratuito (Cuadro 4.2). Es comprensible que las mujeres dejen de acudir con las parteras debido a que éstas últimas cobran el servicio que prestan. Tal vez, sea una de las razones por las cuales las parteras aceptan ser capacitadas por una institución de salud, para tener otra alternativa de trabajo, como es la promoción y prescripción de métodos anticonceptivos, y no ser desplazadas por el incremento de los servicios de salud institucionales en las comunidades rurales.

CUADRO 4.2

Distribución porcentual de las parteras, según la razón por la que atienden menos partos. Puebla y Veracruz Sur, 1996

Razón	Puebla	Veracruz Sur	Total
Prefieren ir a una clínica	41.0	56.8	48.7
Hay más parteras	33.3	13.5	23.7
Ellas derivan por el riesgo	12.8	16.2	14.5
Las mujeres ya planifican su familia	10.3	10.8	10.5
Otra razón	2.6	2.7	2.6
Total	100.0	100.0	100.0
Número de casos	39	37	76

Fuente: Información elaborada por nosotros con base en la encuesta nacional del Estudio de Parteras en actividades de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Puebla y Veracruz Sur, 1996

Por ello, consideramos que se les está asignando un nuevo papel que toca aspectos decisivos de la cultura, de los sistemas de creencias y de los hábitos reproductivos. Se les impone una nueva forma de conducta reproductiva que a su vez ellas tienen que transmitir a sus pacientes. Tienen que contribuir a romper mitos y creencias que son también parte de ellas, porque son campesinas e indígenas, y no pueden abandonarlas por el solo hecho de haber sido capacitadas. Por eso, la insistencia de la institución de que acudan regularmente a recibir cursos de capacitación o de readiestramiento para no perder el contacto con ellas y continuar contribuyendo a ampliar e inyectar los cambios de la salud reproductiva, que permitan disminuir las muertes maternas y perinatales, a través de la utilización de la planificación familiar.

Otro de los motivos que manifestaron las parteras (33.3% en Puebla y 13.5% en Veracruz Sur) por las cuales las mujeres de las comunidades rurales ya no se atienden con ellas, es porque hay más parteras en las comunidades donde viven, y posiblemente la población demande consulta a las parteras no capacitadas para no involucrarse con las instituciones de salud.

Con respecto a las características socioeconómicas que tienen las parteras, considerando su percepción que tienen sobre su participación actual para atender partos, según si han dejado de

participar en igual forma en la atención del parto, se observó que el 56.1% de las que no fueron a la escuela consideran que actualmente atiende a menos mujeres en el parto; mientras que las que concluyeron la primaria o tienen nivel de secundaria, sólo se presentó en el 35.3% de los casos. Parece ser, o así lo indican los resultados de la encuesta, el nivel de escolaridad es un factor determinante en el mantenimiento o disminución de la atención del parto.

Por otro lado, las que dijeron que realizan otros trabajos para complementar el gasto familiar, la mitad de ellas considera que en la actualidad, ya no atiende el mismo número de partos como hacia anteriormente. Como ya se hizo mención, la crisis económica ha llevado a las mujeres a atenderse en las instituciones de salud, donde el servicio es gratuito, y posiblemente, esta situación ha provocado que la partera se dedique a la venta de su fuerza de trabajo en el campo, al trabajo doméstico o a la venta de productos. Además, competir contra la institución de salud más grande del país, siempre la pondrá en desventaja.

En relación a la edad actual de las entrevistadas, el 63.2% de las parteras que tienen 60 o más años consideran que ahora atienden a menos mujeres; mientras que esto sucede sólo en el 41.7% de las parteras que tienen menos de 50 años. Esta puede ser una razón de peso por la cual, las parteras de mayor edad no están siendo sustituidas por mujeres jóvenes.

El 12.8% de las parteras de Puebla y 16.2% de las de Veracruz Sur prefieren enviar con un médico a sus pacientes porque consideran que pueden presentar alguna complicación de salud y deben ser atendidas por un especialista de la medicina moderna. Estas respuestas que dieron estas parteras provocan los siguientes cuestionamientos: ¿tienen temor de atender a mujeres con alto riesgo? entonces ¿cómo las atendían antes de ser capacitadas? ¿por qué han ido dejando de atender mujeres de alto riesgo? Porque así se les indicó durante la capacitación, porque es mejor que las instituciones médicas presten este servicio y puedan incrementar sus coberturas anticonceptivas posparto.

Desafortunadamente con este estudio no se puede dar respuesta a estos cuestionamientos pero sería de interés indagar más a profundidad qué es lo que está sucediendo. Además, las

derivaciones que hacen las parteras de sus pacientes con un médico también pueden presentar situaciones difíciles para los médicos quienes tienen limitaciones para dar la atención. Ellos sólo conocen el ejercicio de la medicina "moderna" y tratan de implantar su concepción de la medicina.

Los médicos que atienden las unidades médicas rurales del IMSS, en muchas ocasiones son pasantes en servicio social, son enviados a las comunidades rurales y se enfrentan a una realidad social que nunca habían vivido. Así, descubren el mundo de la medicina tradicional, descubren también sus limitaciones y su incompreensión para abordarlo. Se enfrentan a comunidades donde el campesino deposita la confianza en sus tradiciones y maneja recursos no siempre comprensibles para ellos⁵⁰.

De ahí la contradicción que pueda presentarse entre los médicos y las parteras para ejercer la atención materno infantil y la planificación familiar, pues son dos concepciones diferentes. Los temores que puedan tener las parteras para la atención del parto, que consideren conveniente derivar a las mujeres con un médico. Y el rechazo de la población para que los médicos los atiendan.

De tal manera, surge una alianza entre estos prestadores de servicios para que las mujeres de las comunidades rurales accedan a ser atendidas en el IMSS, que ahí se les otorgue un método anticonceptivo, se les de atención prenatal, atención del parto y del puerperio y del recién nacido. Sin embargo, esta alianza no se consolida, pues de haberse logrado, habría una cobertura anticonceptiva similar a la del ámbito urbano, que fue en 1995 del 71.3%⁵¹.

La atención que ofrece la partera, por su parte, está limitada de recursos para enfrentar una emergencia, sin embargo "... suelen tener experiencia de muchos años, comparten con las mujeres el universo de conceptos y valores, y ofrecen un trato humano que en términos

⁵⁰ Xavier Lozoya. *Op. cit.*, p. 39

⁵¹ CONAPO. Indicadores básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1996, p. 19

generales es excelente (...) los médicos y las parteras tienen habilidades complementarias y mucho podrían enriquecerse de una mayor comunicación y de un sistema explícito de referencia de pacientes, sobre todo en las áreas rurales"⁵².

Otro punto interesante, es que 10% de las parteras entrevistadas considera que sus pacientes al ser atendidas para el parto en un hospital del IMSS, les otorgan en esa unidad un método anticonceptivo, lo que les reduce la posibilidad de continuar atendiendo a un igual o mayor número de mujeres. Es decir, nuevamente vuelven a estar en desventaja, pues no sólo pierden mujeres para la atención del parto sino a mujeres aceptantes de anticonceptivos.

Sería conveniente que el personal institucional considere y respete las creencias culturales de la población para su curación a través de la medicina tradicional, ya que ha sido una alternativa para combatir sus enfermedades. Las instituciones de salud deberían valorar la medicina tradicional, criticarla, pero no desecharla, porque pareciera que hay una ceguera de los practicantes de la medicina moderna para reconocer que este tipo de alternativa de curación puede ser incorporada para la mejora de la salud de la población en general.

Además, podría mejorarse la calidad de los servicios institucionales y construir un nuevo tipo de relación entre los médicos y los pacientes, porque lo que en verdad se está dando es el conflicto entre modernidad y tradición, es decir entre la medicina moderna y la medicina tradicional, que desde nuestro punto de vista, es resultado de una sociedad que se ha ido construyendo sobre la base de dos civilizaciones, la prehispánica y la occidental.

⁵²Ana Langer y Mariana Romero. *Op. cit.*, p. 21

CONCLUSIONES

Esta tesina pretende dejar abierto nuevos caminos de investigación para conocer un mundo poco explorado por la Sociología. Por eso, a continuación presentamos algunas de las conclusiones más relevantes y damos respuestas tentativas a los problemas descritos en el proyecto de nuestra tesina.

Si el "éxito" del Programa de Planificación Familiar en México se midiera sólo a través de la coberturas anticonceptivas alcanzadas, podríamos decir que éste sólo se ha logrado en el medio urbano; pues en el rural ha sido más difícil que la población acepte los métodos anticonceptivos, por ello, las instituciones de salud, y concretamente el IMSS ha utilizado a la partera para penetrar en este medio, de tan difícil acceso y tan apartado de la modernidad, para imponer cambios de conducta reproductiva convenientes a las políticas del Estado mexicano, puesto que los campesinos e indígenas son potencialmente demandantes de transformaciones sociales.

El IMSS, a través de sus programas de capacitación, ha transformado la forma de atención de la partera, y la ha incorporado a otras tareas de "salud", pero no así a su planta de trabajo ni le paga un sueldo. Por ello, poco a poco, ha ido perdiendo espacios de su práctica original que es la atención de partos, para verse envuelta en otras tareas como es la promoción de métodos anticonceptivos.

Las parteras entrevistadas perciben que sí está ocurriendo este fenómeno, pues más del 50% consideró que ahora atienden menos mujeres durante el parto. Ellas expresaron básicamente cuatro causas que han provocado este fenómeno, y definitivamente las pone en desventaja para competir contra la institución de salud más importante del país:

- 1) Una de las razones más importantes que manifestaron (48.7%) es que las mujeres prefieren ir a una unidad médica donde el servicio es gratuito, en tanto que ellas cobran la atención. El desarrollo de la infraestructura institucional; por medio del incremento de unidades médicas y hospitales en el medio rural les está afectando, y podemos suponer que se está dando un proceso de aculturación en el área de salud.
- 2) Un 23.7% de las parteras no aprecia un disminución de pacientes por el hecho de que se hayan incorporado más unidades médicas en las comunidades rurales, sino lo que perciben es que hay más parteras que ofrecen sus servicios en las comunidades donde viven, no podemos saber si estas parteras están capacitadas o no, pero lo interesante de esta respuesta es que posiblemente las que están capacitadas se sientan rechazadas por la población debido al contacto que tienen con el IMSS, y la población prefiera ser atendida por parteras no capacitadas.
- 3) La capacitación que han recibido durante más de 20 años, ha ido modificando el método tradicional de atención, ya que el enfoque de riesgo reproductivo y obstétrico, el cual es impuesto por el IMSS, ha impactado de manera determinante en la toma de decisión para no atender partos, y así lo manifestó el 14.5% de las entrevistadas. Se les ha insistido que la vigilancia de embarazos y la atención de partos complicados o de alto riesgo deben ser atendidos en una unidad médica, y no en los hogares, como se hace de manera tradicional. El hecho de que esta proporción de parteras detecte que hay un riesgo importante que pueda complicar un parto y pueda ocurrir una tragedia familiar como sería la muerte de la madre o el hijo nos indica lo importante de su función para contribuir en la disminución de muertes maternas y perinatales en las comunidades rurales; desafortunadamente no existen datos sobre las muertes que ocurren cuando participa una partera en la atención del parto. Sin embargo, sería interesante indagar qué hacían antes de conocer e incorporar el concepto de riesgo reproductivo y obstétrico, y si tienen apoyo inmediato de las unidades médicas u hospitales rurales para la atención de sus pacientes que son derivadas.
- 4) El 10.5% manifestó que la incorporación de los métodos anticonceptivos en las comunidades rurales, ha hecho que las mujeres cada vez con más frecuencia, practiquen

la anticoncepción, y tengan menos hijos. Además, ha habido un incremento en la cobertura anticonceptiva posparto en ese medio, lo que hace que las parturientas cuando regresan a sus casas, ya están protegidas con algún anticonceptivo, disminuyendo las posibilidades de las parteras para obtener un ingreso.

Nosotros consideramos también como un factor de peso para atender a un menor número de partos, el hecho de que el 65.3% de ellas tiene más de 50 años, y su fortaleza física para atender a las mujeres es menor, además de que ya están más expuestas a enfermedades, producto de su edad.

Esta disminución de atenciones durante el embarazo, definitivamente las ha afectado en sus ingresos, casi el 30% realiza otros trabajos no relacionados con la salud. Sin embargo, desconocemos, si trabajan desde antes de ser parteras; debido a la crisis económica en el área rural donde las mujeres han tenido que incorporarse cada día con mayor frecuencia a la venta de su fuerza de trabajo o porque su oficio ya no está siendo negocio, por ello sería también interesante indagar qué está sucediendo al respecto.

En relación al nivel educativo de las parteras entrevistadas, se encontró que el 44.2% de ellas son analfabetas, y 35.9% no terminó la primaria. Cuando la partera ya está capacitada se le exigen varias tareas, y para cumplirlas requieren de saber leer y escribir. Dentro de estas tareas, está el registro de sus actividades, sería de interés indagar cómo realizan esta función, pues esa información que registra alimenta al sistema de información institucional, específicamente en cuanto al logro de aceptantes de métodos anticonceptivos.

Por otro lado, pese al costo que implica su capacitación, muchas se resisten a abandonar sus prácticas tradicionales, pues el 42.8% considera que las embarazadas a la atención prenatal para que les "acomode al niño", y para la atención del parto, el 31.2% utiliza la herbolaria para acelerar el parto.

Se ha dicho que la atención prenatal y del parto deben ser tratados en forma eficaz para evitar complicaciones; porque las mujeres que asisten a los servicios médicos tienen la probabilidad 15 veces menor de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Estas reflexiones deben ser consideradas no como un asunto de los médicos y de las instituciones de salud, sino como un asunto de la sociedad, en la cual, las madres y sus hijos puedan disponer de una atención oportuna y eficiente para no exponerlos a ser un número más en las muertes maternas o perinatales.

Sería también de interés, indagar cuáles son los apoyos institucionales y legales que reciben cuando se enfrentan a complicaciones del parto y la paciente llega a morir. Qué tan fácil es que ellas deriven oportunamente a una mujer a una unidad médica que no está en su comunidad y el acceso es difícil en tiempo y costo.

Por ello, es necesario que la partera, que en muchas ocasiones es la única alternativa de atención en los lugares apartados de este país, reciba asesoría constante. Que le den opciones de trabajo, pues sería también de interés investigar cómo está afectando la economía de su hogar, y cómo les afecta a sus hijos, pues 27.2% de las entrevistadas son responsables del sostenimiento de su familia.

Consideramos también importante destacar que, a pesar de que se les ha insistido a las parteras en los cursos de capacitación que utilicen el enfoque de riesgo para introducir los métodos anticonceptivos en la población, el 63.9% los promueven o prescriben no por esa razón, sino para mejorar el bienestar de la familia, en cuanto al tiempo que se les pueda dedicar a los hijos, y en el mejoramiento de la economía familiar.

Con respecto al lugar donde atienden, deberían ser apoyadas para mejorarlo, pues 10.6% de las parteras encuestadas carecen de luz eléctrica, agua y tienen piso de tierra. Tal vez, si hay apoyo financiero externo, se les pueda ayudar en tener un área de trabajo digno para dar atención.

La partera ha sido utilizada y se ha convertido en el instrumento de las instituciones de salud para modificar conductas reproductivas en las comunidades rurales; se han diseñado programas específicos de capacitación con apoyo financiero externo con la finalidad de seguir incorporando nuevas usuarias de anticonceptivos al programa institucional de planificación familiar. Sin embargo, no se ha considerado que para las parejas de las comunidades rurales es muy importante tener una alta fecundidad por el valor que pueden significar los hijos: el económico y el de garantizar la reproducción biológica.

El Estado continúa buscando y ha encontrado formas de legitimarse, y de implantar estilos de vida por medio de la planificación familiar, como disminuir el tamaño de las familias. Hacerles creer que su situación de pobreza se debe por el número de hijos, que si tienen un menor número de hijos, mejorará su situación económica.

Se ha gastado mucho dinero para el control natal a costa de otras prioridades en salud que requiere la población del medio rural, como son las enfermedades infecciosas o parasitarias, la desnutrición, en pocas palabras, combatir las patologías causadas por la pobreza que encuentran un campo propicio para su surgimiento y propagación en condiciones de trabajo y de vida insalubres. Por ello, consideramos que se debe hacer un alto en el camino y redefinir las políticas de salud y de población en el medio rural mexicano; no elaborando programas o subprogramas de planificación familiar por presiones externas o intereses políticos particulares, sino por necesidades reales que demanda la población.

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA PARTERAS

NUMERO DE CUESTIONARIO: 175

NOMBRE DE LA PARTERA: _____

LUGAR DONDE REPORTA LA PARTERA SUS ACTIVIDADES: _____

DELEGACION: Guerrero 1 San Luis Potosí 3
 Puebla 2 Veracruz Sur 4

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA	1	2	3
FECHA			
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA			
HORA DE COMIENZO DE LA ENTREVISTA			
HORA DE TERMINACION DE LA ENTREVISTA			
DURACION ENTREVISTA (EN MINUTOS)			
RESULTADO DE LA ENTREVISTA			

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO Y REVISADO POR
NOMBRE			
FECHA			
FIRMA			

PRESENTACION:

Sra. Buenos días (buenas tardes). Mi nombre es: _____ y vengo del Seguro Social. Estamos haciendo unas preguntas sobre su labor como partera, para conocer su opinión acerca de varios temas de salud. Los datos que usted me dé son confidenciales.

FILTROS	PASE →A
0.1 ¿Ha recibido Ud. cursos de capacitación para parteras en el Seguro Social en los últimos 5 años?	Sí 1 →1.1 No 2
0.2 ¿Reporta Ud. sus actividades al Seguro Social?	Sí 1 No 2 →ACR- DECIA Y TELEFONE

I. DATOS PERSONALES DE LA PARTERA		PASE →
1.1 SEXO	Femenino 1 Masculino 2	
1.2 ¿Dónde nació Ud.?	MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____	
1.3 ¿Cuántos años cumplidos tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS	
1.4 ¿Cuándo nació Ud.?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO	
VERIFICAR CONSISTENCIA CON PREGUNTA 1.3		
1.5 ¿Vive Ud. ...	en unión libre? 1 es casada (o)? 2 es separada (o)? 3 es divorciada (o)? 4 es viuda (o)? 5 es soltera (o)? 6	
1.6 ¿Sabe Ud. leer y escribir?	Sí 1 No 2	
1.7 ¿Cuál fue el último año que aprobó en la escuela?	Sin escolaridad 10 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.8 ¿Cobra Ud. a las personas que atiende?	Sí 1 No 2	
1.9 Además de ser partera(o) ¿realiza algún otro trabajo no relacionado con la salud por el que le paguen?	Sí 1 No 2	→ 1.11
1.10 ¿Qué trabajo realiza?	_____ _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.11 ¿Con quién vive Ud.?	Sola 1 Con su marido o compañero 2 Con marido e hijos 3 Con sus hijos 4 Con otros parientes 5 Otros _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE INDICATORE		

1.12 ¿Quién participa en el gasto familiar?	Partera 1 Marido o Compañero 2 Hijos 3	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	Otro _____ ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II. DATOS DE SU PROFESION		PASE →A
2.1 ¿Cuántos años tenía cuando atendió su primer parto sola?		
VERIFICAR CONSISTENCIA CON PREGUNTA 1.4	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.2 ¿Quién le enseñó su oficio?	Nadie 1 Una partera 2 Su mamá o su suegra 3 En escuela de enfermería 4 Otra forma _____ ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.3 ¿Ud. le enseña o le ha enseñado su oficio a alguna persona?	Sí 1 No 2	→2.5
2.4 ¿A quién?	A su(s) hija(s) 1 A su(s) nieta(s) 2 A su(s) hermana(s) 3 A su(s) cuñada(s) 4 A su(s) nuera(s) 5 A alguna amiga 6 A alguna vecina 7 Otra persona _____ ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	} 2.5
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE		
2.5 ¿Por qué no le ha enseñado a nadie su oficio?	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.6 Además de ser partera ¿es Ud. . . .	Sobadora? SI NO Hierbera? 1 1 Curandera? 1 1 Huesera? 1 1	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE		

3.9 ¿Por qué?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>																															
3.10 ¿En el último curso utilizaron... CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE INTERESAN	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>rotafolio?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>transparencias?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>acetatos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>pizarrón?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>películas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>instrumental médico?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>maniquí?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>		SI	NO	rotafolio?	1	1	transparencias?	1	2	acetatos?	1	2	pizarrón?	1	2	películas?	1	2	instrumental médico?	1	2	maniquí?	1	2	Otro _____			ESPECIFIQUE			
	SI	NO																														
rotafolio?	1	1																														
transparencias?	1	2																														
acetatos?	1	2																														
pizarrón?	1	2																														
películas?	1	2																														
instrumental médico?	1	2																														
maniquí?	1	2																														
Otro _____																																
ESPECIFIQUE																																
3.11 Como partera ¿le han sido de utilidad los cursos que ha recibido en el Seguro Social?	Si 1 No 2																															
3.12 ¿Por qué?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>																															
3.13 ¿Qué recomendaría para que se mejoraran los cursos de capacitación para parteras? INDAGUE: ¿Algo más?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>																															
3.14 ¿Ha recibido cursos de capacitación para partera en otra institución de salud en los últimos cinco años?	Si 1 No 2	+4.1																														
3.15 ¿En qué institución? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE INTERESAN AVERIGÜE INSTITUCION, NO LUGAR DONDE TOMO EL CURSO	SSA 1 Instituto Nacional Indigenista . 2 Otra _____ ESPECIFIQUE	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>																														

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS		PASE -A
Ahora hablemos de las actividades que usted realiza		
4.1 ¿Para Ud. qué es la planificación familiar?	_____	

4.2 ¿En qué actividades de planificación familiar participa?	Promoción de métodos 01 Prescripción de métodos anticonceptivos 02 Distribución de métodos anticonceptivos 03 Aplicación DIU 04 Derivación para aplicar DIU 05 Derivación para CTS 06 Derivación para vasectomía 07 Otra _____ ESPECIFIQUE _____	
CIRCOLE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE		
	Ninguna 77	+4.23

4.3 ¿Qué métodos anticonceptivos recomienda que utilicen sus pacientes?	POR CADA METODO CIRCULADO PREGUNTE 4.4 Y 4.5	
INBAGUE: ¿Algún otro? ↓	4.4 ¿Cuáles son los efectos o molestias que las mujeres (los hombres) pueden tener al usar: (MENCIONAR METODO)? →	4.5 ¿Qué personas no deben usar: (MENCIONAR METODO)? →
1. PASTILLAS1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
2. INYECCIONES1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
3. DIU1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
4. LIGADURA DE TROMPAS .1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
5. VASECTOMIA1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
6. CONDOMES1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	NO PROCEDE
7. ÓVULOS Y CREMAS . . .1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
8. OTROS1	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/>
9. NINGUNO1	PASE A -4.24	

		PASE A
<p>4.6 ¿Qué método anticonceptivo es el que prefieren usar la mayoría de sus pacientes?</p> <p>CIRCULE SOLO UNA RESPUESTA</p>	<p>Pastillas 1</p> <p>Inyecciones 2</p> <p>DIU 3</p> <p>Ligadura de trompas 4</p> <p>Vasectomía 5</p> <p>Condomes 6</p> <p>Óvulos y cremas 7</p> <p>Otros 8</p>	
<p>4.7 ¿Por qué la mayoría de sus pacientes prefieren usar (MENCIONE RESPUESTA DE LA PREGUNTA ANTERIOR)?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>Es el más accesible en la comunidad 01</p> <p>Es el más barato 02</p> <p>Es el que hace menos daño 03</p> <p>Es el más seguro y efectivo 04</p> <p>Es más fácil de usar 05</p> <p>Por el número de hijos que tienen 06</p> <p>Otro _____</p> <p style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p>	
<p>4.8 ¿Qué toma en cuenta para recomendar (MENCIONE RESPUESTA DE LA PREGUNTA 4.6)?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>La edad 01</p> <p>El estado civil 02</p> <p>El número de embarazos 03</p> <p>El número de hijos 04</p> <p>La facilidad para conseguir y/o aplicar el método 05</p> <p>La seguridad y/o efectividad del método 06</p> <p>El que sea barato 07</p> <p>Que haga menos daño 08</p> <p>Otro _____</p> <p style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p>	
<p>4.9 ¿Para explicar los diferentes métodos anticonceptivos que existen utiliza...</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>Tripticos o folletos? SI NO</p> <p>Minirotafolios? 1 2</p> <p>Carteles? 1 2</p> <p>Muestrario de métodos anticonceptivos? 1 2</p> <p>Otro _____</p> <p style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p>No utiliza nada 1 2</p>	
<p>4.10 ¿Ha tenido Ud. problemas con la gente por dar información de los métodos anticonceptivos?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	<p>---FILTRO 2</p>

<p>4.11 ¿Qué problemas ha tenido?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>Rechazos 01</p> <p>Oposición del marido o compañero 02</p> <p>de la paciente 03</p> <p>Crítica autoridades 04</p> <p>Chismes 04</p> <p>Crítica del padre de la Iglesia 05</p> <p>Oposición de los médicos 06</p> <p>Otro _____</p> <p>ESPECIFIQUE _____</p> <p style="text-align: right;">[] []</p>	
<p>FILTRO 2: VER RESPUESTA DE LA PREGUNTA 4.2, PAGINA 5</p>	<p>LA PARTERA DISTRIBUYE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 1</p> <p>LA PARTERA NO DISTRIBUYE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 2</p>	→4.15
<p>4.12 ¿Cuenta Ud. con dotaciones suficientes de métodos anticonceptivos para darles a todas las mujeres que lo piden?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→4.14
<p>4.13 ¿Por qué?</p> <p>INDAGUE: (Alguna otra razón?)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[] []</p>	
<p>4.14 ¿Qué hace cuando una paciente le pide anticonceptivos y no los tiene?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[] []</p>	
<p>4.15 ¿Aplica dispositivos intrauterinos?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→4.25
<p>4.16 ¿A qué mujeres se les debe recomendar usar el DIU?</p> <p>CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>Mujer con un hijo o más 01</p> <p>Mujer con niños menores de 2 años 02</p> <p>Mujer muy delgada o muy gorda 03</p> <p>Mujer diabética o con presión alta 04</p> <p>Mujer enferma del corazón o riñón 05</p> <p>Mujer que está amamantando 06</p> <p>Otro _____</p> <p>ESPECIFIQUE _____</p> <p style="text-align: right;">[] []</p>	
<p>4.17 ¿En qué mes y año empezó a poner dispositivos?</p> <p>VERIFICAR CONSISTENCIA CON LA PREGUNTA 1.3</p>	<p style="text-align: center;">[] []</p> <p style="text-align: center;">MES AÑO</p>	
<p>4.18 ¿Tiene un lugar especial para ponerlos?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p>	→4.20
<p>4.19 ¿Cuid1?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">[] []</p>	

4.28 ¿Está Ud. de acuerdo con la planificación familiar?	Si 1 No 2	
4.29 ¿Está Ud. de acuerdo con el aborto?	Si 1 No 2	
4.30 ¿Quién debe decidir sobre el número de hijos que una mujer debe tener?	La mujer 1 El marido 2 La pareja 3 La mamá o la suegra de la mujer 4	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/>	
4.31 ¿Que mujeres no deben embarazarse porque pueden tener problemas de salud?	Las de menos de 20 años 01 Las de más de 35 años 02 Las que han tenido 4 o más embarazos 03 Las que han tenido abortos 04 Las que han tenido hijos de bajo peso al nacer o nacieron antes de tiempo 05 Las que han tenido cesáreas 06 Las que han tenido o tienen la presión alta 07	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/>	
4.32 ¿Cuáles son las señales de peligro que puede tener una mujer si se embarazara?	_____ _____ _____ _____	
INDAGUE: ¿Cuál otra?	<input type="text"/>	
4.33 ¿Cuántos hijos en total cree Ud. que debe tener una mujer?	<input type="text"/> NUMERO	
4.34 ¿Por qué?	Un 3 mayor pone en riesgo la salud de la madre 01 Un 3 mayor pone en riesgo la salud del hijo 02 Un 3 mayor pone en riesgo la salud de ambos 03 Razones económicas 04 Razones de tiempo y cuidado 05	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/>	
INDAGUE: ¿Alguna otra razón?		
SI CONTESTA QUE ES RAZÓN ECONOMICA, AVERICÓN OTRA RAZÓN		
4.35 ¿Cuál cree que sea la mejor edad para que una mujer empiece a tener hijos?	Antes de los 20 años 1 De 20 a 21 años 2 De 22 a 23 años 3 24 y más años 4	
4.36 ¿Por qué?	_____ _____ _____	
	<input type="text"/>	

4.37 ¿Cuánto tiempo debe pasar entre el nacimiento de un hijo y el siguiente nacimiento?	Menos de un año 1 Menos de dos años 2 De Dos a tres años 3 Más de tres años 4	
4.38 ¿Por qué? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿Alguna otra razón? SI CONTESTA ÚNICAMENTE RAZON ECONOMICA, INSISTA EN AVERIGUAR OTRA RAZON	Por la salud de la madre 01 Por la salud del hijo 02 Por la salud de ambos 03 Se puede atender mejor al hijo 04 Por razones económicas 05 Otro _____ ESPECIFIQUE _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.39 Durante el embarazo ¿cuántas revisiones debe hacerse una mujer?	<input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO	
4.40 ¿Por qué?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.41 Durante la cuarentena ¿cuántas revisiones debe hacerse a una mujer?	<input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO	
4.42 ¿Por qué?	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.43 ¿Qué otras actividades de salud realiza? ATENCIÓN ENTREVISTADORA AQUI SE ESTA PREGUNTANDO SOBRE OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD APARTE DE LAS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA	_____ _____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

V. REGISTRO DE INFORMACION	PASE →A	
5.1 Cada vez que atiende a una mujer durante el embarazo, parto o cuarentena ¿anota la actividad que realiza?	Sí, la mayoría de las veces 1 Sí, algunas veces 2 No 3 ¿por qué? _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	→5.3

5.2 ¿En dónde anota a las mujeres que atiende?	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	
5.3 Cada vez que una mujer le pide información sobre planificación familiar ¿anota la actividad que realiza?	Sí, la mayoría de las veces1 Sí, algunas veces2 No3 ¿por qué? <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	→5.5
5.4 ¿En dónde anota esta actividad?	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	
5.5 ¿Hace visitas domiciliarias?	Sí 1 No 2 ¿por qué? <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	→5.8
5.6 Cuando hace visitas domiciliarias ¿las anota?	Sí 1 No 2 ¿por qué? <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	→5.8
5.7 ¿En dónde las anota?	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	
5.8 ¿Canaliza pacientes?	Sí 1 No 2 ¿por qué? <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	→5.12
5.9 ¿En qué casos canaliza Ud. pacientes?	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>	

5.10 Cuando canaliza a alguna persona ¿lo registra?	Sí 1 No 2 ¿por qué? _____ _____ <div style="text-align: right;">[] []</div>	→5.12
5.11 ¿En dónde lo registra?	_____ _____ _____ <div style="text-align: right;">[] []</div>	
5.12 ¿Se asegura que la persona canalizada realmente asista al servicio médico recomendado?	Sí 1 No 2	→5.15
5.13 ¿La acompaña Ud. a la clínica u hospital?	Sí 1 No 2	→5.15
5.14 La mayoría de las veces que acompaña Ud. a una persona ¿quién paga sus pasajes?	Partera 1 Paciente 2 Ambos 3 Otro _____ <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> <div style="text-align: right;">[] []</div> El lugar o servicio médico está en la comunidad. 4	
5.15 Si la persona que deriva no tiene Seguro Social ¿a dónde lo canaliza? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE ENTREVISTADORA REMARQUE QUE LO QUE SE LE PREGUNTA ES INSTITUCION NO LUGAR	SSA 1 INI 2 Médico particular. 3 Otro _____ <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> <div style="text-align: right;">[] []</div>	
5.16 ¿Posteriormente visita Ud. a las personas que canalizó en sus domicilios?	Sí 1 No 2	→5.18
5.17 ¿Cada cuando las visita?	_____ veces a la semana 1 _____ veces al mes 2 Otro _____ <div style="text-align: center;">ESPECIFIQUE</div> <div style="text-align: right;">[] []</div>	
5.18 ¿Es Ud. partera auxiliar de supervisión (PAS)?	Sí 1 No 2	→5.29
5.19 ¿La visita alguna partera para supervisar sus actividades?	Sí 1 No 2	→5.23

5.20 ¿Cada cuando la visita la supervisora?	Cada mes 1 Cada dos meses 2 Cada tres meses 3 Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/>	
5.21 ¿En qué actividades le ayuda la supervisora? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE INDAGUE: ¿ALGUNA OTRA?	Llenado del reporte de actividades . . . 1 Ayuda en partos difíciles 2 Le lleva medicamentos 3 Le lleva métodos anticonceptivos . . . 4 Otro _____ ESPECIFIQUE <input type="text"/> En ninguna 7	
5.22 ¿La supervisora visita a sus pacientes para preguntarles sobre la atención que Ud. les da?	Sí 1 No 2	
5.23 ¿Asiste Ud. a las reuniones de parteras que hace el Seguro Social?	Sí 1 No 2	→5.25
5.24 ¿Por qué no asiste a esas reuniones?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	}5.27
5.25 ¿Considera que estas reuniones le son útiles?	Sí 1 No 2	
5.26 ¿Por qué?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	
5.27 ¿Se siente Ud. apoyada por el Seguro Social?	Sí 1 No 2	
5.28 ¿Por qué?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	
5.29 ¿Cree Ud. que el Seguro Social debería organizar nuevas actividades dirigidas a las parteras?	Sí 1 No 2	→6.1
5.30 ¿Cómo cuáles? INDAGUE: ¿Alguna otra actividad?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	

VI. AREA DE TRABAJO		PAGE →A
Ahora vamos a platicar del lugar donde Ud. trabaja		
6.1 ¿Las mujeres que Ud. atiende viven en su comunidad o en otras comunidades?	SÓLO de su comunidad 1 SÓLO de otras comunidades. 2 Ambas 3	→ 7.1
6.2 ¿Me puede decir el nombre de esas comunidades?	_____ _____ _____ _____	
6.3 ¿Por qué atiende a las mujeres de esas comunidades?	_____ _____ _____	
6.4 ¿A cuánto tiempo está la comunidad más cercana, fuera de ésta?	Menos de 15 minutos 1 De 15 minutos a media hora. 2 De media hora a una hora. 3 Más de una hora 4	
6.5 ¿En qué medio de transporte?	A pie 1 En autobús. 2 En pesero 3 En automóvil. 4 Otro _____ ESPECIFICAR	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE		
6.6 ¿A cuánto tiempo está la comunidad más lejana?	Menos de 15 minutos 1 De 15 minutos a media hora. 2 De media hora a una hora. 3 Más de una hora 4	
6.7 ¿En qué medio de transporte?	A pie 1 En autobús. 2 En pesero 3 En automóvil. 4 Otro _____ ESPECIFICAR	
CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE		
6.8 ¿Qué tipo de atención les da a las mujeres que viven fuera de su comunidad (en otras comunidades)?	_____ _____ _____ _____	

VII. REPORTE DE ACTIVIDADES		PASE →A
7.1 ¿Entrega Ud. algún reporte de sus actividades como partera?	Sí 1 No 2	→7.3
7.2 ¿Por qué?	_____ _____ _____	→7.9
7.3 ¿De qué forma lo entrega?	En un formato 1 Verbalmente 2 Lleva su libreta 3 Otro _____ ESPECIFIQUE _____	
7.4 ¿A quién se lo entrega?	Enfermera del Seguro Social 1 Médico de la UMF (UMS) 2 Médico de la UMF (Hospital) 3 Médico de la coordinación 4 PAB o supervisora 5 Otro _____ ESPECIFIQUE _____	
7.5 ¿En dónde entrega su reporte de actividades?	En la Unidad de Medicina Familiar . . . 1 En la Unidad Médica Rural 2 En la Reunión de Parteras 3 La PAB o supervisora va por él a su casa 4 Otro _____ ESPECIFIQUE _____	
7.6 ¿Cada cuando entrega su reporte de actividades?	Cada mes 1 Cada dos meses 2 Cada tres meses 3 Otro _____ ESPECIFIQUE _____	
7.7 ¿Conoce el formato PR7?	Sí 1 No 2	
7.8 ¿Sabe llenar el formato para reportar sus actividades?	Sí 1 No 2	→7.10
		→7.10

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

CUESTIONARIO PARA PARTERAS

No. de cuestionario: _____

Nombre de la partera: _____

Delegación: Puebla 1 Municipio: _____ Localidad: _____
Ver. Sur 2

1. ¿Alguna vez ha atendido a mujeres en el parto?	Sí 1 No 2 →	(Pase a 7)												
2. ¿Actualmente atiende a mujeres en el parto?	Sí 1 → No 2	(Pase a 4)												
3. ¿Por qué ya no atiende a mujeres en el parto?	_____ _____ (textual)	(TERMINE)												
4. ¿En el lugar donde usted atiende a las mujeres de parto hay ..(LEA)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>luz eléctrica?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>agua entubada?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>el piso es de cemento?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SI	NO	luz eléctrica?	1	2	agua entubada?	1	2	el piso es de cemento?	1	2	
	SI	NO												
luz eléctrica?	1	2												
agua entubada?	1	2												
el piso es de cemento?	1	2												
4a. ¿Qué utiliza para la atención de un parto? (REFERASE A: INSTRUMENTAL, GUANTES, MEDICAMENTOS, HERBAS, ETC.)	_____ _____ (textual) Nada 95 →	(Pase a 4c)												
4b. ¿Con qué esteriliza el instrumental que utiliza para la atención de un parto? (CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Esterilizador</td> <td style="text-align: right;">..... 1</td> </tr> <tr> <td>Benzal</td> <td style="text-align: right;">..... 2</td> </tr> <tr> <td>Alcohol</td> <td style="text-align: right;">..... 3</td> </tr> <tr> <td>Sólo agua y jabón</td> <td style="text-align: right;">..... 4</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: right;">..... 5</td> </tr> <tr> <td>No esteriliza ni lava</td> <td style="text-align: right;">..... 6</td> </tr> </table>	Esterilizador 1	Benzal 2	Alcohol 3	Sólo agua y jabón 4	Otro 5	No esteriliza ni lava 6	
Esterilizador 1													
Benzal 2													
Alcohol 3													
Sólo agua y jabón 4													
Otro 5													
No esteriliza ni lava 6													
4c. ¿Actualmente atiende a más mujeres en el parto, a menos o igual que antes?	Igual 1 → A menos 2 → A más 3	(TERMINE) (Pase a 6)												
5. ¿Por qué ahora atiende a más mujeres?	_____ _____ (textual)	(TERMINE)												
6. ¿Por qué ahora atiende a menos mujeres?	_____ _____ (textual)	(TERMINE)												
7. ¿Por qué no ha atendido a mujeres en el parto?	_____ _____ _____ (textual)	(TERMINE)												

ANEXO 2

BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (AMIDEM).** Riesgo reproductivo II. Planificación familiar y riesgo reproductivo. Temas de Planificación Familiar. Ed. AMIDEM. México, 1988, pp. 59
- Alarcón, F., et al.** "Atención primaria de la salud y planificación familiar en el medio rural", en Planificación Familiar y Demografía Médica. Un enfoque multidisciplinario. IMSS, México, 1985, pp. 480
- Alarcón, F.,** "Antecedentes Demográficos" en La Revolución Demográfica en México, 1970-1980. Ed. IMSS, México, 1982, pp.523
- Bonnie, Mass.** "Bosquejo histórico del movimiento Norteamericano del control de población", en Salud e imperialismo. Vicente Navarro (compilador). Ed. Siglo XXI, México, 1983, pp. 505
- Bravo, Hiram.** Las parteras rurales en México. Investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en Programas de atención materno-infantil y planificación familiar; Ed. IMSS-AMIDEM. México, 1990, pp. 134
- Consejo Nacional de Población.** Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.
- Consejo Nacional de Población.** Indicadores básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1996. Ed. CONAPO, México, 1996, pp.51
- Correu, S., et al.** "Los servicios de Planificación Familiar en el medio rural" en Planificación Familiar. Población y Salud en el México Rural. Ed. IMSS. México, 1986, pp. 477
- Elu, Ma. del Carmen.** "La mortalidad materna en áreas rurales" en Maternidad sin riesgos en México. Ed. IMES, México, 1994, pp. 220
- Gutiérrez, Daniel.** "La Maternidad Segura en su contexto conceptual" en Maternidad sin riesgos en México. Ed. IMES, México, 1994, pp. 220
- IMSS-AMIDEM.** ¿Qué es un Programa de Planificación Familiar? Temas de Planificación Familiar. Ed. IMSS-AMIDEM. México, 1987, pp. 144
- Instituto Mexicano del Seguro Social.** Encuesta Rural de Planificación Familiar. Resultados Nacionales. Ed. IMSS. México, 1981, pp. 109
- Instituto Mexicano del Seguro Social.** Diagnóstico situacional del uso de métodos anticonceptivos en el IMSS y perspectivas al año 2000. México, 1995 (documento sin publicar)

Instituto Mexicano del Seguro Social, Directorio Nacional de Parteras Rurales. Información por estado, municipio, localidad edad y capacitación. IMSS, México, 1994, pp. 643

Langer, A. y Romero, M. "El embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?", en Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México, Ed. EDAMEX, México, 1996, pp. 415

López Acuña, D. La salud desigual en México, Ed. Siglo XXI, México, 1984, pp. 100

Lozoya, Xavier, "Visión histórica de la Medicina Tradicional", en Vida y Muerte del Mexicano, Federico Ortiz Quesada (ed.), Ed. Folios Ediciones, Vol. 2, México, 1982, pp. 331

Martínez, M. Jorge. "El reto y la respuesta a la planificación familiar en México" en Planeación Familiar y cambio demográfico. Lecturas en materia de Seguridad Social, Ed. IMSS, México, 1982, pp. 554

Meek, Ronald (Comp.), Marx, Engels y la explosión demográfica. Ed. Extemporáneos, México, 1973, pp. 253

Mellado, V., et al. La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano. Ed. CIESS, México, 1990, pp. 246

Ocampo, Eduardo. "La política demográfica en los niveles nacional y regional" en La población y el desarrollo regional y urbano, CONAPO, México, 1984, pp. 270

Organización Mundial de la Salud, Parteras tradicionales, Ed. OMS, Ginebra, 1993, pp. 19

Ortiz Quesada, F. Salud en la pobreza, El proceso salud-enfermedad en el Tercer Mundo, Ed. Nueva Imagen, México, 1982, pp. 96

Palma, Y. y Rivera, G., "La planificación familiar en México" en Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. Ed. EDAMEX, México, 1996, pp. 415

Pepin-Lehalleur, Marielle, "El empleo de trabajo ajeno por la unidad campesina de producción" en Capitalismo y campesinado en México. Estudios de la realidad campesina, Ed. La Casa Chata, México, 1976, pp. 246

Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000

Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población, 1995-2000

Rivera, M. y Guzmán, C., Los despobladores. Ed. SPAUNAM, México, 1977, pp. 108

Rojas S., Raúl, Capitalismo y enfermedad, Ed. Folios Ediciones, México, 1982, pp. 271

Rojas S., Raúl, Sociología médica, Folios Ediciones, México, 1983, pp. 108

Sanginés García, A., "La medicina familiar comunitaria" en Medicina ¿para quién?, Ed. Nueva Sociología, México, 1980, pp. 312

Secretaría de Salud, et al., La partera tradicional en la atención materno infantil en México, Ed. DGAMI-SSA, México, 1994, pp. 273

Secretaría de Salud, et al., El perfil de la partera tradicional en México, México, 1994, pp. 129

Secretaría de Programación y Presupuesto, La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, México.

Valdés, Luz María, "Población y Salud", en Vida y Muerte del Mexicano, Federico Ortiz Quesada (Ed.), Ed. Folios Ediciones, Vol. 1, México, 1982, pp. 217

Witzkin, H.B. y Waterman, B., La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista, Ed. Nueva Imagen, México, 1984, pp. 221

Zúñiga, E., et al., Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en las áreas rurales, Ed. IMSS, México, 1986, pp. 226