[redacted]na opción para comunidades rurales: La Partera

Dr. EligioV ıey Ouívez. Etif Hilda A. Domínguez.

[redacted]

[redacted] I Estado debléxico, tenía 91115,795 Illt-,41 bitantes de acuerdo al Censo de 1990 y] este hecho nos convirtio en la entidad 1 t . . . . .,..,..1114á.. yoblelnas para hacer llegar a todas sus connin idades servieios de salttd adecuados. De los 121 municipios, existen 11 (9.09%), con menos de 6,000 habitantes y en el estado hay 2,973 comunidades con menos de 15,000 habitantes.

Esta situación de comunidades pequeñas y dispersas, son todo mi reto para llevarles servicios y es en estas áreas rurales en las que hay una mayor necesidad, ya que tienen las tasas más altas de morbilidad y mortalidad. Asimismo, disponen de la infraestructura y recursos menores para enfrentarse a estas necesidades. Los recursos capacitados (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), no van a trabajar en esas comunidades, pues las mismas no les ofrecen los satisfactores de vida a que estos profesionales aspiran. Así las comunidades rurales, y esto sucede en todo el mundo, acuden a su sistema tradicional de salud ". En nuestro país, la mayor parte de este sistema está representado por las parteras. Este personaje de las comunidades es el que presta el servicio de salud, todos los días y a todas horas, por lo cual es el más confiable. Presta su atención a toda la familia y ahí persiste. Es el fiel reflejo de los valores de sus comtinidades y creencias. Es un líder nato cuya opción es tomada en cuenta y se le trata con respeto.

Por parte del personal del Sistema de Salud, existe una doble actit ud ante las partt'ras, unos pocos que las aceptan y otro grupo muáS numeroso que las rechaza, gente con gran visión afrontó el reto de tomar en cuenta a las parteras empíricas y las capacitó en cursos, con el oldeto ule que los servicios que presten en sus comunidades tengan una base técnica y se unan además al Sistema de Salud como mon llores de todos sus programas ", como ha sido hecho en otras partes del mundo vinculado la llamada medicina occidental o científica con la medicina tradicional, con el objeto de tener una mayor cobertura de los Programas de Salud y poder llevar salud para todos en el año 2000.

A 16 años de iniciado el Programa de Parteras en la Delegación del Estado de México del 1.151.S.S. se realizó una evaluación, para valorar el costo beneficio de este Programa, para lo cual se realizó una encuesta directa a 186 parteras adiestradas, que asistieron a la Reunión de Evaluación. En la región Toluea de 1977 a 1992, se han impartido 23 cursos iniciales, con un promedio de 20 asistentes a cada curso. La duración es de 21 días y se impart práctico y de tiempo completo, ya que las parteras se quedaban a vivir en Tol tica Para aplicar esta encuesta se capacitó a 7 enfermeras para aplicarla el mismo día a todas, de tnanera verbal a algunas y a otras por escrito.

L4(2 7j74, 4..,¿

Edad de las Parteras.— Al inicio del Programa, las parteras eran personas de más de 50 años, se ha visto ult cambio y cada vez se ineorporaron más mujeres jóvenes a atender partos y muchas de ellas son hijas o parientes de las parteras.

de mayor edad tienen tnás expericlieia *y* las jóvenes son tnás dinámicas y activas.

Tal da 1 Parteras rurales participantes Pu 11 Programa de Salud Reproductiva

AÑOS 1)E EDAII	NÚMERO	POlt CIENTO
20 — 29	26	13.9
30 — 39	31	16.7
40 — 49	37	19.9
50 — 59	.10	21.5
60 — 69	39	21.0
70 — 79	lo	5.4
MÁS 1)E 80	3	1.6
TOTAL	186	100.0

Como puede verse en la tabla 1 el grupo mayor es de los 40 a los 69 años, predominando con mucho las mojeres mayore; de 40 años.

Las 186 parteras habían asistido a un curso de ensefianza de 21 días en el I.M.S.S. *y* el 80% a otro curso de readiestramiento en el mismo I.M.S.S. Al preguntarles si habían asistido a un curso en otra Institución del Sector Salud, 39 contestaron afirinativamente.

Tabla 2 CapacitadOn en otra institueión

INSTITUCKÍN	NUI'l IR()	POR CIENTO
	18	46.2
1).1.F.	5	12.8
MISItíN CULTURAL	3	7.7
	2	5.1
CRUZ ROJA	1	2.6
OTRA	10	25.6
TOTAL	39	100.0

liaya aceptado un dispositivo hdrauterino la canalizan y en los más de los casos, las **llek** an a la Unidad de Medicina Familiar, más eereana del LNI.S.S., para que se lo apliquen.
ma situación (itte acontece con los métodos quirúrgleos o definitivos para el hombre o la mujer.

Este sistema de apoyo médico a la partera en las unidades, es fundamental para garantizar que el programa tenga Intenos resultados.

Tabla 4 Permanencia en el Programa de Salud Reproditetiva después del Curso de Capacilacióil

	PERMANENCIA EN AÑOS	NI[T] MERO	POR CIENTO
1—	5	69	37.1
	6— 10	56	30.1
	11 — 15,	54	29.1
	16	7	3.7
	TOTAL	186	100.0

Otra de las interrogantes en relación a la Planificación Familiar fue que aplicaran, en sus propias palabras, por qué es necesaria la Planificaelón, las respuestas fueron muy variadas y pueden verse en el siguiente cuadro.

Tabla 5 ¿Por qué **es** necesaria la Planificación Famillar?

RAZONES	NUMERO	POR CIENTO
DEMOG[I] ' FICAS	36	19.6
NECESAMAS PARA [yr] NIEJOR	36	19.6
MEJOR VIDA	20	10.9
FALTA DE RECURSOS \;ÓMICOS	19	**10.3**
AYUDA A LA POBLACIe	**16**	8.7
LO SOLICITA LA POBLACION	15	8.2
SALUD MATERNA	15	8.2
SALUD DE LOS NIÑOS	15	8.2
FALTAN SERVICIOS	5	2.7
NIÑOS SIN PADRE	3	1.6
PARA EDUCAR A LOS HIJOS	2	1.0
CAPACITADA EN EL I.M.S.S.	1	0.5
NO CONTESTARON	1	0.5
TOTAL	184	100.0

cz=1
1:5-4
--r:
E--.
r=7-:'
r-.4
1:4

Tabla Escolaridad tle partera.s rurales

NIVEL	NÚMERO	POR CIENTO
ANALF ABETAS	35	18.8
PRIMARIA INCOMPLETA	52	28.0
PRIMARIA COMPLETA	50	27.0
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	6.4
SECUNDABIA COMPLETA	30	16.1
PREPARATORIA	1	2.1
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		1.0
TOTAL	1110	100.0

Como puede verse, todas las inst ituciones del Sector Salud, en un tiempo capacitaron parteras, pero al parecer este programa ha sido abandonado a excepción del I.M.S.S.; en donde hay cursos para capacitar a las parteras y cursos de readiestramiento. Mismos que persisten desde 1977, buscando en dicha instilución cada día adecuarlo a las nuevas (I iidieiones. Por ejemplo, temas nuevos de los últimos años han sido el SIDA y el Cólera, misittos que se sumaron al contenido educativo de los cursos.

ESCOLAIIIDAD.— Es tina situación en paralelo con la edad, en un principio las más eran analfabetas y de primaria incompleta, pero en años recientes, la escolaridad de las nuevas parteras ha mejorado. El nivel de las parteras es un fiel reflejo de la escolaridad de sus comu nidades rurales, más baja que la del resto del estado (1).

Como puede verse las más están por debajo de primaria (73.(%), lo cual obliga a adaptar el curso a ese nivel de escolaridad y la práctica en los hospitales es fundatneti a para que de manera directa vean las medidas higiénicas que se toman, para la atención del parto y el manejo del recién nacido.

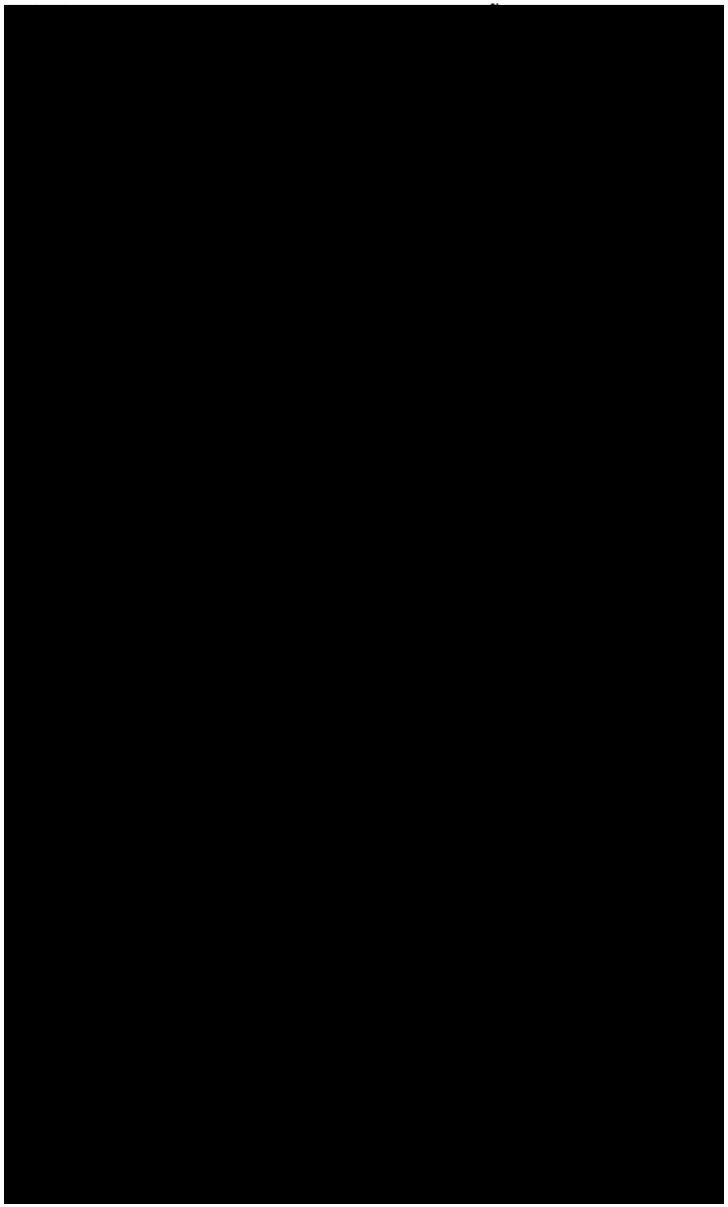
hay que resaltar que 32 parteras (17.2%), además son bilingües. Siendo el otomí (15), Maza- lima (8) y Tarasco) (1) los idiomas maternos.

En todos los casos se realiza una evaluación previa y al curso. Para medir los m- nocimientos ganados, siendo esta evaluación oral y eserita, seguida de una visita a su dotnieilio para evaluar su adaptación a los conocimientos adquiridos a su práctica diaria.

Como pt tede verse, las partems persisten en el Progran informado de acciones de Plan Ciettción Eaimiiliar, de control del embarazo y del niño. Son monitores de todos los Programas de Educación para la Salud y en acción comunitaria son líderes indiscul ibles. Este personal no cobra ningtin salario y asiste cada 2 meses a una reunión de coordinación, en donde ademas recibir plat ieas temas médicos y de resolución de sus dudas, rinden un nforme escrito o verbal.

El 100% refirió, se eneuentran realizando acciones de Planificación Ett miliar, lo cual se corroboró por sus informes bimestrales.

Se les interrogó (oil respecto a si en sus cottittnidades les solicitan acciones de planificación familiar y respoldieron afirmativamente 174 (93.5%), lo cual contrasta con el decir de parte del personal de sector salttd, quienes refieren, la pi)blación rechaza acciones de planificación fam i iar. Las parteras refieren que existen familias que no aceptan, pero que las más oyen las pláticas de planificación familiar y posteriormenle aceptan y practican la planificación. Lo cual nos indica que su función es completa, ya que en caso) de aceptación de un método anticonceptivo oral, ellas de acuerdo al criterio de indicaciones y contraindicaciones, lo proporcionan o no en caso de que la paciente



Presenlamos las razones y tto las resuntitnos, con *el ifiljeto* de que al analizar los mot ivos, se vea que son muy variados, aunque en *el* fondo pudieran restunirse en 2 6 3, pero el personal responsable de educar intra la salud, debe de tomar en cuenta todos los posibles molivos, de acuerdo al nivel cu II ural de la pareja o del auditorio.

4I.111040.¯ 1141tit5 44111"144.1444⁰4⁴⁴⁴ titt 4.4 ~44444, 111114, t,tt las ettates se les proporciona a las parteras una cantidad mOdiett para sti alintentacióti, en el caso del Estado de México, se buscó el proporcionarles habitación para dortnir en la casa del Agrarista y úllimamente en un A bergue de las Promotoras S'oluntarias del

se dividió el eurso en teórico

Abarcando control del embarazo y parto, I ti nomio materno-letal. Acciones médico pret -ntivas ett la comunidad y metodología ant e)neeptiva En 1992, la Seerelaría de Salud editó el Manual de la Partera Tradieional con 2 de los contenidos ". En conclusión, puede verse que después del curso de cal)avitación y los cursos de re-adiestramienlo, la parlera trabaja e informa regularmente. Que persiste en el Programa a pesar de que no recibe retribu-

AAX444 *A·1·⁴,Mic(H*1¹1.1*.* IrMITAY/fa WIWACitlet1 110 9,41kt de plattificación familiar, sino bunbién de edueación para la sal tul y de acción comunitaria. tina persona esencial para el éxito del curso, es la profesora y coordittadora de parteras, la ▮ dad en materno—infantil, experiencia en docencia y alto sen tido humano.

Tabla 6 Meta y logro de partüras rurales 1977-1992

ACEI"I`ANTES	META	1,0(1110	P011 CIENTO
I IORMONALES	63,480	111,760	176.0
DIU (ENVÍO)		9,324	
QI1I111511GICO (ENVÍOS)		6,229	
TOTAL	63,480	127,313	200.6

* Meta a parlir de 1992.

CONCLUSIONES:

La partera rural, puede aprender conceptos científicos y técnicos, si le son presentados adecuadamente.

La edad y grado de escolaridad no han sido obstáculo para los cursos de eapa(·itación, pero sí obligan a realizar un curso teórico– práctico adaptado a la escolaridad de las parteras con un contenido educativo claro.

El sector salud, debería evaluar los resultados las áreas rurales, ya que como puede verse, persisten en el Programa de Planificación Familiar y con el objeto de lograr una mayor permanencia, buscar estrategias que las estimulen.

En el área rural se tiene necesidad de promover programas de salud y acercar a su vez la prestación de servicios, p • • s se encuentra ant: con una necesidad no cubierta.

Las metas de Planificación se cubren ampliamente y en el momento, con el uso de todos los métodos anticonceptivos, la atención de la embarazada, del parto y puerperio, siet ilpre han realizado y con una mayor capacitación; los resultados obtenidos son mqjores como se ve en el hecho de la idcutificación de factores de riesgo y de la canalización de la pludente a las Unidades Médicas, para su atención adecuada.

El trabajo en beneficio de la comunidad como un monitor del sector, es invaluable y cubre todos los Programas de Salud.

Siendo la conclusión final, que este es un programa exitoso en el I.M.S.S., en el cual el costo beneficio es positivo y en el cual no se requieren grandes recursos para el mismo. La capacitación (le la partera rural es posible y nos permite obtener un gran aliado en las comunidades, mejorando las condiciones de vida en las áreas rurales en muchas de las cuales ellas son el único recurso de salud, además de participar en los programas.

:
o

CID
1:4

BiltLIOGRAFÍA

1.— X1 Cens4r) General tui· Poblavión y Vivienda. !990. Insliituto Nacional ile Estadística, Geografía Infor-111;ítica. INEGI.

2.— Lozoya X: Medicina Tradicional y Herbolaria. ¿Por qué?
Itev. Med. 1.M.S.S. (Méx), 1985; 23: 85.

3.— Lozova X: Legorreta: Medicina Tradicional v Salud en México. Gaceta Médica de México. 1987, 12311-12.

Castañeda G. X: Langer G.A.: Una Alternativa para la Atenelón Perimital: 1,as Parleras Trailicionales en el estado de Morelos. Ginevo-obstetricia, México, 1991; 53: 353 - 357.

5.— Fernández ItF. Vel:ízquez.11..1.: Participaeión di la Parteralblral en el Programa de Planifleación F:,miliar: Experi«ncia en Puebla. Ilevista Médical.M.S.S. (Méx), 1984, 22:127.

6.-- de laParteraTradielonal Secretaría de Salud, 1992.

Tabla 7 Parteras rurales Atención Obstetricia

	NI11\I Elt0	POlt CIENTO
PARTOS ATENDIDOS	42,770	
CONSULTAS A EMBARAZADAS	136,684	
ENVÍOS DE EMBARAZADAS	11,048	(18.8% DEL TOTAL)
POR FACTOBES DE 111 ES00		
ENVÍOS A PARTO	7,735	(18.1% DEL TOTAL)
POR FACTOBES DE RIESGO		

La meta establecida de 2 aceptantes por partera por mes, se cumplió al 200%. En un principio se pensó sólo funcionaría con mélodos orales y se ve cómo lo logrado fue mayor a lo esperado; además de estas acciones reporlaron otras de atención de la embarazada y atención del parto. En la estación materno—infantil son también un recurso insustituible, capacitada puede detectar los factores de riesgo y canalizar a la embarazada a su atención adecuada, **con lo cual** seguramente disminuirá la morl alidad materna, pites permit irá el manejo tem pratio del embarazo complicado.

En este ru bro debe prevenir y manejar el embarazo y pa rt o de mtkjeres de bikjo riesgo. Ident ificar y eattalizar a las unidades médicas, los casos con alto riesgo. En acciones de fomento a la salud, participan en la promoción de

y nutrición, promoción y participación en vacunación, desparasitación, hidratación oral, aplicación tópica de Ilmior, mejoramiento de la vivienda, de construcción de letrinas, lógones en abo, etc.