



18
31

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**Evaluación y Propuesta de un Programa de
Capacitación a Parteras Desde la
Perspectiva de Trabajo Social**

T E S I S
Que para obtener el título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
p r e s e n t a n

DULCE MARIA HERNANDEZ SOLIS
SILVIA SANTIAGO LIBORIO

ASESORA: LIC. AIDA VALERO CHAVEZ



Ciudad Universitaria a 23 de Enero de 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.	Pag.
INTRODUCCION	
CAPITULO I : Las Políticas de Atención Perinatal en México. -----	7
CAPITULO II : Las Prácticas Tradicionales de las Parteras en México. -----	20
CAPITULO III : Programa de Capacitación a Parteras IMSS-SOLIDARIDAD. -----	39
CAPITULO IV: Evaluación de la Participación de las Parteras en el Programa de Capacitación del IMSS de los Reyes la Paz. -----	56
CAPITULO V: Propuesta de un Programa de Capacitación a Parteras desde la Perspectiva de Trabajo Social. -----	73
CONCLUSIONES. -----	86
ANEXOS.	
Monografía -----	89
Directorio de Parteras -----	100
Cédula de Entrevista -----	105
BIBLIOGRAFIA. -----	125

INTRODUCCION.

El presente documento esta basado en la participación directa en la investigación sobre Salud Reproductiva realizada por el Colegio de México, en la cual como estudiantes elaboramos y aplicamos instrumentos para dicha investigación.

El Lic. en Trabajo Social tiene los elementos necesarios para intervenir no solo en la aplicación de los instrumentos, sino que de acuerdo a la preparación recibida, debe realizar, innovar y presentar diversas alternativas de acción en el campo en donde se desempeña, lo anterior no solo como parte de un desarrollo personal, sino como como creador de nuevas expectativas. Por lo anterior al termino de nuestra participación en la investigación consideramos importante el destacar la importancia de la intervención del Lic en Trabajo Social dentro del área de salud, no solo como parte de un sistema que brinda atención, sino siendo el enlace entre la población que requiere de servicios de salud, la institución quien lo brinda y la intervención de los recursos humanos (parteras) que son indispensables para la atención en este caso de mujeres embarazadas, en las zonas marginadas.

Es el Lic. en Trabajo Social un elemento que incide dentro campo de la Salud, a nivel individual y en este caso grupal, sobre todo en la organización y fomento para la participación de la población (parteras) en los programas de Atención a la salud Reproductiva. por lo que la intervención de la población que recibe la Capacitación (parteras) debe de ser participativa de acuerdo a los problemas con los que se enfrentan cotidianamente al atender a su paciente.

La intervención del Lic. en Trabajo Social en el area de la Salud había sido tradicionalmente dirigido a la atención de problemas

individuales, sin embargo consideramos a lo largo de este trabajo que su intervención prioritaria es la investigación y la coordinación de las actividades que se presentan en los cursos de capacitación, en esta ocasión en la capacitación de las parteras.

La participación del Lic. en Trabajo Social en la comunidad es la organización de la población y grupos, para realizar, la promoción para la atención a las necesidades de salud en este caso de las zonas que carecen de servicios y/o recursos humanos para recibir una atención de calidad; Es el trabajo con grupos una función importante del Lic. en Trabajo Social, conjuntamente con el trabajo de comunidad (autogestivo) un recurso valioso para contribuir a la formulación de alternativas para disminuir los problemas de salud.

En el primer capítulo se mencionan algunas iniciativas por parte del Gobierno para realizar diversas acciones como lo es el elevar la protección a la salud como un derecho Constitucional de todo mexicano, promoviendo programas y acciones para recibir una atención con calidad, uno de estos programas ha sido el capacitar a parteras de las zonas rurales sin embargo los mismos no correspondían a las necesidades de las diferentes zonas; por lo que los resultados no fueron satisfactorios.

Es aquí en donde el Lic. en Trabajo Social cumple una función importante como promotor hacia la población en las comunidades para que conozcan sus derechos, al detectar las necesidades y demandas conjuntamente con la población se puedan realizar iniciativas y/o reformas en cuanto a la atención a la Salud siendo necesaria una participación activa de la población .

Otro punto importante que se menciona en este primer capítulo es señalar que dentro de la Ley General de salud existen las bases para

regular a las instituciones de salud, sobre todo en los aspectos de calidad de la atención, sin embargo ¿cómo puede exigir la población esta calidad, sino conoce sus derechos? es aquí nuevamente importante la intervención del Lic. en Trabajo Social.

Por otra parte en este capítulo se mencionan algunos puntos sobre algunas líneas de acción que el Plan Nacional de Desarrollo y el Sistema Nacional de Salud, señalan como primordial en este caso la atención perinatal de la mujer sobre todo en las zonas rurales y marginadas. Es aquí en donde al revisar las diversas políticas que se han realizado a nivel general para la atención a la salud consideramos como trascendente e importante la participación del Lic. en Trabajo Social para que sea el promotor no solo de orientación e información sobre los aspectos de la salud, sino como agente activo en la movilización colectiva en las comunidades. Finalmente se señala como un avance importante un reglamento que regula las actividades de las (os) parteras(os) empíricas(os) en donde se contemplan tanto sus derechos como obligaciones al impartir sus servicios hacia la comunidad, cabe señalar que actualmente ya gozan de un ayuda económica así como el respaldo por medio de una credencial del IMSS para prestar sus servicios y recibir el apoyo de canalizaciones de pacientes cuando sea requerido.

En un segundo capítulo se mencionan algunos antecedentes de la atención que brindaba la partera tradicional en la sociedad azteca, en donde su actividad principal era relacionada con la medicina, y al igual que otros sistemas, en ese tiempo, la atención se situaba en el plano de los sobrenatural, por lo que a la partera se le consideraba como "ticitl" (médico) a la cual recurrían para resolver problemas de salud y ansiedades. El papel del "ticitl" en la sociedad indígena fue

particularmente valioso ya que estaba a su cargo el velar por la seguridad del grupo propio en lo que a enfermedades se refiere.

Los conocimientos y prácticas médicas así como específicamente en el caso que nos atañe la atención al parto eran transmitidos por los ancianos a los jóvenes, por lo que el hijo o hija recibía como herencia la experiencia de sus padres. El entrenamiento en el arte de la partería se iniciaba como aprendiz, que a través de los años se convertiría en "ticitl". Sin embargo, es importante mencionar que con la llegada de la medicina occidental, las parteras posteriormente fueron catalogadas como hechiceras o brujas por lo que durante la Colonia, por la persecución a la que fueron sometidas en su mayoría, siguieron practicando la atención de los partos clandestinamente, y con el paso del tiempo este recurso humano fue olvidado.

En la cultura mexicana quedaron fundidas las prácticas y conocimientos de los españoles, y el proceso de aculturación incorporó muchos procedimientos y experiencias de ambos pueblos.

En un tercer capítulo se realiza el análisis del Programa de Capacitación a las Parteras por parte del IMSS- SOLIDARIDAD con el propósito de conocer sus principales objetivos en cuanto a la capacitación y compararlos con la experiencia adquirida al realizar el trabajo de campo en el área de Chalco Estado de México. Siendo el Trabajador Social el que esta preparado para coordinar las acciones para la elaboración de Programas, así como el de organizar la ejecución de los mismos, es fundamental su participación en la concientización y la formación de alternativas para lograr una participación activa de la población para la solución en este caso de problemas de salud, a partir del conocimiento del Programa del IMSS-SOLIDARIDAD.

En un cuarto capítulo damos a conocer los resultados obtenidos de la capacitación a las parteras del IMSS de los Reyes la Paz, a partir de la aplicación de instrumentos aplicados a las mismas durante y después de haber recibido la capacitación, es importante señalar que dichos resultados nos dieron pauta para poder detectar las necesidades de capacitación, tanto en conocimiento como el trato recibido por parte de los capacitadores.

Finalmente en el último capítulo proponemos la participación del Lic. en Trabajo Social como agente generador de propuestas para realizar la coordinación de un programa de capacitación siendo el profesional que de acuerdo a su preparación tiene los elementos necesarios para llevar a cabo dichas acciones. La propuesta que presentamos es con base a los datos obtenidos del estudio de campo que realizamos en los municipios de el Estado de México, (Chalco, Chimalhuacán, etc.) considerando las características de las parteras entrevistadas en su lugar de residencia. Para finalizar es importante señalar que el programa plantea la participación de un equipo interdisciplinario y así lograr conjuntar acciones que propicien la realización de actividades reales y necesarias para la población beneficiaria.

CAPITULO I

LAS POLITICAS DE ATENCION A LA SALUD PERINATAL EN MEXICO.

El Gobierno mexicano, ha adoptado una política definida en el campo de la protección a la salud elevándola a un derecho constitucional para toda la población, promoviendo programas y acciones que tienden a elevar la calidad y condiciones de vida de los grupos y sectores marginados. Por otra parte si se piensa que el Derecho a la Protección de la Salud, es un derecho constitucional, resulta inalcanzable si los servicios no se otorgan con calidad, siendo la misma un derecho que debe ser garantizado. La Garantía de calidad es imperativo en los sistemas de salud, y de manera concreta de las organizaciones que los conforman.

En consecuencia la calidad de la atención médica no es ya un valor gratuito adjudicado al profesional de la salud por el mero hecho de ejercer su profesión; no consiste solo en otorgar los servicios sino en otorgarlos bien; Ya no se trata de medir la calidad sino mejorarla continuamente y garantizar al paciente que recibirá los mayores beneficios posibles con los menores riesgos ; con un nivel adecuado eficiente y de manera explícita.

Así, el objetivo más amplio en la política de salud, y seguridad social, es impulsar la protección de todos los mexicanos, mediante prestaciones oportunas y brindar servicios humanitarios equitativos para un mejoramiento en las condiciones de seguridad social, mediante la participación activa del gobierno y las comunidades que lo requieran. Es por ésto que actualmente se ha impulsado la capacitación dirigida a

agentes comunitarios, entre ellos a parteras empíricas las cuales atienden hasta un 90% de la población en las zonas rurales.

1.1 EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD.

El derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, está avalado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En su art. 4o menciona que "la Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas". El Derecho Constitucional implica además acceso, equidad y eficiencia. Pero debe entenderse que acceso sin calidad significa riesgo, equidad sin calidad es un concepto vacío, y eficiencia sin calidad puede llegar a convertirse fácilmente en "iatrogenia" . De aquí que la calidad sea el eje y componente de un derecho que por definición garantiza protección.

Por lo anterior se ha elaborado una estrategia nacional para la calidad ENCE (Estrategia Nacional por la Calidad y la Eficiencia) la cual menciona que el objetivo principal de calidad es :

" Elevar permanentemente los niveles de calidad, con eficiencia, mediante de un esfuerzo sistematizado, de manera que la diferencia en la calidad proporcionada por diferentes tipos de proveedores, individuos u organizaciones, sea mínima, y en lo posible, inexistente, con objeto de que cualquier mexicano en cualquier tipo de servicio de salud y en cualquier región del país, haga efectivo su derecho a la protección de su salud con la seguridad de que obtendrá los mayores beneficios con los menores riesgos para la salud."(1)

(1) ENCE (Estrategia Nacional Para la Salud y la Eficiencia.)/f

1.2 LEY GENERAL DE SALUD

Con la promulgación de la Ley General de Salud de 1989, se establecieron las bases para dirigir el interés de las instituciones de salud hacia los aspectos de la calidad de la atención. De entre estos aspectos dos fueron relevantes:

1o. El derecho a la protección a la salud tiene como finalidad la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana y el disfrute de servicios de salud y de asistencia social, que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

2o. Como se indica en su artículo 6o, uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es el

"proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas".(2)

La clara conciencia de la importancia del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población mexicana, queda asentada en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, al señalar que la calidad en la prestación de servicios sería motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de atención médica, hasta la solución del problema de la consulta.

(2) Ley General de Salud 1989 p. 1

Retomando lo señalado en la Constitución Mexicana, la Ley General de Salud en el art.2o fracción III menciona que:

"La protección y acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud deben contribuir al desarrollo social." (3)

En el art. 3o. de la misma Ley, la fracción II refiere que la atención médica se debe de otorgar preferentemente a grupos vulnerables, así mismo la fracción VIII establece que es importante la promoción de la formación de recursos humanos para la salud. Por ello puede comprenderse la importancia de implementar cursos de capacitación a parteras, a fin de lograr una mejor atención al parto, principalmente en el área rural.

En este marco observamos que tanto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como la Ley General de Salud destacan la promoción y protección en especial de los pueblos indígenas de la nación, por ello se planteó promover el desarrollo de sus lenguas, culturas, costumbres y formas específicas de organización social. Siendo así que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

1.3 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

El " Plan Nacional de Desarrollo" 1994 - 2000, en materia de salud, definió las líneas de acción que permitirían elevar la calidad de la atención primaria, y sobre todo responder a la demanda

(3) Idem.

con un mejor servicio y amabilidad en el trato, particularmente cuando se trata de quienes carecen de recursos. En una de sus líneas políticas el propio Plan menciona que la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social, es un derecho esencial de todos; así la salud es considerada dentro del propio Plan como: "no solo es la ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo" (4)

1.4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Dentro del Sistema Nacional de Salud se ha establecido como objetivo el proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Considerando la diversidad de los patrones culturales del país, se pretende intervenir en la modificación de hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y la atención al parto primordialmente.

Dentro de las acciones que también realiza el Sistema Nacional de Salud ha estado el apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos, así como el promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

(4) Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 p.104

Sin embargo, estos principios en torno a la atención a la salud no han podido lograrse ya que la dispersión de los asentamientos humanos ha hecho difícil el acceso de atención, por falta de infraestructura adecuada así como las distancias existentes entre cada población. Por lo que no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud y asistencia, ni la calidad deseable en las zonas marginadas, urbanas y rurales.

Por ello, la Secretaría de Salud ha puesto especial interés en conocer y modificar favorablemente la situación de la mujer en el área rural, y ha hecho esfuerzos para establecer vínculos entre la atención tradicional por parteras y la atención médica, impartiendo numerosos cursos de adiestramiento e implantando programas para mejorar la estructura con la que cuenta la partera.

Lo anterior se ha hecho con la finalidad de incrementar la accesibilidad y cobertura de atención a la mujer. Para ello se elaboró el proyecto de Posadas de Nacimiento, para ser desarrollado durante el período 1990-1994 en el que se planteó la creación de un modelo alternativo para la atención materno infantil. El objetivo general de esta iniciativa fue mejorar las condiciones técnicas e higiénicas de la atención a la salud reproductiva, que ofrecen las parteras tradicionales, con un enfoque de riesgo que contribuya a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Este proyecto aún existe y tiene como objetivos específicos la prevención oportuna de riesgos y daños, la canalización a las unidades de salud de los casos de alto riesgo o complicados durante el embarazo, parto y puerperio, lactancia materna, inmunizaciones, planificación familiar, la atención del parto con normas elementales de higiene, el registro y reporte periódico de actividades.

Para lograr lo anterior el programa estableció como metas globales para 1994, la capacitación de 10,000 parteras en todo el país, la instalación de 2000 posadas de nacimientos y la distribución de 10,000 maletines para la atención del parto.

Es importante señalar que la atención materno-infantil ha tenido un carácter prioritario comprendiendo las siguientes acciones:

- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Prevención en la mortalidad materna e infantil a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

El refuerzo de acciones preventivas de atención a la salud, también de alta calidad y eficiencia, se ha convertido en imperativo para evitar costos que podrían ser innecesarios para el sistema. Por otra parte tratando de incrementar la calidad y la eficiencia, ha sido necesario ampliar el espectro de la atención de primer nivel; explorándose con mayor énfasis alternativas tales como la atención en el hogar, las unidades de cirugía y otros servicios de corta estancia, tanto en el sector público como en el privado, que demuestren incrementar beneficios y disminuir los riesgos a la salud de los pacientes, al tiempo que hagan más eficiente la atención. Por último, está el conocimiento que se ha adquirido y se continúa adquiriendo sobre los niveles actuales de la calidad. Mayores probabilidades existen de que este conocimiento influya en prácticas subsecuentes tendientes a mejorar aquello que se identifica como deficiente.

Con la finalidad de normar la función de las parteras empíricas, se ha establecido el siguiente reglamento.

Reglamento de Parteros Empíricos

" Es atribución de las autoridades sanitarias el promover y realizar todas aquellas actividades que sean necesarias para la conservación, restauración y mejoramiento de la salud de la población en el territorio nacional.

Es de particular importancia las que se refieren a la protección de la salud de las madres durante los procesos de gestación parto y puerperio así como la de los hijos recién nacidos. Una de las medidas que adoptan las autoridades es la de promover la formación, capacitación y adiestramiento del personal que el país requiere tanto a nivel de profesionales, especialistas y técnicos auxiliares en materia de salud.

En pequeños poblados generalmente alejados de centros de población han operado parteros empíricos cuyos servicios han suplido en muchas ocasiones la carencia de profesionales y de especialistas en estos lugares.

Se ha considerado conveniente promover la capacitación de esos parteros empíricos y convertirlos en auxiliares para la salud en obstetricia: así como autorizarlos para el ejercicio de sus actividades con el doble propósito de que los servicios que presten se ajusten a normás técnicas proporcionando así una mejor atención obstétrica y que su actuación pueda controlarse efectivamente tanto en su número como en las actividades que realicen.

I Disposiciones Generales

a) El presente reglamento regula las actividades de los parteros empíricos capacitados como auxiliares para la salud en obstetricia.

b) Se consideran parteros empíricos capacitados, aquellas personas que han venido atendiendo partos sin adiestramiento y en los términos del mismo.

c) Los parteros empíricos capacitados serán auxiliares para la salud en obstetricia.

d) La autoridad sanitaria inmediata de los parteros empíricos capacitados sera el centro de salud.

II De los Requisitos para Ejercer como Parteros Empíricos .

a) Será necesario obtener la autorización que expida la autoridad sanitaria, despues de que haya recibido el curso de capacitación correspondiente.

b) Las actividades de los parteros empíricos capacitados serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la autoridad sanitaria correspondiente.

III Normas del Programa.

a) Para inscribirse en los cursos de capacitación para parteros empíricos deberán reunirse los siguientes requisitos:

1 Ser mayor de edad

2 Saber leer y escribir y

3 Tener el reconocimiento de sus actividades obstétricas de parte de la comunidad en que actúan.

b) La comprobación del requisito señalado en el último inciso del artículo anterior se realizará mediante la investigación que practique el centro de salud correspondiente o por las pruebas que aporte el interesado.

c) Los parteros empíricos capacitados para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos deberán contar con la autorización de auxiliares en obstetricia.

d) Los planes y programas de los cursos de capacitación o actualización estarán a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y serán impartidos por la propia Secretaría o por las Instituciones autorizadas.

IV De los Derechos y Obligaciones de los Parteros Empíricos Capacitados

a) Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurren en su comunidad dando aviso al centro de salud que corresponda.

b) Prescribir los medicamentos que esos casos requieran de acuerdo con los instructivos expedidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

c) Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

Los parteros empíricos capacitados no podrán:

a) Atender los partos y puerperios patológicos salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado hagan peligrar la vida de la madre o del producto.

b) Realizar intervenciones quirúrgicas

c) Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados.

d) Provocar abortos.

Los parteros empíricos capacitados tendrán las siguientes obligaciones:

1- Enviar a un centro de salud los casos de embarazo en los que se presume la posibilidad de partos y puerperios patológicos.

2- Comunicar de inmediato a un centro de salud los casos de partos y puerperios patológicos solicitando la atención de profesionales.

3. Dar facilidades e informe a las autoridades sanitarias en una supervisión que aquellas realicen en sus actividades.

4. Concurrir a las reuniones de información a las que sean citadas por las autoridades.

5. Concurrir a los cursos de actualización de conocimientos.

6. Rendir trimestralmente al centro de salud donde estén registrados, informe sobre el número de partos atendidos y sus resultados.

7. Dar aviso al centro de salud correspondiente de cualquier enfermedad transmisible que conozca o sospeche.

8. Dar aviso al centro de salud en que se encuentren registrados de sus cambios de residencia.

V De las Autorizaciones y Refrendos.

a) La Secretaría de Salubridad expedirá en cada caso la autorización que corresponda para el ejercicio de las funciones requeridas.

b) De las responsabilidades, medidas administrativas y sanciones, las violaciones a los preceptos de este reglamento serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias; las medidas administrativas pueden ser de orientación o de educación y en su caso de apercibimiento o amonestación, las sanciones consistirán en suspensiones de actividades hasta por treinta días o cancelaciones de autorizaciones".(5)

A lo largo de este capítulo se han considerado las diversas políticas, en cuanto a la atención a la salud se refiere, sin embargo aunque se ha mencionado que la atención a la misma debe de ser de calidad para todos consideramos que este objetivo no se ha cumplido por diversos factores, entre ellos los que más destacan son, la falta de recursos económicos para llevar a cabo las acciones planteadas en los diversos programas de atención a la salud, sobre todo en la calidad de atención a la salud perinatal principalmente en las zonas rurales.

Por otra parte la falta de la infraestructura adecuada, aunada a la falta de recursos humanos para llevar a cabo una atención de calidad y cobertura en las zonas más alejadas, siendo las más marginadas. Por este motivo se optó por capacitar a personas de la comunidad, para realizar acciones de prevención, sin embargo no se obtuvo un resultado favorable por la falta de apoyo de las instituciones involucradas. Por otra

(5) Salud Pública de México, Época V, Volumen XIX, p. 55-58 1993

parte aunque es considerada como un derecho constitucional, realmente no existe en la práctica el disfrute del mismo, y sin embargo, si existen diferencias en cuanto a la atención impartida en las diversas instituciones de asistencia pública, sobre todo en cuanto al trato recibido, la eficiencia y el mismo acceso, ya que los costos económicos ya no pueden ser cubiertos por quienes solicitan el ser atendidos por alguna institución.

Así mismo es importante señalar que con las actuales reformas en cuestiones de instituciones que brindan este servicio, han originado que la población que gozaba de una atención aunque no fuera de calidad, en lugar de incrementar ha disminuido, lo que influye en que ahora más que nunca no se cumplan las políticas planteadas que en cuanto a salud se refieren.

CAPITULO II

LAS PRACTICAS TRADICIONALES DE LAS PARTERAS EN MEXICO.

2.1 Las Parteras y su Vínculo con la Comunidad.

El interés por la partera en la actualidad corresponde no sólo a un fin antropológico o sociológico, sino fundamentalmente a un sentido práctico para la atención al parto.

Es un hecho que en México, un 60% de los partos son atendidos por parteras empíricas, situación que está sujeta primordialmente al aspecto económico, ya que no todas las mujeres en nuestro país pueden acudir al médico, por esta razón prefieren a la partera, además de que culturalmente se identifican con ella ya que responde a patrones culturales similares, y están educadas a su modo, por ejemplo, consideran que el embarazo y parto es un proceso natural y necesario para la perpetuación.

Es así que la partera tiene las mismas costumbres que las mujeres del campo, no hay una distancia entre ella y la embarazada, como ocurre muchas veces con los médicos, ella es la persona escogida por la mayoría de las mujeres de zonas campesinas, indígenas y marginadas para ayudar en la atención del embarazo, parto y puerperio y cuya influencia perdura a través de toda la vida familiar. En algunas regiones es el único recurso para la atención de la salud perinatal en las comunidades.

Por esto, la partera empírica tiene una función social comunitaria importante, pues comparte la visión del mundo de las mujeres de su pueblo, comprende sus dudas, ansiedades y creencias, su personalidad infunde confianza y respeto, que permite un diálogo abierto, así como

una íntima relación con la vida de las mujeres y la familia. Es así como la partera empírica es considerada como aquella persona que no ha recibido capacitación institucional, pero que cuenta con la experiencia y la práctica para la atención de la embarazada y el recién nacido, siendo su trabajo de un alto valor social dentro de la comunidad.

2.2. Antecedentes.

En el México anterior a la Conquista la partera gozaba de un inmenso prestigio, y el embarazo, el parto, y los primeros días de vida del recién nacido se consideraban significativos.

Lo anterior se comprueba al leer obras como " Historia General de las cosas de la Nueva España" de Fray Bernardino de Sahagún quien relata que entre los mexicas era tan importante estar embarazada que los parientes le recomendaban a la recién preñada que no se ensoberbeciera por el " joyel" con el que el Señor la había adornado.

A la partera la llamaban maestra y médica, persona honrada y digna de veneración, y en sus manos ponían a la embarazada, recomendándole que la metiera al temascal, donde fortalecía a los cuerpos de los niños, la madre y la abuela, la diosa Yoalticiltl.

Este baño era costumbre también entre los mixtecos, zapotecas, matlazincas y otomíes.

La partera hacía una serie de recomendaciones preventivas a la futura madre, como no calentarse mucho al fuego ni mirar lo colorado. Le pedía también que en los primeros meses del embarazo tuviera cuenta con su marido, pues si se abstenía en ese periodo del acto carnal, la criatura podía nacer con pocas fuerzas.

Para los mexicas la sexualidad, al igual que la procreación, la risa, el sueño, el comer y el beber eran disfrutes otorgados por merced divina.

La partera recomendaba a los parientes que la preñada no recibiese pena, enojo o espanto para que no abortara o sufriera daño la criatura, así como que le dieran alimentos bien calientes y bien guisados. Cuando se acercaba la fecha del nacimiento los parientes llamaban a la partera quien esperaba con ellos la hora del parto cuatro o cinco días y preparaba la comida para la embarazada.

Cuando veían que el trabajo del parto había comenzado bañaba a la parturienta, y si el parto era largo o complicado le ofrecían alguna hierba para que pariera con facilidad.

El parto se realizaba en cuclillas y cuando el niño estaba naciendo se hacían invocaciones magicoreligiosas.

Si la criatura llegaba a morir la partera con un cuchillo de obsidiana cortaba el cuerpo muerto dentro de la madre y ya en pedazos lo sacaba para evitar que ella muriera.

Algunas prácticas en las culturas prehispánicas que se realizaban en relación al proceso del embarazo, eran ritos y brebajes de fertilidad, por la importancia y papel que desempeñaba para la procreación la mujer en esa época.

Cuando la mujer estaba preñada se le ponía bajo el cuidado de la partera; al tercer mes se hacía un rito y la mujer era puesta bajo la protección de dioses, la partera tenía que estar alejada de problemas, había ciertas creencias que prevalecen hasta nuestros días, como por ejemplo, el de ponerse una navaja de obsidiana en la cintura para evitar que el niño naciera con labio leporino o con la nariz o labios carcomidos.

No debería ver un ahorcado para que el niño no naciera con el cordón umbilical al rededor del cuello.

Para el parto mismo la partera se instalaba tres o cuatro días o antes si era posible; cuando la mujer estaba ya con contracciones le daba masaje y un baño con una infusión de hojas. Se encendía un fuego cerca de la choza que era parte del ritual, de esta misma manera se proporcionaba el calor necesario y el fuego se apagaba cuatro días después del parto.

Durante el embarazo la partera revisaba a la mujer mensualmente y si el niño venía en posición transversal le hacía el manteo, que todavía prácticamente muchas parteras hoy en día, es decir, colocan un rebozo debajo de la cintura de la mujer para acomodarlo y luego ponerlo en posición correcta para hacer la inversión, esto lo hacían en ocasiones en el temascal y mediante la toma de un té de tuna provocaban ligeras contracciones para poder colocarlo. El parto en si se verificaba en posición nahua, posición que todavía hoy en día usan muchas mujeres y que se retoma en el parto moderno. En la posición muchas estaban en cuclillas apretándose los glúteos y con la rodilla apretada en el vientre para la expulsión del niño. También había partos con problemas y el niño no podía nacer, entonces la partera trataba de adivinar por medio del sortilegio del maíz cual era la causa. Se iba al temascal con la mujer, le daba otros masajes, y si el niño no podía nacer le pedía a la familia autorización para hacer la fetotomía, que como ya se indicó consistía en despedazar el producto con una navaja de obsidiana para salvar la vida de la mujer. No siempre la familia consentía, entonces la partera se encerraba con la parturienta, rezaba y la dejaba morir llamandola "mujer valiente", a las parteras sí les causaba dolor este fallecimiento, pero

hablaban así a la muerta: "valiente mujer hermosa, tierna palomita, y señora mía" y le decían que había pecado valientemente y que por ello iba a la casa del sol, se creía entonces que se iba volver una deidad, la mujer muerta en el parto se llamaba: mocihuasquesque; y si se volvía deidad era parte de la Ciba Pipiltzin, mujeres celestes que iban al cielo del sol, es decir, al cielo se supone iban los guerreros que murieron en el campo de contienda. Los guerreros habitaban, según sus creencias, en la parte oriental del sol y cuando este salía lo recibían con estruendo y lo acompañaban hasta donde se ponía. Al mediodía las mujeres que habían muerto en la guerra o en un parto los alcanzaban uniendoseles con regocijo. De alguna manera se comparaba el parto con una batalla, entonces la mujer tenía el valor similar de un guerrero, al tener en sus entrañas un hijo cautivo, si podía salir victoriosa de esa batalla, ese era el momento donde se le equiparaba con el hombre por su actitud en el parto, y si moría se hacía una ceremonia y tenían que vigilar que no hubiese hurto, porque era muy codiciado su dedo meñique de la mano izquierda para los guerreros, porque sentían que así iban a ser muy victoriosos en las batallas; los ladrones también buscaban su brazo izquierdo para tener suerte en sus robos.

Si el niño nacía vivo, sin diferencia de sexo se le daba la bienvenida, llamandosele persona de gran valor, renuevo de sus antepasados, considerandolo un sartal de piedras preciosas esmeralda y zafiro.

Con gran respeto se deseaba buena ventura a la madre, y se le seguía cuidando durante el tiempo posterior al parto.

Este gran respeto a las mujeres, no debe llevarnos a creer que la mexica o las otras culturas prehispánicas no eran machistas. Sí lo eran, y

el lugar de las mujeres estaba junto al fogón. Sin embargo, en estos grupos existía una práctica obstétrica de altísimo nivel. Como normalmente todo iba bien había ritos después del nacimiento, y la atención de la partera consistía en bañar al niño y lavar a la madre, se esperaba que saliera la placenta antes de cortar el cordón umbilical, práctica que todavía subsiste hoy en las zonas rurales.

Se guardaba la placenta y el cordón umbilical para enterrarlo. Si era niña se enterraban en la choza bajo el fogón (esto todavía se practica hoy en día), si era hombre, entonces se enterraba en el campo de batalla para que fuera buen guerrero. Se suponía que el cordón ligaba a la persona a su tierra, que echaba raíces; era su ligación con el cielo, como su hermano, parte de la persona que tenía que llegar al mismo lugar.

El aborto estaba mal visto y hasta se llegaba a matar al hechicero que lo practicaba, o a la partera y a la mujer que lo cometía.

En el tiempo de la Colonia siguieron las mismas prácticas. Y al llegar parteras procedentes de España se crearon diversas clases de atención al parto. Había tres maneras de dar a luz: con partera empírica (y esto lo hacían sobre todo las indias o las mujeres de pocos recursos económicos,) con la partera española se atendían las mestizas y españolas pobres, y las pudientes se atendían con los médicos.

La partera tradicional es una mujer adulta que atiende los partos en la comunidad y que ha aprendido viendo y practicando, generalmente tiene hijos propios y en la comunidad la aprecian y la respetan, la partera existe desde el principio del mundo.

"Partera quiere decir comadrona de co-madre, es decir cerca de la mujer que pronto dará a luz a un recién nacido."

Algunos especialistas como Yolanda Santies menciona que las parteras son:

- partera empírica capacitada: Aquella persona cuya actividad está permitida y regulada por el reglamento de parteras empíricas.

- partera empírica no adiestrada: Aquella que utiliza conocimientos y prácticas de la medicina científica, por lo que ha visto y oído de los médicos, sea en la propia comunidad o en los hospitales."(6)

La partera es por lo general una mujer del pueblo que ya terminó su ciclo de reproducción, y se inicia como partera por necesidad económica, y algunas veces porque aprendieron de sus familiares y continúan atendiendo partos.

Las parteras consideraban que si un embarazo era normal la atención al parto se realizaría sin ningún contratiempo, así mismo tenían la creencia de que si el producto era un varón traería más dinero.

Las parteras aconsejan también a las mujeres, a veces funcionan como psiquiatras, intervienen en problemas materiales, curan enfermedades de las mujeres como el "entuerto" que es una enfermedad fría y significa que la mujer no puede tener más hijos porque tienen frialdad en la matriz. La partera en esos casos le da ciertos téis y le sugiere reposo.

Curan la alferecía, (hay niños que nacen y se ponen azules de los dedos de los pies y de las manos por enfriamiento).

Las parteras desempeñan un papel muy importante en lugares donde no se dispone de servicios de salud, para atender a la mujer

(6) Santies Yolanda, La Atención Materno-Infantil, Secretaría de Salud, 1993.

durante el parto, especialmente en las áreas rurales y marginadas, en general, la madre y la familia depositan gran confianza en esa persona y siguen sus indicaciones con más precisión que si fueran dadas por un especialista.

En México no era extraño, hasta quizá la década de los 50s, que en todos los servicios hospitalarios de maternidad, las diversas salas destinadas a la atención a las parturientas, estuvieran encomendadas a estas abnegadas enfermeras (parteras).

2.2.1 Situación Actual de la Atención al embarazo, parto y puerperio en el medio rural.

El embarazo en una mujer de la zona rural, no constituye un motivo para suspender sus actividades cotidianas o el trabajo del campo. Cuando son viudas o madres solteras desempeñan el doble papel de padre y madre y se dedican al trabajo del campo como es: La siembra del maíz, limpia de la tierra, pisa de frijol o maíz, etc, a fin de tener un mayor ingreso que ayude al sostenimiento de su familia.

Cuando cursan el segundo trimestre del embarazo, se ciñen fuertemente la cintura con el "ciñidor" (cinturón hecho de palma), para que no se les caiga el producto.

En el tercer trimestre acuden con la partera para que sean sobadas y se acomode el producto si su presentación viene mal.

Algunas embarazadas acuden a la unidad médica más cercana a su comunidad para ser valoradas por el médico, y cuando las mujeres embarazadas provienen de localidades alejadas vuelven a la unidad hasta su próximo embarazo.

Cuando se acerca el momento del parto todas las mujeres se preparan; tienen agua caliente, colocan en el suelo un petate, ropa limpia usada o un zarape limpio, buscan a la partera si no la encuentran acuden a la suegra, a la madre o a alguna persona con experiencia en el trabajo de parto.

Cuando empiezan los dolores de parto son bañadas con una cocción de hojas de naranjo y ruda, que también es tomada en forma de té. Cuando la parturienta va a dar a luz esta presente la suegra, el suegro, el tío, la tía y todos los integrantes de la familia.

Por lo general, las mujeres dan a luz en cuchillas, apoyadas en el borde de la cama o de una silla pequeña, son ayudadas por la partera si el parto se presenta difícil o se prolonga demasiado, se emplean otros métodos y posiciones; se unta manteca tibia a una tortilla y se la coloca en la cintura y en el vientre sobandolo de arriba hacia abajo y a los lados; queman chile en las brazas e introducen cabello en la boca de la parturienta provocandole náuseas y vómito.

Le dan a tomar chocolate, té de canela, miel de abeja, o le aplican asientos de agua caliente. Cuando el periodo de parto es más prolongado o se sospecha que el producto viene en posición cefálica, podálica o transversal la parturienta es mantecada con un rebozo y se le coloca en la cintura y en forma ascendente y descendente se la va jalando y soltando simultáneamente durante veinte minutos, amarrando fuertemente el vientre con el rebozo; es colgada de las axilas con un mecate en un palo del techo de la casa, pujando hasta que la parturienta da a luz.

Las púérperas deben permanecer de 15 a 90 días en reposo según el lugar de origen. A los tres días del parto se bañaban con hojas y cáscaras de naranja.

El primer día se lavan solo la cabeza y en los días subsecuentes el cuerpo. Deben de permanecer en la cama acostadas de lado, encogidas (en posición fetal). Si permanece en posición dorsal padecerán de "latido" (dolor localizado en el epigastrio).

Durante ese tiempo deben permanecer amarradas de la cintura con el (añidor) y por ningún motivo deben quitárselo, ya que si lo hacen también padecerán de latido durante mucho tiempo: sólo se lo pueden quitar cuando se bañan, cuando sienten comezón en el vientre o en alguna parte del cuerpo; no deben rascarse con las uñas porque dejarán huellas permanentes.

A la parturienta se le prohíbe comer frijoles y picante por el temor de hemorragia abundante o dolor vaginal.

No deben realizar ninguna actividad que les cause esfuerzo. Las relaciones sexuales las inician nuevamente a los tres meses. Si es antes tendrán graves problemas especialmente con el recién nacido que puede morir por no guardar días según la costumbre.

2.2.2 Cuidados Inmediatos del Recién Nacido por la Partera.

Cuando la parturienta da a luz, el niño sale con la placenta, y es recogido del suelo con mucho cuidado, lo limpian, si no llora le introducen un dedo en la boca, para sacar las flemas y el posible líquido amniótico que trago.

El cordón umbilical es cortado con una astilla de carrizo, machete o tijera; son calentados al fuego, cuando el cordón umbilical es cortado, se mide su longitud, se amarra con hilo de coser, es quemado en su punta con un olote o el machete al rojo vivo, se le unta cebo caliente de vaca y

se cubre. Si el producto es varón, se cubre con la camisa usada del padre, si es mujercita se cubre con la enagua de la madre.

A los seis-siete días el cordón umbilical cae y se coloca en una vasija junto con maíz y frijol, si el cordón es de un varón se lleva a una ciénega o al sembrado para el maíz o cafetal, donde se entierra para que de grande sea trabajador y no le falte de comer a su familia, se coloca una cruz y ramos de flores como ofrenda, si es mujer se entierra el cordón umbilical cerca del fogón, para que cuando sea grande sepa hechar tortillas y no sea floja.

Cuando el niño presenta una infección en los ojos o simplemente una irritación se hierbe un pedacito del cordón umbilical y se lavan perfectamente los ojos.

La persona que atiende el parto debe "guardar días", de tres a trece según el lugar, para que el niño se logre y crezca sano : no debe pelear con su familia, no tener disgustos con otras personas y se le solicitan velas para que sean encendidas en la iglesia de la comunidad.

Cuando un parto es atendido en la unidad médica, la familia pide permiso al médico para prender velas en el piso alrededor de la mesa de expulsión.

A las tres de la mañana van a rezar para atraer el espíritu del niño y simulando que llevan algo en las manos salen con las velas encendidas entonando sus rezos. A los siete días el médico es agasajado con presentes: caldo de gallina, pan, chocolate, tortillas, y en agradecimiento, y en ocasiones piden al médico que sea este padrino del niño durante la próxima festividad.

2.2.3 La intervención del Estado en la Capacitación para la Atención de la Salud Perinatal.

Múltiples son los intentos que se realizaron desde 1934 para llevar servicios de salud al medio rural, entre los que destacaron 21 estrategias de diferentes instituciones del sector público, de la mayoría de los cuales no se encontró referencia de los resultados, y otros presentaron cuatro grandes problemas comunes :

- 1.- Limitada cobertura institucional, geográfica y programática.
- 2.- Emplearon personal transitorio con poca identificación y conocimiento del medio rural.
- 3.- La mayoría de ellos no se involucraron a la comunidad para su participación activa en todos los procesos a la implantación, ni considero el papel relevante que desempeñan los agentes tradicionales que constituyen todo un sistema informal de atención a la salud.
- 4.- Fueron proyectos o estrategias que beneficiaron a determinados grupos de la población del medio rural.

En el área rural existen alrededor de 100,000 comunidades menores de dos mil quinientos habitantes, y muchas de ellas cuentan con más de una partera, ésto significa que se puede hablar de alrededor de 100,000 parteras empíricas, sin contar con las que se encuentran en comunidades con más habitantes. Los datos anteriores, aunque aproximados, señalan la importancia que tienen estas personas en el cuidado de la salud materno infantil.

El desarrollo de los Programas de Capacitación a Parteras Empíricas se inició en 1937, en Torreón Coahuila, con el Programa piloto de adiestramiento y control de las parteras de la Comarca Lagunera,

realizado por los Servicios del Sistema Médico Ejidal del país, después por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

A partir de 1973 se inició el programa formal de adiestramiento e incorporación de parteras empíricas a los servicios regulares de salud. En 1974 se inician algunas experiencias institucionales por parte de la Secretaría de Salud y el IMSS, involucrandolas como líder natural y como agente de salud.

Hasta 1974 se adiestraron 7827 parteras empíricas por la Dirección General de Servicios Coordinados, 1307 por la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, 140 por el IMSS.

En México se consideró que con un adiestramiento suficiente y con el apoyo técnico y administrativo permanente de los servicios de salud, la partera empírica aún tendría un importante papel en la atención al parto en el medio rural.

La atención a la salud de la población marginada de las áreas rurales ha sido preocupación permanente de los gobiernos de la República, por varias razones, entre las que se distinguen, el anhelo de la población de que estos problemas de salud en la atención al parto sean remediados.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue establecido para proteger a los trabajadores asalariados, especialmente obreros, sin embargo pronto trascendió este universo y se volcó hacia grupos campesinos. Identificado el IMSS con la política de mejorar la salud de la población rural, en 1974 estableció un esquema denominado Solidaridad Social, para atender a ciertas zonas ejidales necesitadas de cuidados médicos. El IMSS proporcionaría atención médico-preventiva de primero y segundo niveles y medicamentos, la población beneficiada,

con esta prestación, se comprometía a contribuir en la ejecución de obras de beneficio comunitario, mediante jornadas de trabajo equitativas durante un año, asistir a sesiones de educación para la salud y otras de beneficio individual y colectivo.

Puede mencionarse que el esfuerzo que se logró antes de 1976 fue la capacitación de la partera empírica, para que dentro de sus actividades de atención al parto incluyeran la promoción y difusión del programa de planificación familiar, situación que se fortaleció con el programa IMSS-COPLAMAR, incorporando a este importante agente tradicional a unidades médicas rurales, dentro del marco de la atención materno infantil.

El Programa IMSS-COPLAMAR creció vertiginosamente debido a la demanda creciente de la población rural al interés político de los gobiernos estatales y a la decisión de las instituciones patrocinadoras.

Desde el inicio del Programa y como punto esencial para el desarrollo de los Programas de Salud continuó la investigación de las condiciones de salud de la población rural y de sus principales causas iniciada por el anterior programa de Solidaridad Social.

Hasta 1976 las acciones de planificación familiar fueron realizadas por las parteras rurales y las brigadas de medicina preventiva, con la participación de las unidades médicas de los esquemas modificados y de las primeras zonas de solidaridad social establecidas a partir de 1974.

Con estos antecedentes y recursos, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, conocida por COPLAMAR en 1979 firmó un convenio en el IMSS para desarrollar el Programa IMSS-COPLAMAR para establecer y operar 2000 unidades médicas rurales en regiones desatendidas, especialmente indígenas.

Puesto que la responsabilidad institucional de llevar la atención primaria de salud al área rural quedó en forma mayoritaria dentro del Programa IMSS- COPLAMAR, éste con la articulación del sistema informal o comunitario, fue la estrategia que se inició y que a continuación se menciona.

La proyección del programa IMSS-COPLAMAR se sustentó en:

. Los servicios de salud dejarían de ser exclusivamente una tarea realizada para la comunidad y se transformaron en otra a realizarse con la comunidad.

. La atención primaria de la salud como estrategia básica para la extensión de la cobertura, permitiría una innovación radical que cambiara el centro conceptual y operativo del sistema, al mismo tiempo que favoreció la intersectorialidad.

. La organización de las acciones de salud a diferentes niveles.

. La valorización y aceptación de las acciones tradicionales de salud realizadas por la comunidad.

. Las necesidades básicas difieren según las características de los diversos tipos de comunidad rural (factores demográficos, culturales, sociales, económicos, valores, hábitos, conductas, etc.), existieron esquemas de atención a la salud proporcionados a la población en forma de asistencia pública. En este esquema están la Secretaría de Salud y el IMSS, por el conducto del programa IMSS-COPLAMAR.

En el trienio 1977- 1980 se hizo un esfuerzo nacional por parte de la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar Comunitario, que más tarde sería la base del Programa de Salud Rural.

Su principal objetivo fue promover en áreas rurales los servicios mínimos de salud. dentro de la atención primaria de salud, tuvieron una

importancia primordial las acciones dirigidas a la población materno-infantil.

De 1978 a 1982 se desarrolló el programa de incorporación de las parteras empíricas al programa de salud rural y extensión de cobertura, capacitándolas en las acciones de planificación familiar y en sus prácticas tradicionales.

Al desaparecer COPLAMAR en 1983, el IMSS asumió la responsabilidad del programa, tanto doctrinaria como operativa, por lo que con base en la experiencia acumulada se diseñó un modelo de atención sustentado en la atención primaria de salud. Dicho modelo reafirmó diferentes estrategias utilizadas y actividades en desarrollo comprendiendo:

- . Promover la participación comprometida y organizada de la comunidad (asambleas, comites de salud, promotores voluntarios y asistentes rurales) para la toma de decisiones en la planeación, ejecución de acciones y evaluación de resultados).

- . Mantener relación cordial de trabajo con los terapeutas tradicionales y respetar la cultura local.

El 8 de marzo de 1984, el Presidente de la República decretó la descentralización de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados y del Programa IMSS-COPLAMAR, indicando que deberían estructurarse, de manera progresiva, los servicios estatales de salud. Con la integración de los primeros, del segundo de los hospitales y de los demás servicios patrocinados por el gobierno estatal respectivo.

La última evaluación realizada en el primer semestre de 1989 señaló que en los últimos años había ido aumentando el número de partos atendidos en las unidades médicas y por parteras capacitadas, pero la

cifra fue considerada aún insuficiente (34.5 %) en relación con los embarazos de primera vez. De éstas, en 1988, las parteras atendieron a 36.1% de los partos y derivaron 16141 embarazadas correspondientes al 41 % de las controladas por ellas. Aún se estimaron limitados los avances en planificación familiar, dado que la cobertura de usuarias activas era de 12% en relación con las mujeres en edad fértil.

Los hospitales incrementaron la prestación de servicios, lo que demuestra mejor aceptación por parte de la población y mayor cobertura. No obstante el esfuerzo realizado registro limitaciones como:

- a) No existe adecuada cobertura materno-infantil
- b) Cada día disminuye el número de pasantes de medicina que van a las unidades de primer nivel, en particular las más lejanas.

Fue difícil con los recursos disponibles mantener actualizado e interesado al personal de base a efecto de que no se rutinice.

Así en cumplimiento a la política del ejecutivo Federal la lucha contra la extrema pobreza, dentro del marco del Programa Nacional de Solidaridad en 1989 el IMSS firmó con la Secretaría de Programación y Presupuesto y el gobierno de 17 entidades federativas se aplicó el Programa, un convenio de concertación para construir 328 unidades médicas de salud rural y 4 hospitales (3 en Chiapas y uno en Zacatecas) los cuales funcionarían en 1990 (diciembre). Actualmente el Programa se llama IMSS-SOLIDARIDAD.

En diciembre de 1981 se inició el proceso de articulación del sistema institucional con el sistema tradicional por medio de la estrategia de áreas programáticas.

En 1982 se implantó la estrategia para extensión de la cobertura rural denominada acción intensiva de salud y planificación familiar.

En 1983, por iniciativa de la delegación de Chiapas, se organizaron las jornadas sabatinas de salud materno infantil y planificación familiar que para el primer semestre de 1984 ya se habían extendido a 23 delegaciones del IMSS en los estados y dos del valle de México.

En la actualidad el sistema institucional tiene plenamente integradas las actividades de planificación familiar a la atención médica, además de la articulación que esta consolidando con los agentes comunitarios de salud, tales como la partera rural.

En los últimos años ha tenido lugar un intenso proceso de organización de los médicos tradicionales y de reafirmación de la trascendencia que la medicina indígena tiene para las comunidades a manera de los acontecimientos más importantes de los últimos años se menciona lo siguiente:

Entre 1975 y 1985 se establecieron los primeros contactos entre los médicos indígenas y el personal del Instituto, particularmente en Chiapas, Yucatán y Oaxaca.

En diciembre de 1989 se realizó el Primer Congreso Nacional de Médicos Tradicionales Indígenas, en Oaxtepec Morelos. Fue organizado en diciembre por el INI y la DGCP. Participaron 217 médicos indígenas de 22 estados, pertenecientes a 34 etnias del país. Los participantes elaboraron la Declaración de Oaxtepec, documento que orientaría muchas de las acciones desarrolladas más tarde.

En diciembre de 1990 se celebró la Reunión sobre Reconocimiento y Legalización de la medicina tradicional indígena en Pátzcuaro, Michoacán. los asistentes emitieron el documento de Pátzcuaro participaron 24 grupos organizados del país.

En junio de 1991 se llevó a cabo la Tercera Reunión de Médicos Tradicionales Indígenas concurrecieron 36 organizaciones a la sede de reunión en Tlaxiaco, Oaxaca.

Luego de múltiples reuniones regionales y de una intensa actividad de las organizaciones, se realiza en 1992 en la Ciudad de México el II Congreso Nacional y el Primer Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas, para este Congreso, el Consejo Nacional adoptó el lema Presente y en 1993 durante los meses de marzo, abril y mayo tuvieron lugar las reuniones de asesoría y capacitación de las comisiones que integran el Consejo." (7)

(7) Zolla Carlos, *La Salud de nuestros Pueblos INI 1993 p.45*

CAPITULO III

PROGRAMA DE CAPACITACION A PARTERAS IMSS-SOLIDARIDAD.

INTRODUCCION.

La participación de las parteras rurales en la atención materno-infantil del medio rural ha enfrentado diversas dificultades, principalmente por su falta de capacitación en cuanto a procedimientos y técnicas de atención. De ahí que la Coordinación General del Programa IMSS-SOLIDARIDAD haya juzgado conveniente establecer un sincero acercamiento con las parteras rurales para iniciar un productivo trabajo en equipo en las comunidades del área de influencia de sus unidades médicas.

Para ello, como un primer paso en este sentido fue imprescindible vencer las resistencias y rechazos del personal institucional hacia la partera rural, ya que cualquier acción que se emprendiera sin tomar en cuenta este aspecto podría terminar en fracaso.

Un segundo paso fue escucharlas y percibir sus necesidades sentidas y expresadas así como las sentidas y no manifestadas, y lo que ellas esperan del personal institucional; una vez logrado ésto, el tercer paso consistió en identificar el momento propicio para establecer el diálogo e iniciar el intercambio respetuoso de puntos de vista, conocimientos, valores, ideas y experiencias.

De este modo se identificaron y analizaron las prácticas benéficas, inocuas y dañinas que utilizan las parteras, a fin de fomentar las primeras, respetar las segundas y modificar o eliminar estas últimas.

Se les concientizó sobre las normas de atención materno-infantil que podrán aplicar, de acuerdo con la disponibilidad de recursos de la comunidad y la familia, principalmente enfocadas a los siguientes cinco aspectos:

- . Diferenciación entre embarazo normal y anormal.
- . Atención del parto "limpio"
- . Derivación oportuna a la UMR u H.R del embarazo de curso anormal y parto distóxico.
- . Aplicación de toxoide tetánico.
- . Planificación familiar.

Para adoptar este enfoque de capacitación, la Coordinación General del Programa IMSS-SOLIDARIDAD elaboró en 1988 la primera edición de este documento.

El contenido del actual programa conserva su estructura original, que en primer término es una unidad temática para el personal médico de las unidades médicas rurales que imparten el equipo multidisciplinario delegacional y el equipo de supervisión zonal; en segundo lugar, el contenido temático desarrollado por el equipo de salud de la unidad médica rural, lo anterior con la finalidad de utilizar el recurso humano que representa la partera rural en las disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil que afecta a la población.

2.- Propósito.

Dar a conocer al personal médico de las unidades médicas rurales las prácticas tradicionales que se utilizan en las comunidades rurales para atender el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, a fin de que pueda intercambiar experiencias con las parteras rurales tendientes a

identificar y diferenciar la evolución normal del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, de la anormal.

3.- *Objetivos.*

Objetivo General.

Proporcionar una atención materno-infantil de calidad a la población solidariohabitante sin menoscabo de la conservación de los conocimientos y valores tradicionales de las comunidades.

Objetivos Intermedios.

. Valorar la ubicación de la partera rural dentro del modelo de atención integral a la salud como integrante del equipo de salud en su componente comunitario.

. Complementar los conocimientos, las habilidades y destrezas de la partera para dar respuesta a las necesidades de salud materno-infantil que deba atender.

. Apoyar a la partera tradicional con recursos institucionales para que solucione satisfactoriamente los problemas de salud materno-infantil de la población que solicite sus servicios.

. Comprender las prácticas tradicionales de la atención materno-infantil.

. Propiciar la utilización de los procedimientos benéficos e inocuos que la partera tradicional aplica para la atención materno-infantil.

. Aplicar procedimientos y técnicas de la capacitación dialogada.

4.- *Contenido.*

Para el personal médico:

4.1 La investigación y comprensión de la atención materno-infantil tradicional:

- . Cuidados tradicionales del embarazo
- . Atención tradicional del parto normal y anormal
- . Cuidados tradicionales del recién nacido
- . Cuidados tradicionales del puerperio
- . Prácticas tradicionales de la lactancia materna
- . Prácticas tradicionales para la prevención del embarazo

4.2 El modelo de la atención integral a la salud:

- .Componente institucional
- .Componente comunitario

4.3 Actividades de interrelación de la medicina tradicional con el Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

Para las parteras rurales.

4.4 La atención materno-infantil que se debe de aplicar en el medio rural

- . Atención prenatal
- .Diferencia entre embarazo normal y anormal
- . Vacuna contra el tétanos
- . Conducta en el embarazo normal
- . Detección y derivación oportuna del embarazo "peligroso"
- . Atención del parto
- . Diferencia entre el parto normal y anormal
- . Atención limpia del parto durante el primer, segundo y tercer

período

- . Atención del puerperio
- . Cuidados al recién nacido

4.5 La planificación de la familia en la población rural

- . Inicio tardío de la vida reproductiva
- . Espaciamiento de los embarazos
- . Terminación temprana de la vida reproductiva
- . Anticoncepción

5.- Estrategias.

La aplicación del curso de capacitación dialogada fue responsabilidad de cada Delegación Estatal del IMSS, misma que bajo la asesoría de la Coordinación General del Programa, utilizó las siguientes estrategias:

5.1 El contenido del curso fue básicamente dirigido al personal de la UMR, con el objeto de valorar la importancia de las parteras rurales en la atención materno-infantil.

5.2 El curso " Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales" se aplicó en las unidades médicas rurales, con la finalidad de acercarse al área geográfica en donde residen las parteras, sin perjuicio de las que, por su cercanía, asistan a los hospitales rurales "S".

5.3 El eficaz desarrollo del curso requirió que el personal que lo aplicó fuera capacitado y con experiencia en didáctica, por tratarse de una innovación en capacitación.

5.4 La identificación y selección de las parteras tradicionales para su capacitación se efectuó por medio de las personas clave en la comunidad, entre ellas puede considerarse principalmente a la auxiliar

del área médica, los promotores voluntarios y los integrantes del Comité de salud.

5.5 Para iniciar la capacitación dialogada, el médico estableció relaciones de respeto y de confianza mutua con la partera rural que tiene el reconocimiento de la población, pidiendole consejo y ayuda para que juntos proporcionaran una atención de calidad a las madres y a los niños.

5.6 A través del diálogo se identificaron las necesidades de capacitación mutua, escuchando y compartiendo ideas, puntos de vista, conocimiento, valores y experiencias.

5.7 Para ello, fue importante tomar como base los conocimientos previos, y a través de ellos transmitir los conceptos que las parteras rurales deben adquirir para lograr los objetivos de la capacitación.

5.8 Para lograr una capacitación por relación periódica frecuente, las sesiones debieron programarse de común acuerdo entre el médico y la partera rural (sitio y tema a discutir).

5.9 Para realizar el seguimiento del curso de capacitación se utilizaron los parámetros descritos en el capítulo 8 y se complementó la práctica tradicional de la partera en aquellos aspectos en que se detecte que los conocimientos transmitidos no son aplicados, siempre respetando a la partera y su práctica.

5.10 Se informó trimestralmente al equipo multidisciplinario delegacional y a la Coordinación General del Programa IMSS-SOLIDARIDAD semestralmente respecto a los avances del desarrollo del curso.

6. Procedimientos.

La capacitación de las parteras rurales requiere:

6.1 Actualizar el directorio de terapeutas tradicionales del área de influencia de la UMR (consultar el documento Actividades de interrelación de la medicina tradicional con el programa IMSS-SOLIDARIDAD.)

6.2 Se clasificó a las parteras rurales en las siguientes categorías:

- . **Eventuales:** son aquellas mujeres que han atendido algún parto por circunstancias accidentales, y que, debido a esta experiencia, valoran como muy importante esta práctica y desean aprender más.
- . **Empíricas:** son aquellas mujeres que ejercen la partería pero que no han recibido la iniciación de la medicina tradicional ni el reconocimiento por parte de la población como terapeuta tradicional, y tampoco han sido capacitadas por alguna institución.
- . **Empíricas capacitadas:** con este término definimos aquellas parteras que han sido capacitadas por instituciones en diferentes cursos, por ejemplo: primeros auxilios, planificación o atención materno-infantil; estas personas valoran por diversas circunstancias como muy importante dedicarse a la partería, pero no son reconocidas por la comunidad como parteras o terapeutas tradicionales.
- . **Tradicionales:** son aquellas mujeres que ejercen la partería, emergen de la esfera comunitaria y culturalmente se desarrollan en la medicina tradicional, además de que son reconocidas por su comunidad como terapeutas tradicionales.

Las tres primeras categorías no son representativas de la medicina tradicional por carecer o tener insuficientes elementos cognoscitivos, psicomotores y afectivos provenientes de dicha medicina para los cuales

su capacitación con este modelo no es la adecuada. Sin embargo pueden capacitarse con el modelo de Enseñanza-aprendizaje maestro-alumno.

6.3 Capacitar a las parteras rurales en forma abierta, sin límites de edad o escolaridad, invitándolas a participar por conducto de las personas clave de la comunidad: Auxiliar de Área médica, Asistente rural de salud, Comites de Salud, Promotor Social voluntario, y otras.

6.4 Ganar la confianza de la partera rural por medio de la sencillez, la modestia y la auto-crítica. Se debe acabar con las frecuentes relaciones de dominio-sumisión por medio de actividades de igualdad y cooperación.

6.5 Conocer el código de comunicación de las parteras tradicionales. La forma práctica de lograrlo es mediante el trato continuo, el respeto de la práctica tradicional y el saber escuchar y conversar.

6.6 Comprender la organización y la conducta de la comunidad; es decir, que la comunidad penetre en el trabajador de la salud en lugar de intentar lo contrario.

6.7 Mover en la partera rural la necesidad de capacitarse, demostrándole la utilidad de los conocimientos compartidos.

6.8 Influir en las parteras rurales de mayor experiencia en la comunidad para que expresen la necesidad sentida y no manifestada en relación a la atención al embarazo, el parto el puerperio y el recién nacido.

6.9 Definir conjuntamente con las parteras rurales los temas motivo de enseñanza-aprendizaje, los tiempos para desarrollarlos y los

sitios de aprendizaje, de modo que exista un auténtico intercambio de conocimientos y experiencias.

6.10 Iniciar la capacitación dialogada con cualquiera de los siguientes temas(el grupo puede hacer los ajustes necesarios).

- . El embarazo en la medicina tradicional.
- . Riesgos y cuidados tradicionales del embarazo
- . Atención tradicional del parto normal y anormal.
- . Riesgos y cuidados tradicionales del recién nacido.
- . Riesgos y cuidados tradicionales del puerperio.
- . La lactancia materna y la ab lactación en la comunidad.
- . Conceptos tradicionales relacionados con la fertilidad.

6.11 De los contenidos de los temas anteriores, identificar aquellas ráticas afines de la medicina tradicional:

- . Que son suficientes porque dan respuestas satisfactorias a las necesidades de la salud de la madre y del niño.
- . Insuficientes, en razón de que requieren complementarse porque los recursos de la medicina tradicional no proporcionan una total preservación a la salud materno-infantil.
- . Inexistentes ya que los recursos de la medicina tradicional no pueden enfrentar el problema o satisfacer la necesidad de salud que corresponda.

6.12 A través del diálogo y la observación, identificar las prácticas:

- . beneficiosas
- . inocuas
- . dañinas que las parteras rurales utilizan.

6.13 Seleccionar y rescatar los elementos positivos de las prácticas beneficiosas e inocuas de las parteras rurales para mantenerlas y modificar o eliminar las prácticas dañinas.

6.14 Detectar la necesidad de capacitación para la atención materno-infantil que cada partera rural requiera en particular

6.15 Evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje, tomando en cuenta el cumplimiento de las tareas que la partera rural, el médico y la auxiliar del área médica se comprometieron a realizar.

6.16 Evitar, en lo posible que las parteras rurales elaboren registros escritos o documentos que tengan que leer.

7.- Evaluación.

La capacitación de la partera rural se evaluará en forma continua.

Al término de cada sesión de intercambio mediante la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos por la partera rural en la sesión anterior, respondiendo a las dudas que surjan al comparar la partera rural sus conocimientos empíricos con los transmitidos; o bien, planteando al instructor preguntas específicas. La capacitación también se evaluará por la asistencia de la partera rural a las sesiones de intercambio programadas hasta completar la transmisión de los contenidos.

A través del cambio del comportamiento de la partera rural, se valora por la confianza de ésta al solicitar el apoyo del personal de la UMR y por el número de mujeres por ella referida para acciones de atención materno-infantil (control prenatal, valoración de riesgo obstétrico, aplicación de vacuna contra el tétanos, etc.).

8.- Control.

Como resultado de la participación del Equipo de Salud en la red de intercambio de bienes, servicios y comunicación para la atención materno-infantil, el personal médico registra mensualmente lo que todos los días comparte con los miembros de la comunidad, en este caso con la partera rural:

- Número de embarazadas bajo control.

- . Número de embarazadas derivadas a la unidad médica.
- . Número de partos atendidos.
- . Número de niños nacidos vivos en parto tradicional.
- . Número de niños muertos nacidos en parto tradicional.
- . Número de embarazos complicados o de alto riesgo en control con recursos de la medicina tradicional y de la unidad médica rural.
- . Número de partos complicados atendidos en la unidad médica rural por identificación oportuna del riesgo y por decisión conjunta del equipo de salud y de los miembros de la comunidad, en razón de que la partera rural requería el apoyo de la UMR o del Hospital Rural "S" para solucionar el problema.

El registro de estas actividades es la responsabilidad del médico encargado de UMR, mediante la utilización de las formas, fuente del Sistema Unico de información.

**Programa de Capacitación IMSS-SOLIDARIDAD
de Los Reyes La Paz.**

Justificación.

Con base en las siguientes problemáticas:

- 1.- Altos índices de morbilidad materno-infantil en el país.
- 2.- El alto porcentaje de partos atendidos por parteras empíricas.
- 3.- Altos índices de embarazos de alto riesgo.
- 4.- La demanda no satisfecha en Planificación Familiar en Zonas

Rurales.

5.- De acuerdo al programa establecido por la jefatura de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

Se hizo necesario llevar a cabo el XXVII Curso de adiestramiento a parteras empíricas. Buscando el logro de los siguientes objetivos:

- 1.- Mejorar la salud infantil en el medio rural.
- 2.- Que las parteras empíricas proporcionen mejor atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- 3.- Que manejen de manera adecuada el recién nacido, que tengan conocimientos de crecimiento y desarrollo para control del niño sano.
- 4.- Canalicen los casos problema a la Clínica de apoyo.
- 5.- Que la partera empírica actúe como líder de salud en su comunidad.
- 6.- Que la partera empírica efectúe acciones de Planificación familiar.
- 7.- Que la comunidad conozca, acepte y solicite los servicios de Planificación Familiar a la partera rural.

8.- Que las parteras se identifiquen como miembro activo del equipo de salud.

Metas.

Impartir un curso de adiestramiento a 15 parteras empíricas las cuales colaboren en el Programa de Planificación Familiar, promoviendo, captando y distribuyendo anticonceptivos orales con un incremento de 2 usuarias por mes y que las parteras lleven a cabo acciones de promoción y prevención de su comunidad.

Limites de Espacio.

El curso se impartió en las instalaciones del IMSS Hospital General de Zona No 53 Los Reyes la Paz.

Actividades de Prácticas de las Parteras Empíricas en los Campos Clínicos.

Considerando que el proceso enseñanza-aprendizaje involucra acciones prácticas, se hizo necesario planear las actividades de las parteras en las diversas áreas para la finalidad de:

- . Familiarizar a la partera empírica con las instituciones de salud.
- . Que observe el manejo adecuado de la embarazada, el parto y el puerperio.
- . Que se ubique como miembro del equipo de salud.
- . Que observe el manejo de algunas pacientes con distoxia.
- . Lograr la participación de la empírica en los programas de Planificación Familiar y salud materno-infantil.

Dentro del Programa estuvieron integrados como colaboradores:
Enfermeras en servicio, subjefto de enfermeras de Planificación Familiar y personal del Hospital adscrito a los servicios.

Metodología.

Los campos clínicos de prácticas fueron dentro del Hospital General de zona No.53 Los Reyes. El grupo se dividió en subgrupos y se roló en los siguientes servicios.

- . Tocoquirúrgica
- . Ginecoobstetricia
- . Cuneros
- . Medicina Preventiva
- . Comunidad.

Las parteras estuvieron asignadas un día a cada servicio, realizando las actividades que a continuación se describen.

Tocoquirurgia.

Admisión

- . observación en admisión de la paciente
- . observación en preparación psicológica
- . ayuda al personal de servicio en aplicación de:
 - . enema
 - . tricotomía
 - . auxcultación de foco fetal

- . traslado de paciente a la sala de labor.

Labor:

- . Observaciones en los procedimientos de conducción o inducción
- . Toma de signos vitales
- . Preparación psicológica de la paciente
- . Observación en vigilancia de trabajo de parto
- . Traslado de la paciente y expulsión

Expulsión:

- . Recepción de la paciente
- . Observación de los preparativos para la atención del parto
- . Observación de la atención del parto
- . Observación y posteriormente participación bajo supervisión de atención del recién nacido
- . Observación de la atención del alumbramiento
- . Atención de la paciente inmediatamente después del parto
- . Traslado de la paciente a la sala de recuperación

Recuperación

- . Observación de la paciente puerperio inmediato
- . Toma de signos vitales
- . Vigilancia de globo de seguridad
- . Vigilancia de sangrado transvaginal
- . Traslado de la paciente a su servicio

Maternidad.

- a.- Recepción de la paciente

b.- Observación de cuidado integral suministrado a la paciente y participación en:

- . Hábitos de higiene
- . Hábitos de alimentación
- . Arreglo de unidad
- . Vigilancia de globo de seguridad
- . Eliminación
- . Toma de signos vitales
- . Vigilancia de sangrado trasvaginal
- . Alimentación del seno-materno
- . Observación en indicaciones dadas a la paciente por el personal de servicio
- . Observación de la aplicación de los medicamentos
- . Alta de la paciente

Cuneros.

a.- Observación en recepción del recién nacido

b.- Observación de cuidado integral del recién nacido y participación en:

- . Baño del recién nacido y cuidado del cordón
- . Alimentación del recién nacido al seno materno y con biberón
- . Profilaxis oftálmica
- . Eliminación
- . Toma de temperatura
- . Posición del niño
- . Observación de visita médica
- . Observación de indicaciones higiénicas dietéticas dadas a la madre
- . Observación en inmunizaciones

Medicina Preventiva.

- . Observación de aplicación de inmunizaciones e inyecciones
- . Observación de indicaciones dadas a la madre
- . Aplicación de producto biológico
- . Observación de integración manejo de grupos
- . Observación de detecciones : DOC, DOD, DHTA etc

Comunidad.

- . Elaboración de un censo para identificar necesidades de salud de su comunidad
- . Aplicar un formato para detectar mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo y/o obstétrico.

CAPITULO IV

EVALUACION DE LA PARTICIPACION DE LAS PARTERAS EN EL PROGRAMA DE CAPACITACION DEL IMSS DE LOS REYES LA PAZ.

El propósito de este capítulo es dar a conocer el proceso teórico metodológico seguido para llegar a obtener información documental y de campo para fundamentar la propuesta al problema planteado. Así como el medir objetivamente por medio de la evaluación las actividades realizadas dentro del programa de capacitación para las parteras, y a partir de los resultados proponer las modificaciones o ajustes necesarios.

Considerando en este caso que una de las funciones de el Lic en Trabajo Social es investigar hábitos y valores en la atención al parto ; Es el que puede intervenir en la evaluación del programa de capacitación dirigido a las parteras, y a partir de ello el impulsar la participación de los recursos con que cuenta la comunidad para la atención a la salud.

Como se ha considerado en los capítulos anteriores la participación de las parteras rurales en la atención al parto tiene gran importancia por el liderazgo que desempeñan en su comunidad, lo que dió origen a la realización de cursos de capacitación para que brinden una mejor atención. Sin embargo, no se han realizado evaluaciones, para mejorar la impartición de los mismos, y verificar si los objetivos planteados se han cumplido. La investigación evaluativa está inserta dentro de un marco institucional y es de tipo descriptivo.

Por lo anterior consideramos que es importante realizar una evaluación final del curso de capacitación que se realizó en el IMSS de Los Reyes La Paz, para determinar si a través de la participación de las parteras en los cursos existe una mejor capacitación y proponer

alternativas considerando las características personales de las parteras que asistieron al curso.

Para poder llevar a cabo esta evaluación se revisó el Programa utilizado en el último curso, partiendo de:

- . Los objetivos generales
- . Los objetivos específicos
- . Los contenidos
- . Las actividades sugeridas para las parteras
- . Los recursos

La evaluación a realizar fue externa y sustantiva tomando el total de las parteras que asistieron al curso, siendo la mayoría originarias de Chalco y algunos municipios como Xico, Huexoculco, Ixtapaluca, y Tlalmanaleco.

Así mismo la evaluación fue sectorial retomando el diseño que plantea Ezequiel Ander Egg el cual consiste en:

- . Marco de Referencia
- . Estrategia Metodológica
- . Selección de variables e indicadores

Este autor considera:

" La evaluación es la comparación o constatación que resulta de confrontar lo que se ha hecho (lo realizado) con lo que se quería hacer (objetivos y metas propuestos), investigando también porque ha ocurrido (los factores que han influido en los resultados)."(8)

Así mismo menciona que la evaluación de eficacia o resultados y efectos es aquella en que lo sustancial es saber si el programa que se esta

(8) Ezequiel Ander egg. Metodología de Trabajo Social Ed. 1992 p.216

llevando a cabo responde o no a las necesidades y problemas reales. Por lo que es importante evaluar los resultados obtenidos en terminos o efectos sobre la población destinataria y valorar los efectos indirectos. Es esta la última forma en la que se desea enfatizar este estudio.

Los aspectos a evaluar del programa fueron los siguientes:

- . Identificar la participación de las parteras en el curso
- . Determinar las características personales de las parteras
- . Detectar los conocimientos sobre ideales reproductivos

La hipótesis propuesta fue:

" A mayor participación de las parteras en los cursos, mejor capacitación recibida."

Se pretende lograr demostrar la hipótesis planteada por medio de la realización de la evaluación.

Metodología.

El método utilizado fue el evaluativo que considera aspectos cuanti y cualitativos del programa, utilizando las técnicas de observación directa y la aplicación de un cuestionario a las parteras, el cual contuvo los indicadores antes mencionados, con preguntas abiertas y cerradas; Así como el análisis de documentos y estadísticas. (ver anexos 2 y 3)

Para la selección del grupo de estudio se consideró la accesibilidad en cuanto a tiempo y distancia así como la totalidad de las parteras (40) que asistieron al curso de capacitación en el IMSS de los Reyes la Paz.

Variables.

V.I.

Participación en los cursos

V.D.

Capacitación

Indicadores.

- . Escolaridad
- . Edad
- . Edo. Civil
- . Ideales Reproductivos
- . Experiencia como partera
- . Lugar de origen
- . Capacitación

Los indicadores relacionados con sexo, edad, escolaridad y estado civil fueron con el fin de identificar la relación que existe entre la edad de la partera y los conocimientos adquiridos a través de la práctica.

El indicador ocupación, se desglosó en preguntas que permitieran obtener información de algunas características de la actividad económica que desempeñan algunas de las parteras, para identificar si la atención al parto fue para recibir una remuneración económica o porque le satisface y gratifica su actividad.

Respecto a la experiencia personal como partera se pretendió obtener información de cómo se inicio como partera, si fue de manera empírica o previa capacitación.

En cuanto a las preguntas relacionadas con ideales reproductivos permitieron verificar cuáles son realmente los conocimientos que aplican las parteras en la práctica a sus pacientes en cuanto a orientación e información.

Las preguntas relacionadas con la capacitación fueron con el fin de identificar la participación de las parteras en cursos de capacitación en el

IMSS y otras instituciones, así como la trascendencia de haber participado en dichos cursos.

Este curso se evaluó por medio de la observación directa y entrevistas a algunas parteras que participaron, obteniendo valiosos resultados en cuanto a las necesidades y requerimientos de capacitación a las parteras, así como de la organización e implementación del curso por las autoridades responsables.

RESULTADOS

I.-El Contexto Geográfico del Programa.

El Municipio de Chalco limita al norte con Ixtapaluca, el este con los municipios de Tlalmanalco, Cocotitlán, Temanatta y Tenancingo del Aire, al sur con el Municipio de Juchitepec y al oeste con el Distrito Federal. Pertenece al 2o Distrito Judicial y Rentístico del cual es cabecera Chalco de Díaz Covarrubias. La cabecera municipal se ubica sobre la carretera No. 155 que se comunica al Distrito Federal con Cuautla y a corta distancia corre la supercarretera de alta velocidad que va del D.F. a Puebla. Está comprendido en la jurisdicción sanitaria de Ameca y tiene una población de 596748 habitantes, de estas 28 3076 (4%) corresponden al Municipio de Chalco.(9) ver anexo I.

II.- Cobertura del Programa.

El curso se realizó en las instalaciones del IMSS, Hospital General

(9) Fuente: INEGI Censo 1990

de zona No. 53 de Los Reyes La Paz , con una duración de dos semanas, una de teoría y otra de práctica.

La cobertura considerada inicialmente fue para 15 parteras empíricas, sin embargo, la asistencia programada fue rebasada ya que acudieron al curso 40 parteras, de las cuales se tomo una muestra de 32, el curso fue impartido en el mes de noviembre del día 14 al 25 del mismo.

Lo anterior demuestra la importancia que tuvo el que a partir del curso se les otorgara un reconocimiento oficial para desempeñar sus actividades con más confianza y por el respaldo que el mismo les otorgo.

III Características de las Parteras.

a) Lugar de Residencia.

En el curso realizado la mayoría de las parteras el 40.6 % pertenecen al municipio de Chalco, el 3.1% a Puente Rojo, el 21.8 % Tlalmanalco, el 6.2% a Xico, el 21.8% a Huexoculco, el 3.1 a Cuatzingo y el 3.1% a Ayotla.

b) Escolaridad.

De las 32 parteras entrevistadas 31 de ellas saben leer y escribir y solo 1 de ellas no sabian; el grado de escolaridad varía de la siguiente manera:

Primaria 54.8%, Secundaria 22.5%, Preparatoria 16.1%, otro 6.4% (enfermera)

Cabe mencionar que el 28.1% de las parteras dejó de estudiar por problemas familiares, el 21.8% porque contrajo matrimonio y/o unirse a su pareja y el 12.5% lo hizo porque tenía que ayudar en su casa en los quehaceres domésticos, otro 12.5% se dedicó a trabajar para ayudar económicamente a la familia; otros factores que influyeron para que dejaran de estudiar fueron porque sus padres no se los permitieron, así como por la falta de escuelas en algunas comunidades.

c) Estado Civil.

El 46.8% de la parteras son casadas (matrimonio religioso y/o civil), el 15.6% viven en unión libre, siendo solteras el 15.6% . dato de interés este último fundamentalmente por constituir un recurso humano para la atención de otras mujeres en su lugar de origen.

d) Fecundidad.

Es importante señalar que el 84.3% de las parteras han tenido hijos, esto influye en la relación y atención con la parturienta a quien le brinda sus servicios, encontramos que el 52.8% % tuvieron más de 3 hijos, y tres de ellas hasta 13 hijos, esto se debe a que son las parteras de edad más avanzada lo que justifica el alto índice de fecundidad.

e) Ocupación Anterior.

La mayoría de las parteras trabajaban en otras actividades :

- enfermera (auxiliar de médico): 28.1%
- empleadas : 18.7%
- obreras : 9.3%
- hogar : 12.5%

maestra: 3.1%

comerciante: 6.2%

Esta información nos permite afirmar que la práctica de la "partería" no es su actividad económica principal, sino secundaria amén de que esta es considerada como una actividad con reconocimiento comunitario.

IV Experiencia Personal como Partera.

La experiencia que han tenido las parteras a las cuales se investigó, data desde la década de los 50s, encontrando que 9.3% de ellas se iniciaron en los años 50s, por lo que actualmente llevan de 35 a 44 años atendiendo partos; cabe señalar que son las parteras más ancianas, y aun practican ritos y creencias, por ejemplo el baño en el temascal con hierbas y el enterrar el ombligo en un lugar específico. Otro 9.3% de las parteras se iniciaron durante la década de los 60s, por lo que actualmente llevan de 25 a 34 años atendiendo partos. El 28% de las parteras se inicio durante los años 70s y lleva atendiendo partos de 15 a 24 años, sin embargo, vemos que el 40% en comparación con las cifras anteriores se inicio durante la década de los 80s; lo que guarda relación con la política de salud materno infantil generada en la época. Sin embargo, para los 90s solo se han iniciado como parteras el 12.5% de la población entrevistada.

Estas parteras (50%) aprendieron de sus madres quienes eran parteras, lo que originó que aprendieran en la práctica de manera empírica, así mismo como el adquirir en algunos casos prácticas y ritos para la atención del parto. El 18.7% aprendió por medio de la ayuda que otorgaba al médico en la atención al parto, cabe señalar que estas tienen

más conocimientos técnicos, así como hábitos de higiene en la atención a la parturienta como al recién nacido. Otro 12.5% de las parteras han aprendido porque otra partera las ha enseñado, el 3.1% aprendió auxiliando a enfermeras, el 6.2 % en un hospital, el 3.1% por medio de su abuela materna, y el 3.1% por medio de la observación, el 3.1% por medio de un familiar (tía), datos que denotan el carácter empírico derivado de las costumbres y prácticas familiares.

Las parteras en el 31.2% de los casos atendieron su primer parto cuando tenían de 26 a 30 años, el 28.1% a la edad de 16 a 20 años, el 21.8 % de 21 a 25 años, el 9.3% cuando tenían de 31 a 35 años, las parteras que se iniciaron más grandes (40-45 años) son el 6.2%, solo el 3.1% atendió por primera vez un parto a la edad de 15 años. Puede observarse que prácticamente el 31.2% se inició antes de los 20 años de edad dato de interés ya que actualmente se ha observado esta constante lo que implica que es un importante recurso humano sujeto a capacitación.

De las parteras que fueron entrevistadas el 50% de ellas tiene 5 años de trabajar como partera, el 12.5% 15 años, un 6.2% 10 años, 6.2% 20 años, 6.2% 25 años y el 3.1 30 años, el 9.3% 35 años y el 6.2% 40 años atendiendo partos; ésto confirma que gran parte de las parteras es gente joven lo que denota la diferencia en la atención al parto en cuanto a ritos y costumbres, por ejemplo en las que tienen muchos años de atender a la parturienta, el uso del temascal y de algunas hierbas o infusiones para lograr un alumbramiento adecuado son usados más frecuentemente a diferencia de las jóvenes con menor experiencia pero con el uso de prácticas con apoyo técnico obstétrico.

Respecto a las parteras que tienen menos tiempo de atender a las parturientas existe más aceptación de algunos conocimientos que en el curso se les imparte.

La mayoría de las parteras atienden 2 partos (53.1%) mensualmente y otras más hasta 4 partos al mes (34.3%), otras han atendido hasta 6 partos (6.2%), solo el 6.2% han atendido hasta 10 partos mensuales.

El lugar de atención al parto es generalmente en la casa de la parturienta y en pocas ocasiones en la casa de la partera, esto cuando existe una situación de emergencia.

Como percepción que se tiene acerca de su ocupación consideran que el ser partera implica responsabilidad y es un don que no tiene toda mujer por lo que solo algunas (53.1%) ha enseñado a otras personas este oficio principalmente a sus hijas o algún familiar cercano, y en ocasiones a otra persona que no es de su familia y se lo solicita (21.8%) y el (25%) no ha transmitido sus conocimientos a ninguna otra mujer.

La forma en que han transmitido su experiencia lo ha hecho por medio de la observación en el (31.2%) de los casos y de la práctica directa en la atención al parto en el (43.7%), por lo que quienes aprenden de ellas también adquieren conocimiento de ritos o costumbres que posteriormente aplicarán. Esto denota la importancia de la experiencia personal como partera para que se les otorgue una capacitación acorde a sus necesidades y costumbres dentro de la comunidad en la que viven, ya que son el vínculo entre la institución y las pacientes que atienden.

Además de ser parteras practican otras actividades relacionadas con su oficio como: aplicar inyecciones, hierbera, huesera, aplicar vacunas. Así mismo imparte platicas de primeros auxilios en su comunidad. A la mayoría de las parteras les gusta su oficio porque mencionan que:

- Es un oficio muy bonito recibir a un niño (53.1%)
- Les gusta ayudar a la gente que no cuenta con recursos económicos suficientes para atenderse en un hospital y es una satisfacción salvar vidas (31.2%)
- Por aprender y adquirir experiencia para valorizar la vida (15.6%).

V Capacitación Recibida como Parteras.

Las Parteras han recibido cursos de capacitación en el 100% en el IMSS, y el 46.8% también los ha recibido en otras instituciones, de estos últimos el 37.5% en la SSA y un 9.3% en el ISSSTE. Respecto al número de cursos recibidos el 3.1% de las parteras solo tienen un curso de capacitación, el 15.6% ha asistido a dos cursos otro 15.6% a 3 cursos y un 3.1% hasta 4 cursos. De estos cursos el 15.6% lo recibieron en los años setentas, el 37.4% durante 1980 y el 46.8% a partir de 1990 hasta la fecha, lo que indica la aceptación de las parteras a los cursos.

Los últimos cursos fueron impartidos con una duración de 15 días contemplando una semana de teoría y una semana de práctica, los temas que abordaron en el curso se basaron en: parto, embarazo, puerperio, riesgo reproductivo así como planificación familiar e higiene, el interés por participar en los cursos de capacitación fue determinado por:

1. El 78.1% para mejorar la atención a sus pacientes y adquirir y ampliar sus conocimientos.

2. Para protección laboral el 21.8%

Esta información permite que las motivaciones que tienen las parteras son generalmente de carácter social en beneficio comunitario.

Las parteras que han asistido a varios cursos en diferentes instituciones mencionan las siguientes diferencias con el recibido en el IMSS, un 53.1% considera que no existe ninguna diferencia en la forma de impartirlos, el 21.8% menciona que les dan más teoría en otras instituciones, y el 12.5% consideran que es mejor que el IMSS porque solo las reunieron dos veces por mes, sin embargo, otro 12.5% menciona que lo que no les agrada es el trato de las enfermeras ya que son menos pacientes con ellas. El 12.5% de las parteras tenían 20 años cuando tomaron el curso, el 34.3% entre 25 y 30 años, el 18.7% de 35 a 40 años, el 35% de 45 a 50 años, el 6.2% de 55 a 60 y solo el 3.1% de 71 a 75 años. Los datos anteriores nos permiten observar que las parteras son las más grandes en cuanto a edad y solo el 12.5% de quienes participan en el curso son menores de veinte años lo que refleja la importancia de la capacitación de recursos humanos jóvenes para la atención de un parto.

De los beneficios obtenidos por las parteras se pueden mencionar los siguientes : el aprender las técnicas para atender un parto (25%) respecto a la teoría y la práctica solo les interesó al 21.8% de ellos, el 18.7% refiere que es más importante el observar directamente como atender un parto, el 9.3% la teoría, al 6.2% la práctica y las técnicas utilizadas; un 6.2 % el recorrido por los servicios y la organización para impartir dicho curso.

Como podemos observar la mayoría de las parteras consideran que fue mejor la práctica directa en la atención al parto en las instalaciones del IMSS porque se les dificultó menos el aprender lo que en la teoría les

habían enseñado. Destaca la percepción que un grupo de parteras tuvo, al considerar que el trato y la exigencia de médicos y enfermeras no era adecuada porque no les tienen paciencia al explicarles así como la forma en que atienden a las parturientas, ya que mencionan que los terminos en que les hablan son muy bruscos y hasta algunas veces groseros.

El Programa de Capacitación a parteras se llevó a cabo impartiendo los temas siguientes:

- . Riesgo Reproductivo.
- . Embarazo, Parto y Puerperio
- . Promoción Anticonceptiva.
- . Nutrición, Crecimiento y Desarrollo
- . Enfermedades de la infancia.

De los temas anteriormente mencionados, las parteras consideraron que el referente a riesgo reproductivo les ayudaba a distinguir los partos complicados, y por lo tanto no los atendía, sino que los canalizaba al Hospital más cercano, ya que contaba con el apoyo de la Institución (IMSS).

Sobre el tema de Embarazo, Parto y Puerperio, identificamos que a las parteras les pareció más importante lo relacionado a la orientación de ideales reproductivos ya que durante la visita de su paciente les orientó sobre el tema, esto se refleja por la participación de las parteras en la Planificación familiar. Esto no quiere decir que en las comunidades la gente acepte plenamente el uso de anticonceptivos y el control natal a base de los mismos, ya que en su mayoría son zonas rurales.

Respecto a los temas de Nutrición y enfermedades de la infancia para dar difusión en las comunidades, a las parteras no les interesó

plenamente ya que en su mayoría, consideraban no tener el tiempo suficiente para dedicarle ya que esta actividad se debería de desarrollar en su comunidad, por lo que se tenía que dedicar más tiempo.

En la práctica visitaron las unidades de servicio como lo son: Tocoquirurgica, ginecoobstetricia, cueros y medicina preventiva, cabe señalar que durante la visita a estas unidades de servicio las parteras mostraron mayor participación, así mismo mencionaron que en la práctica les fue más fácil comprender los conocimientos teóricos.

De este curso lo que más les gustó a las parteras fue la intervención directa en la atención al parto en las instituciones del IMSS, sin embargo, mencionaron que no les agradó la exagerada exigencia de las enfermeras y de los doctores, así como el que no les tuvieran paciencia cuando les explicaban los temas que se trataban, mencionaron que en la práctica no se les orientó y no se les explicó con más cuidado los partos de alto riesgo.

VI Información de las Parteras a sus Pacientes sobre Ideales Reproductivos.

La partera se caracteriza por ser consejera dentro de su comunidad por lo que es más fácil que sus pacientes recurran a ella en busca de orientación o algún consejo sobre diferentes situaciones como la edad ideal para casarse por lo que un 75% de las parteras recomienda que una mujer lo debe hacer a la edad de 20 a 24 años, un 15.6% entre los 15 a 19 años, y un 9.3% aconseja que debe de casarse de los 25 a los 29 años. Les comentan que deben de ser responsables y evitar riesgos al embarazarse a edad temprana porque no existe la madurez fisiológica para ello; que los hijos deben de ser deseados, con esto observamos que

la mayoría de las parteras recomiendan que la edad para el matrimonio debe de ser entre los 20 y 24 años.

Por otra parte el 12.5% de las parteras les aconsejan a las parejas que la edad ideal para tener su primer hijo es a los 18 años , el 68.7% les dice que de los 22 a los 24 años y un 18.7% considera que debe de ser a los 26 años.

Así mismo es importante mencionar que el 90.6% de las parteras les sugieren a las parejas que deben de esperar un tiempo para que tengan hijos, para que se conozcan más y disfruten su matrimonio, así mismo el compartir obligaciones cuando decidan tener un hijo, el 9.3 % restante no les orientan al respecto.

En cuanto al tiempo para el embarazo despues de la unión de la pareja les aconsejan que deben de esperar para que nazca su primer hijo, mencionando el 12.5% debe de esperar medio año, el 56.2% menciona que deben de ser dos años, el 18.7% considera tres años y el 12.4% menciona que más de cuatro años. Como puede observarse más de la mitad de las parteras consideran que debe de haber un periodo apróximado de dos años para poder procrear la pareja su primer hijo.

Respecto al espaciamiento de los hijos el 3.1 % les menciona que deben de esperar un año, el 21.8% considera que dos años, el 43.7 les dice que 3 años y el 31.2% hasta cuatro años, esto para que la madre tenga tiempo de recuperar su estado de salud y pueda brindarles mejor atención, así como disfrutar a cada hijo, también les sugieren que deben de tener control (metodos anticonceptivos) y así dejar descansar a su matriz, esto refleja la participación importante que desempeñan en la de

Planificación Familiar a pesar de que esta medida es tomada solo por decisión de la mujer y sin el consentimiento o conocimiento de su pareja.

Referente a la edad para tener el último hijo les recomienda que debe de ser antes de los 35 años. Es importante señalar que las parteras si han aprendido lo indispensable que es para la salud de la mujer el esperar determinado tiempo para volver a embarazarse, y esto se refleja al aplicarlo en la práctica, así vemos como la partera es el vinculo entre la institución y la comunidad, por eso es importante el que reciba una buena capacitación para el desempeño de sus funciones.

El 65.6% de las parteras consideran que una familia pequeña esta integrada por tres hijos y el 28.1% refiere que una familia grande es aquella en la que existen más de cuatro hijos, refieren que es mejor tener pocos hijos para brindarles una mejor alimentación, educación y atención.

VII Seguimiento.

Puede señalarse que no existe un seguimiento sistemático sobre los cursos y la opinión de las parteras, ni tampoco una evaluación de lo que realmente se ha logrado segun los objetivos que el programa persigue en cuanto a capacitación.

Si bien es cierto que la capacitación a las parteras es de vital importancia para proporcionar una atención materno infantil de calidad a la población y específicamente a las comunidades donde la partera es una figura importante; debemos considerar que la única posibilidad de que este trabajo se enriquezca es a través de la comunicación constante con las parteras que han egresado de los cursos; de tal forma, que podamos

definir líneas de acción claras y eficaces para lograr los fines que perseguimos.

La capacitación a las parteras debe contemplarse como un proceso que debe de retroalimentarse constantemente. Esta retroalimentación debe de extenderse a todas las personas responsables del curso, así como también a las participantes en el, y a la práctica que estas realicen. Para estos fines se ha constatado que la evaluación pedagógica puede ser un recurso eficaz, para optimizar la práctica educativa y por otra mediante la intervención directa en la comunidad para dar seguimiento tanto al programa como a las acciones emprendidas por la partera capacitada, función esencial del Trabajo Social, ya que es un profesional que tiene los elementos suficientes para llevar a cabo estas acciones.

CAPITULO V
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION A
PARTERAS EMPIRICAS EN EL ESTADO DE MEXICO DESDE
LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL A NIVEL
INTERDISCIPLINARIO.

1 Antecedentes.

Los cursos y programas de capacitación a parteras rurales se han realizado en México, desde el año de 1943 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Posteriormente diversas instituciones (IMSS, INI, DIF, UNAM, CRUZ ROJA y organismos no gubernamentales) continúan con estos programas, paralelamente se han hecho estudios para el diseño y elaboración de manuales documentos de apoyo y recursos didácticos.

El proyecto de parteras tradicionales y posadas de nacimiento realizado por la Secretaría de Salud, documenta que la capacitación a parteras rurales se inició en México en 1973 llegando a registrarse alrededor de 15,000 mujeres las cuales fueron preparadas en atención materno-infantil, pero no se realizó ninguna evaluación que permitiera conocer el impacto provocado con la preparación de estas personas.

El Sistema Nacional de Salud reportó que en el año de 1983 se atendieron 1,157,225 partos en las 804 unidades hospitalarias de sector público y se estimó que unos 300,000 partos se atendieron en el área privada, dejando el resto de los partos, aproximadamente 1,200,000 en manos de personajes de las comunidades, sobre todo las llamadas parteras tradicionales, sucediendo ésto principalmente en áreas rurales dispersas.

Es así que una gran cantidad de problemas de salud son manejados por miembros de la comunidad, los cuales aplican conceptos y tratamientos que por experiencia oral se han transmitido y que la comunidad considera muy razonable. En forma general se encuentran enmarcados dentro del concepto denominado "partera tradicional" la cual no sólo tiene múltiples conocimientos sobre el manejo de la mujer embarazada, del parto y del recién nacido, sino que también conoce la cultura y la historia de la comunidad, conoce la lengua local, dá explicaciones lógico-religiosas, es orientadora y líder natural, aspectos que a los ojos de la comunidad, superan a los habitantes de las comunidades que saben que siempre cuentan con ellas.

Su capacitación propicia mejores condiciones en la atención a la mujer en edad gestacional, y por lo anterior se presenta este proyecto con el propósito de lograr la capacitación de mujeres dedicadas a la atención del parto, además de dotarlas de equipo e instrumental mínimo necesario para realizar su labor bajo mejores condiciones. De hecho, aunque es loable mejorar las prácticas de las parteras empíricas y reconocer su contribución a la salud de la mujer en este país, es importante señalar que no solo se debe de concentrar los esfuerzos en el entrenamiento de las parteras empíricas sino se requiere tanto de la implementación de tecnologías apropiadas y el fortalecimiento de sistemas de referencia y apoyo, como de un acercamiento respetuoso por parte del personal que realice seguimientos y evaluaciones de los programas de capacitación.

Por lo anterior es importante la participación del Lic. en Trabajo Social en la coordinación en un equipo multidisciplinario e interdisciplinario en el área de la salud porque es el que establece los canales de comunicación interna (equipo) y externa (parteras) con todos

los recursos humanos, para lograr los objetivos y metas que se establecen en los programas. Así mismo es el que puede lograr una integración sin perder de vista el papel que desempeñan los demás miembros, logrando así ser el enlace entre la población atendida y el equipo de salud . Por otra parte al participar en el trabajo comunitario tiene amplio campo de acción para organizar, coordinar y promover las acciones que demande la población en cuanto a la atención a la salud se refiera.

II Justificación.

Como se ha planteado a lo largo de los capítulos anteriores es indispensable la capacitación de las parteras, sobre todo en las zonas rurales ya que consideramos que:

La partera no sólo está con la parturienta desde el principio de sus contracciones, sino que quizá la conoce desde su época de soltera, y se queda unos días después del parto.

En el Hospital o clínica de salud el médico casi nunca comunica a la mujer sus buenas señales o dificultades, y hay tal organización jerárquica y burocrática que la paciente no solo no puede opinar, sino ni siquiera preguntar.

El ambiente del hospital es siempre extraño para la mujer que va a dar a luz , siendo su trabajo de parto un trabajo abandonado porque nadie la acompaña permanentemente, a diferencia de quienes son atendidas por parteras, ya que por lo regular es en su propia casa, donde ella está rodeada de su madre, sus vecinas o su esposo.

Como la partera y la mujer a la que atiende son miembros de la misma comunidad, no tiene problemas para comunicarse. La primera informa a la mujer constante sobre el desarrollo de su trabajo de parto y la instruye para que saque el mayor provecho posible de sus esfuerzos.

En una institución el médico no permite que la mujer camine aunque hay estudios que muestran que de ese modo el trabajo de parto es mas corto. Tampoco la deja comer, beber o darse un baño. La partera en cambio accede a que a mujer cambie de posición, tome pequeños bocados, té con agua, atoles y emplea el baño del temascal antes y durante el parto.

La diferencia de la atención tanto del médico como de la partera, ha influido en que se trate de complementar ambos conocimientos sin embargo a pesar de que actualmente existen políticas nacionales que tratan de revalorar la práctica de las parteras empíricas, existe gran resistencia por parte del ambiente científico para aceptarlas. A pesar de esto, en las comunidades se les respeta y se les tiene confianza pues sus prácticas están en consonancia con las características del grupo de mujeres a las que atienden.

Se considera que las parteras son un recurso importante, sobre todo actualmente en cuestión económica, en las zonas rurales ya que además de aprender de sus prácticas positivas, son un recurso humano importante aun más en este tiempo ya que aunque se han planteado diversas políticas para la atención a la salud, estas no se han cumplido en cuanto a la prestación de servicios, el acceso y la calidad de los mismos para la mayoría de la población. Mas aun cuando en lugar de hacer funcionar al máximo los existentes, se ha limitado la cobertura de los mismos a la población más desprotegida, aunque se mencione que la salud es un derecho Constitucional para todos los mexicanos.

Dado que un número significativo de partos es atendido en el medio rural a través de parteras empíricas, se recomienda la capacitación se otorgue además de a estas a gente nueva que se inicie en el oficio. En

las comunidades en donde no existen parteras se debe de capacitar a gente joven para que todas las comunidades que no cuenten con servicios de salud institucionales, tengan sus propios recursos de salud y no se vean en la necesidad de recurrir a las comunidades vecinas que se encuentran hasta 4 horas o más de camino. Así mismo al capacitar a gente joven no existe el riesgo que las comunidades se queden sin este recurso, ya que existe el riesgo de que las parteras mueran sin haber transmitido sus conocimientos, para que otras personas continúen con esta práctica.

Al capacitar a las parteras se mejorará la calidad de atención que prestan a través de nuevos conocimientos y técnicas que adquieran.

En el diseño del programa y la implementación del mismo es necesario tomar en cuenta la diferencia de las parteras que tienen años de práctica en la atención y las mas jóvenes, ya que ésto influye en la dinámica del curso.

Es importante señalar que los cursos deben de prolongarse en cuanto a tiempo, ya que los cursos que se han impartido, no se valoran ni se integran los conocimientos empiricos de las parteras y no existe una supervisión continua.

Los cursos que se impartan deben de ser mas prácticos que teóricos, y las personas que otorguen dichos cursos deben de ser capacitados así como y concientizar a las personas encargadas de brindar las informaciones técnicas a las parteras. La capacitación que se otorgue debe de ser un proceso de enseñanza-aprendizaje conjunto. Tampoco debe de ser un recurso encaminado solo a cumplir metas en planificación familiar voluntaria e involuntaria, como lo han hecho algunas

instituciones. Debe de ser encaminado hacia la autogestión y autocuidado de la salud individual.

III Objetivo General.

Capacitar a la partera tradicional para disminuir los factores de riesgo de la atención que proporciona a la población materno-infantil, para atender el mayor número de mujeres en edad gestacional y sus productos, buscando mejorar la calidad de atención, disminuyendo las prácticas nocivas.

Objetivos Específicos.

- . Identificar el municipio en donde exista un alto porcentaje de parteras.
- . Sensibilizar a las parteras para que asistan a los cursos de capacitación.
- . Promover los cursos de capacitación en los lugares de origen de las parteras.
- . Evaluar los conocimientos adquiridos por las parteras antes y después del curso.

IV Metas

- . Formar un grupo de parteras en sus comunidades de origen.
- . Lograr que el 100% de las parteras asista al curso de capacitación.
- . Realizar un seguimiento y evaluación del programa.

V. Límites.

a) **TIEMPO.** Llevar a cabo este programa a mediano y largo plazo de acuerdo al interés de las instituciones involucradas. Con una duración de dos meses cada curso.

b) **ESPACIO.** Hospital de zona de Los Reyes la Paz en las comunidades de Tlalmanalco, Ixtapaluca, Coatzingo, Xico, Valle de Chalco, Santa Ma. Huexoculco.

c) **UNIVERSO.** El programa va dirigido a parteras empíricas de los municipios de Chalco Estado de México.

VI Procedimiento.

El Programa que se propone consta de tres etapas:

a) **Selección de municipios considerando:**

- Similitud de los municipios en cuanto a número de habitantes y de localidades.
- Baja cobertura del sistema formal de atención en salud.
- Existencia de vías de acceso y medios de transporte
- Existencia de un Hospital de segundo nivel a menos de una hora de diferencia.

b) **Diagnóstico.** De las necesidades y condiciones de salud reproductiva en las zonas así como la respuesta social organizada (parteras) para cubrir estas necesidades, contemplando :

Estudio demográfico.

El cual se realizará en base a un diseño antropológico que se llevará a cabo en las localidades seleccionadas. Para este estudio se debe de considerar:

- . Alto índice de morbilidad y mortalidad
- . Baja cobertura por el Sistema formal de atención.
- . Existencia de parteras.

Para realizar el estudio etnográfico se debe de :

a)- Actualizar el Censo de las parteras visitando las localidades seleccionadas y por medio de una visita domiciliaria entrevistar a las parteras.

b)- aplicar un cuestionario para conocer:

- . Las prácticas comunes durante el embarazo, parto y puerperio.
- . Problemas y necesidades para mejorar la atención.
- . Formación en el oficio.
- . Características sociodemográficas.
- . Propuestas para la solución a la problemática percibida.

c) Desarrollo de la Capacitación.

*VII Organización.**

Recursos Humanos. Se requiere de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario integrado por: médicos ginecoobstetras, pediatras parteras, enfermeras capacitadas en salud Materno-infantil y Licenciados en Trabajo Social.

Recursos Materiales: Cuestionarios, guías de entrevista, computadora,

**Nota: Se ha seguido el planteamiento de Carlos Arteaga Basurto "Supervisión Manual Básico" ENTS. UNAM 1995.*

camara fotográfica, video, salón de reunión, Bibliografía.

Recursos económicos. El costo derivado del programa será cubierto por el IMSS.

VIII. Funciones y Actividades del Equipo.

Considerando que este programa pretende que el Lic. en Trabajo Social conjuntamente con el equipo, sea responsable de la investigación, implementación, coordinación, supervisión y evaluación del programa iniciaremos describiendo sus funciones y actividades.

Lic. en Trabajo Social

Funciones.

- . Investigar las diversas formas de atención al parto.
- . Investigar los problemas y necesidades para mejorar la atención al parto.
- . Organizar los recursos humanos de acuerdo a las necesidades del curso.
- . Coordinar las diversas actividades para la realización del curso.
- . Efectuar la coordinación de los diferentes integrantes del equipo de trabajo.
- . Supervisar, asesorar y controlar el desarrollo del curso.
- . Sistematizar los resultados del curso de capacitación.
- . Evaluar los resultados obtenidos.

Actividades.

- . Invitar a los profesionales (médicos, enfermeras, antropólogos, Trabajadores Sociales) para conformar el equipo de trabajo.

- . Realizar conjuntamente las actividades que se impartirán en el curso de capacitación.
- . Establecer una comunicación continua entre los integrantes del equipo de trabajo.
- . Elaboración de instrumentos de trabajo de supervisión, seguimiento y evaluación.
- . Realizar una evaluación inicial y final.
- . Análisis de resultados de cuestionarios
- . Realizar un informe final

Médicos Gineco-obstetras

Funciones.

- . Capacitar al grupo de parteras.
- . Identificar problemas en atención del parto y prácticas nocivas

Actividades.

Organizar las pláticas en base a los temas que se impartirán durante el curso en base a:

- . Riesgo reproductivo (exposición-demostración)
- . Mortalidad Materna (principales causas)
- . Mortalidad infantil (exposición)
- . Embarazo normal (Fecundación, Crecimiento y desarrollo intrauterino, cambios y desarrollo)
- . Complicaciones en el parto (exposición)
- . Complicaciones en el embarazo (exposición)
- . Mecanismos del trabajo de parto (exposición y demostración)
- . Características del recién nacido (exposición)
- . Características del recién nacido prematuro (exposición)
- . Cuidado del recién nacido prematuro (exposición)

. Control natal (exposición)

Enfermera.

Funciones.

- . Identificar las necesidades de salud de la comunidad
- . Dar atención de enfermería en la comunidad
- . Planificar la acción de enfermería considerándola como parte integral del plan total
- . Participar en la evaluación con los demás miembros del equipo
- . Apoyar al Lic. en Trabajo Social en la promoción del curso en las comunidades

Actividades.

- . Actualizar el Censo de las parteras visitando las localidades seleccionadas.
- . Realizar visitas subsecuentes a las parteras
- . Inscripción e información general
- . Técnica de atención al parto (exposición)
- . Atención prenatal (preparación física y psicológica) (exposición)
- . Participación de la partera en el Programa de Planificación Familiar (exposición)
- . Saneamiento ambiental (taller)
- . Participación de la partera en en Fomento a la salud (exposición)
- . Control del niño sano (exposición)
- . Etapas de crecimiento y desarrollo (exposición)
- . Inmunizaciones (exposición y demostración)
- . Alimentación del niño de 0-5 años (exposición)
- . Alimentación de la embarazada y madre lactando (exposición)

Antropólogo.

Funciones.

- Realizar un diagnóstico de las condiciones y necesidades de salud reproductiva en las zonas seleccionadas
- Realizar un estudio etnográfico

Actividades.

- . Realizar un diseño antropológico
- . Visitar a las parteras en sus localidades
- . Aplicar un cuestionario para conocer las características socio-demográficas de las parteras

IX Supervisión.

Se realizará por el Trabajador Social y el grupo multidisciplinario de manera continua principalmente a las parteras en forma individual, en coordinación con el equipo para detectar dudas y problemas u obstáculos que pudieran presentarse para resolver de inmediato.

Así mismo supervisiones periódicas y respaldo de instituciones de salud.

X Evaluación.

La evaluación adquiere un carácter continuo para poder realizar las correcciones necesarias durante el desarrollo del curso y la evaluación final será para determinar el impacto del curso de capacitación a parteras en cuanto a:

- Nivel de conocimientos.

- Habilidades adquiridas.
- Actividades realizadas.

Con la finalidad de retroalimentar al programa. Lo anterior llevará a proponer una metodología para evaluar programas de atención a la salud reproductiva en el área rural.

Para lo anterior se iniciará con la sistematización de la información elaborada durante el seguimiento y la evaluación realizada, así como de los cuestionarios aplicados a las parteras.

Posteriormente se realizará la comparación de resultados obtenidos con los objetivos y metas propuestos en el programa. Lo anterior servirá para lograr el planteamiento de alternativas, donde se realizará el análisis de resultados, detectar y corregir desviaciones en el cumplimiento de los objetivos. Finalmente se tiene que mantener un seguimiento de las parteras capacitadas para poder tener una continuidad de las mismas en cursos posteriores y así mismo el estar en constante comunicación para lograr evaluar los conocimientos que en la practica son aplicados por las mismas despues de haber asistido al curso.

CONCLUSIONES.

Varias cosas se desprenden de esta investigación, la primera; Las Políticas de Salud que tienen como intención previa el orientar las acciones que el gobierno ejerce para modificar los daños a la salud, fue considerarla como un derecho constitucional, sin embargo, las acciones emprendidas no han logrado cumplir sus expectativas, porque no toda la población tiene acceso a los servicios y se establece cada vez más lejano el cubrir las necesidades primordiales para conservar la salud.

Dentro de la Ley General del Salud se establece el mejorar la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población en todos los niveles, sin embargo, los recursos materiales y económicos no son los adecuados para poder brindar un servicio de calidad, sobre todo en las zonas rurales no se ha cubierto la demanda de esta población y en su mayoría no cuentan con la infraestructura para brindar el servicio, así como la preparación inadecuada de quien lo brinda, originando que la calidad en la atención a la salud no se haya logrado.

La partera en México desde antes de la Conquista fue considerada como el recurso humano necesario para la atención al parto, ya que tenía gran cantidad de conocimientos empíricos para la atención del mismo, actualmente las parteras son un recurso humano indispensable en las zonas rurales.

Si bien es cierto que algunas de las prácticas de las parteras no son nocivas para la atención al parto, existen otras que por sencillas que parezcan son fundamentales para que el producto reciba una atención adecuada, por ejemplo la higiene y las técnicas a utilizar cuando el parto es de alto riesgo, de ahí la importancia de que las parteras reciban una

previa capacitación, respetando sus ritos y costumbres e implementando técnicas y conocimientos para que brinden una buena atención.

Los cursos de capacitación a las parteras impartidos por diversas instituciones no han logrado el impacto deseado, porque no se les ha dado continuidad, aunado a que no se consideran las características de las mismas, y la falta de apoyo financiero para poder llevar a cabo nuevas acciones.

En cuanto a la investigación se comprobó que la hipótesis planteada de que "a mayor participación de las parteras en los cursos mejor atención brindará a sus pacientes"; es relativa, ya que existen factores externos que influyen en el recibir una buena capacitación como lo son: el tiempo dedicado al curso, el temario, el lenguaje utilizado, la paciencia del instructor, el seguimiento de los partos atendidos, los recursos económicos y la constancia.

Finalmente cabe señalar que el Lic. en Trabajo Social es el profesional que está preparado para realizar en el Programa de Capacitación para las parteras las siguientes funciones: investigación, planeación, organización, ejecución, sistematización y evaluación, conjuntamente con un grupo multidisciplinario e interdisciplinario, que es fundamental para el logro de los objetivos del Programa; Esto se considera debido a que en el curso que se impartió anteriormente solo participaron un médico y una enfermera; Repercutiendo en que los objetivos planteados en el programa no se cumplieron. Por lo anterior es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario en donde colaboren: Lic. en Trabajo Social, Médicos, Enfermeras y Antropólogos; Para darle auge y continuidad a este Programa.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación planteamos una propuesta con la intervención del Licenciado en Trabajo Social para la capacitación a parteras, basada en el tiempo necesario para realizar las actividades y cumplir los objetivos para que ellas logren una capacitación que a mediano plazo logre reflejar resultados favorables para la población beneficiaria.

Para poder cumplir el objetivo del Programa de capacitación que plantea el IMSS-SOLIDARIDAD se considera:

Que el tiempo para realizar la capacitación debe ser de tres meses y el personal que imparte el curso se involucre con la población a capacitar además de darle continuidad a las acciones planeadas.

Se recomienda capacitar como parteras a gente joven de la comunidad ya que la edad de las parteras fluctúan entre los 40 y 80 años y se corre el riesgo de que algunas comunidades se queden sin este recurso humano.

Así mismo capacitar a las parteras reconocidas como tales por la comunidad, para que mejoren la calidad de la atención que prestan a través de nuevos conocimientos y técnicas que adquieran. Los cursos de capacitación deben de ser impartidos por el equipo de trabajo responsable de manera teórico-práctica, esto último dándole una mayor prioridad.

Los cursos deben de ser más prácticos que teóricos, primero se debe sensibilizar, concientizar y capacitar a los integrantes del equipo que imparta el curso. Esto se considera debido a que es necesaria la coordinación del equipo de trabajo para el logro de objetivos de este tipo de Programas y de de por consecuencia un trabajo integral.

ANEXOS.
ANEXO I
MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE CHALCO

II ANTECEDENTES HISTORICOS

Las singulares características geológicas de los terrenos que hoy componen el Municipio de Chalco, favorecieron el establecimiento de ordas humanas en épocas primitivas. La ubicación de la laguna de Chalco unida a la rica vegetación que la circundaba, convertía la zona en un área muy rica en caza y recursos naturales.

La aparición y establecimiento del hombre se remota a muchos milenios, tal vez entre las eras Mesozoicas y Cenozoicas, de acuerdo con los restos localizados en Xico, que se encuentra ubicado a cuatro kilómetros de Chalco, donde se encontraron restos de algunos grupos de hombres muy primitivos semejantes al hombre de Tepexpan: por el clima la hidrografía y recursos vitales que hacían posible la sobrevivencia del hombre.

Sin embargo, no existe una investigación exhaustiva y sistemática que permita ampliar el conocimiento sobre aspectos del Municipio de Chalco, y los antecedentes históricos se relacionan por las culturas que florecieron en sus cercanías como lo es Xochimilco.

Así los Chalcos eran una tribu primitiva que acompañaba a otras 6 que emigraban desde el norte para poblar lo que es hoy el Valle de México y sus contornos. Durante el siglo XII de nuestra era arriban los primeros

pobladores constituidos principalmente por Totolimpas, de origen Chichimeca.

En los tiempos coloniales esta region fue llamada Provincia de Chalco Amecameca, y dependían en lo espiritual de los Dominicos y Franciscanos y, en lo temporal de la Real Audiencia, Alcaldía Mayor de Chalco.

Chalco se encuentra ubicado a los pies de los volcanes Popocatepetl e Iztaccihualtl, 2500 metros sobre el nivel del mar. Las tierras de cultivo son fértiles y están dedicadas a la siembra del maíz y del maguey.

La provinvia de Chalco fue conocida por diversos hombres como: Ixtlilxochitl la llamada provincia de Mamalihuaeco y Chalco de Tlanahuacaztlauc. Chalco parece ser una forma apocopada de el lugar del Chalchihuitl (jade) o piedra preciosa verde o azul.

En Chalco existen cinco grupos étnicos: nación de los Totolimpas o Totolimpanecas amaquemes, nación de los Chichimecas Tecuanipas, nación de los Nonohualcas, ramas halmanalcas, Chalca y Aexoteca, nación de los Tanancas Tlayllotlacas, y nación de los Panohuayas, siendo señores de mas de 25 ciudades tributarias donde Chalco correspondía a dos capitales, Chalco Itzcahuacan y Cihuateopan Chalco, ambas de los Nonohualcas.

El primer grupo ubicado en Chalco fueron los Totolimpanecas y fueron echados de Chalco en 1241. El segundo grupo fueron los Tenecas y se unen a los Totolimpas, y en 1267 ganan Ayotzincon en Chalco los dos grupos restantes (Nonohualcas y Chichimecas) se convierten en un poderoso baluarte económico y administrativo.

En 1336 ocurre el primer desmembramiento de Amecameca cuando parte de los tributarios se unen a los Nonohualcas. En 1411 sucede una nueva despoblación.

A la llegada de los conquistadores la región ofrecía un aspecto progresista y en plena expansión económica. Consolidada la conquista, la Colonia se inicia con la repartición de tierra entre los conquistadores y nativos que se habían distinguido por su cooperación con los españoles, siendo Chalco una de las primeras reparticiones.

En 1824 Chalco era considerado como parte del Estado de México hasta 1937 en donde se menciona que se integra al Distrito de Chalco elevándolo a rango de Villa. En 1870, por mandato de la Constitución política del 14 octubre prosigue con la categoría de Distrito del Estado de México. En 1917 Chalco pasa a formar parte de los Distritos judiciales y rentísticos del Estado de México.

La jurisdicción de Chalco es fértil y abundante en todo lo necesario para la sobrevivencia siendo la producción favorable de trigo, maíz, madera, carbón, legumbres, etc.

En la actualidad, Chalco es ante todo un sitio de paso México - Cuautla y su importancia es mucho menor que antaño sin embargo, conserva sus merecimientos como centro agropecuario alto productor de leche y sus derivados, y , de forrajes de alto valor alimenticio.

III El Medio Geofísico.

a) Situación geográfica.

El municipio de Chalco se encuentra ubicado en la porción suroriental del Estado de México con 19 19' y 16'' y 19 9' 15'' de latitud norte y entre los 98 42' 11'' y 98 59' 49'' y de longitud oeste.

b) Extensión Territorial.

El Municipio de Chalco ocupa una extensión de 273.59 Km.

Limita al norte con el Municipio de Ixtapaluca, al Este con el Municipios de Tlalmananco, Cocotitlan, de Manatla y Tenango del Aire (Tenango de Tepocula). Al sur con el Municipio de Juchitepec, y al Oeste con el Distrito Federal.

c) División política.

Pertenece al segundo Distrito Judicial y Rentístico, del cual es cabecera Chalco de Díaz Covarrubias. Contiene los siguientes centros de población.

Villa: Chalco de Covarrubias.

Pueblos: La Candelaria de la Pala, San Gregorio Cuautzingo, San Juan y San Pedro Tezonpa, San Lorenzo Chimalpa, San Lucas Amalinalco.

Ranchos: Mihuacon, San Francisco, San Isidro, San José, San Juan De Dios.

Haciendas: Hacienda San Miguel Xico Viejo.

Estación de ferrocarril: Xico.

d) Hipsometría.

Su territorio tiene forma de una rampa inclinada de oriente a poniente con elevaciones de 3600 MSMN hacia el este.

e) Geografía.

El municipio de Chalco esta ubicado en la parte suroeste del valle de México, en la Cuenca Hidrológica de México circundado por cerros volcánicos.

El sistema orográfico está constituido por estribaciones que bajan del Iztaccihualtl y estribaciones del Ajusco hacia el sur.

f) Hidrografía e Hidrología.

El sistema hidrológico esta formado por los escurrimientos fluviales que bajan del Iztaccihualtl; se manifiestan por corrientes de agua, manantales de agua y pozos, los cuales suministran el agua potable de la población.

g) Geología.

El valle de México es una depresión que durante el periodo plioceno estuvo ocupado por un anchuroso mar interior, el cual sufrió el proceso de sedimentación, por lo que la parte de abajo se convirtió o estaba ocupada por un lago, el cual era extenso y poco a poco se fue reduciendo hasta formar cinco pequeños lagos que fueron: Chalco, Texcoco, San Cristóbal, Xaltocan y Zumpango.

En algunos lagos como el de Chalco, los sedimentos de profundidad intermedia tenía un origen infusorial, pues muchas capas están formadas casi exclusivamente de tripoli y pueden encontrarse también restos de infusorios.

h) Mineralogía. Rivera, canas y minas de grava y tezontle.

i) Flora y fauna. Dentro de este municipio se encuentran las siguientes variedades: Vegetales, pirú, capulín, mamey, tejocote, tepozan, te de campo, anís, zacatón, etc. Plantas Horticolas, durazno, granado, ruda, carrisos, etc. entre la flora silvestre, pino, olivo, alcanfor, fresno, encino y una gran variedad de flores de ornato. Entre la fauna silvestre, zorrillo, ardilla, tuza, conejo, tlacuache, chupamirto, calandria y una gran variedad de lagartijas.

III Clima.

Chalco no cuenta con una estación meteorológica por lo cual la información con respecto al clima la proporciona "Los Reyes La paz, por tratarse de características muy similares. El clima es templado, de escasa humedad, con régimen de lluvia el verano.

IV AGRICULTURA.

La actividad agrícola en este municipio es la mas importante, con un 70.1% del total de su población entregada a tales faenas. Los cultivos mas importantes son: el maiz y la alfalfa. Algunos terrenos se utilizan como agostadero para ganado vacuno.

V GANADERIA.

Clase de ganado.

Vacuno (lechero y cria), lanar, porcino, caprino, equino de trabajo: vacuno, mulas y caballos.

VI TENENCIA DE LA TIERRA.

- a) Ejidos 16368-64-07 has.
- b) Propiedad privada 4367-00-00 has.
- c) Tierras comunales 955-00-00 has.

VII INDUSTRIA.

Gran industria: Hilados, tabique, laminas de cartón.

Mediana: Confección de ropa infantil.

Pequeña: Tubería, fabricas de mosaicos.

VIII COMERCIO.

La actividad comercial dentro del Municipio se cumple de acuerdo a: fondas, tlapalerías, peluquerías, farmacias, carnicerías, tortillerías, etc.

IX COMUNICACIONES Y TRASPORTES.

La cabecera Municipal se ubica con la carretera No. 155 que se comunica al distrito federal con Cuautla y a poca distancia corre la supercarretera de alta velocidad que va del Distrito Federal a Puebla. El ferrocarril atraviesa el Municipio. La cabecera Municipal se halla comunicada con todos los pueblos del interior por medio de caminos vecinales de terracería. Existen 300 aparatos telefónicos.

X DEMOGRAFIA.

Migración.

Total de población 41450.

Nacidos en la entidad 37005.

Nacidos en otra entidad 4399

Fecundidad.

**Mujeres de 12 años y más que no han tenido hijos 4866.
Que si han tenido hijos 7580.**

Número total de hijos 43779.

Promedio de hijos por mujer 5.8.

XI HIGIENE Y SALUBRIDAD:

En la villa de Chalco existió una clínica del Seguro Social que atiende las consultas externas, internas y maternidad; y de un centro de salud del SSA, que presenta servicio a la población no afiliada al IMSS, el cual va atendido por un médico particular, un agente sanitario, una enfermera visitadora y tres encargados del control de enfermedades transmisibles.

XII ELECTRIFICACION.

El valle de Chalco, contaba para 1970 con un total de contratos de 1704 y con un consumo de electricidad anual de 2074722 kwh.

XIII TRABAJO (vivienda , alimentación). un 50% de la población económicamente activa se dedicaba en 1970 a las tradicionales faénas agrícolas, y si aparece un alto porcentaje de trabajadores ocupados en las ramas de industrias de la transformación, a ello se debe que viajen al D.F. u otras poblaciones donde se ofrece trabajo de este tipo .

Servicios :

- Electricidad.
- Agua potable
- Drenaje

Habitantes por vivienda: 6.5.

XIV EDUCACION.

a) Sistema Federal.

- Jardin de niños, localidad miraflores. Total de inscritos 50.

- Educación primaria. Inscritos 262.

- Telesecundarias. Inscritos 103.

b) Sistema estatal.

-Jardin de niños 312 inscritos.

- Educación primaria 2276 inscritos.

- Instrucción particular 22 inscritos.

Consideraciones generales:

- Población alfábetea 22081.
- Población analfabeta 5196.
- Total 27277.
- Población que asiste a la escuela 7783.

ANEXO 2
DIRECTORIO DE PARTERAS

- 1 ELENA RUPERTO MORALES**
Callejón de belleza número 12
Santa María Huexoculco, Chalco
- 2 MARIA FELIX DELGADILLO**
Callejón de belleza número 12
Santa María Huexoculco, Chalco
- 3 SIMONA MARTINEZ MORALES**
Independencia número 6
Santa María Huexoculco, Chalco
- 4 YOLANDA HERNANDEZ MARTINEZ**
Independencia número 16
Santa María Huexoculco, Chalco
- 5 LUCIA MORALES LEYVA**
20 de Noviembre número 14
San Rafael Tlalmanalco, Chalco
- 6 MARIA DEL ROSARIO GONZALEZ VICENTE**
Muchachos número 12
Tlalmanalco, Chalco
- 7 MONICA ESCOBEDO DE JESUS**
Avenida Ferrocarril
San Mateo Huitzitzingo
- 8 AMALIA HERNANDEZ CORONA**
Calle Bravo número 5
Huexoculco, Chalco

- 9 ISABEL VALENCIA VALENCIA**
Avenida Morelos s/n
San Gregorio Cuatzingo, Chalco
- 10 RUTH CAMAÑO BARRERA**
Avenida agricultura número 11
Coahutec Ixtapaluca , Chalco
- 11 CORNELIA MECALCO DELGADILLO**
Independencia número 6
Santa María Huexoculco, Chalco
- 12 IRMA VILLALPANDO LAZCANO**
Nacional número 20
Huexoculco, Chalco
- 13 UMBELINA VEGA MENA**
Carretera a Coatepec s/n
San Vicente Chicoloapan, Chalco
- 14 OLIVIA RUIZ CARDENAS**
Melchor Ocampo número 8
Mira Flores, Chalco
- 15 BLANCA AURORA JIMENEZ**
Nezahualcoyolt número 9
Chimalhuacán
- 16 MARIA DEL PILAR JIMENEZ GUEVARA**
Avenida Nezahualcoyolt número 9
Chimalhuacán
- 17 GLORIA RAMIREZ RIVERA**
Callejón Crucifixión número 5
San Pablo Chimalhuacán

- 18 CONCEPCION MORALES MARTINEZ
Saturnino Cedillo número 3
Loma Bonita. Ayotla Ixtapaluca
- 19 MARIA LEYVA AGUIRRE
Allende número 1
Tlamanalco, Chalco
- 20 ROSA LOPEZ ALMARAZ
Calle 16 número 344
Esperanza Neza esq. Amanecer Ranchero
Ciudad Nezahualcoyolt
- 21 ANASTACIA PERALTA
Avenida Morelos número 6
San Pedro Chimalhuacan
- 22 LUCIA VALVERDE
Calle Pino s/n.
San José Chicoloapan.
- 23 MARIA MORALES LEYVA
Allende número 1
Tlamanalco.
- 24 JUANA HERNADEZ
Saturnio Cedillo número 3
Loma bonita, Ayotla.
- 25 MARGARITA HERNANDEZ MORALES.
Calle Bravo número 5 Huexoculco
- 26 MARIA VILLALPANDO HERNANDEZ
Calle bravo número 5 Huexoculco.
- 27 GUADALUPE VILLALPANDO HERNANDEZ

- Calle Iturbide número 4 Huexoculco.**
- 28 JULIA LOPEZ ESPINOZA**
Calle Morelos s/n Huiztzingo
- 29 SANTA DIAZ GARCIA**
Loma Linda número 8 Pueblo Nuevo Tlalmanalco
- 30 MINERVA HERNANDEZ SILVA**
Agricultura número 1 Coatepec Ixtapaluca
- 31 MARIA DEL PILAR RIVAS MORALES**
Hidalgo número 47 Chalco
- 32 ROCIO VALVERDE BECERRIL**
Calle Nacional número 4 Huexoculco
- 33 ELISA TRUJILLO LUNA**
Calle sur número 1
Valle de Chalco.
- 34 FRANCISCA MIGDALIA PEREZ PEREZ**
Calle Francisco Sarabia s/n
San Miguel Xico.
- 35 NANCY ANDRADE LOZADA**
Poniente 10 s/n
Colonia del Mazo.
- 36 SUSANA ANDRADE LOZADA**
Poniente 10 s/n
Colonia del Mazo
- 37 TERESA HERNANDEZ BUCIO**
Calle Independencia número 24
Huexoculco

- 38 MARIA MERCEDES LOZOYA**
Calle Sur 1 Entre Poniente 7 y 8
Huexoculco.
- 39 MARIA GUADALUPE INFANTE ENCIZO**
Avenida Anahuac número 103
Chalco.

<i>NÚMERO DE CUESTIONARIO INDIVIDUAL.</i>					
<i>NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA</i>					
<i>LOCALIDAD:</i>					
<i>MUNICIPIO:</i>					
<i>NOMBRE DE LA PARTERA.</i>					
<i>DOMICILIO:</i>					
<i>NÚMERO DE VISITAS :</i>	<i>1 "</i>	<i>2 "</i>	<i>3 "</i>	<i>4 "</i>	<i>5 "</i>
<i>FECHA DE LAS VISITAS :</i>					
<i>HORA DE COMIENZO :</i>					
<i>HORA EN QUE TERMINO :</i>					
<i>DURACION:</i>					
<i>RESULTADO DE LA ENTREVISTA:</i>					

--

1.- HISTORIA MIGRATORIA

<p>1.- ¿ En que mes y año nació usted ?</p>	<p>Mes : _____ Año : _____ N. S. / N. R. 99</p>
<p>2.- ¿ Entonces cuantos años cumplidos tiene usted ?</p>	<p>_____ Años</p>
<p>3.- ¿ En donde nació usted ?</p>	<p>LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ _____</p> <p>No sabe 98 N. R. 99</p>
<p>4.- ¿ Aparte de su lugar de nacimiento, ha vivido en otro lugar ?</p>	<p>Si 1 No 2</p>

	N. R. 9
--	--------------

II - B . ESCOLARIDAD	
<p>5.- ¿ Fue usted a la Escuela ?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>N. R. 9</p>
<p>6.- ¿ Que edad tenía usted cuando fue por primera vez a la escuela ?</p>	<p>Edad</p> <p>N. R. 99</p>
<p>7.- ¿ Cual fue el último grado que usted aprobó en : ?</p> <p>(Llene y circule solo el nivel de Estudios más avanzados)</p>	<p>- Primaria 1 __</p> <p>- Secundaria o Prevocacional 2 __</p> <p>- Preparatoria o Vocacional 3 __</p> <p>- Licenciatura o Profesional 4 __</p> <p>- Otros estudios 5 __</p> <p>Especifique:</p> <p>_____</p>

	N. R. 99
--	------------------

8.- ¿ Que edad tenía usted cuando dejó de estudiar definitivamente ? " Sigo estudiando " 98 N. R. 99
--	---

9.- ¿ Por que dejó de estudiar ?	- Porque no había más Escuelas donde vivía 1 - Porque me iba a casar 2 - Porque empecé a trabajar 3 - Para ayudar económicamente en la casa 4 - Para ayudar a las labores domesticas 5 - Porque mis padres ya no me dejaron 6 - Porque no me gustaba 7 - Otros : 8 Especifique : _____ N. R. 9
----------------------------------	---

III.- ESTADO CIVIL ACTUAL E HISTORIA DE UNIONES	
10.- Actualmente usted :	- ¿Vive en unión libre? 1 - ¿ Es casada ? 2

	- ¿ Es viuda ?	3
	- ¿ Es divorciada ?	4
	- ¿ Es separada ?	5
	- ¿ Es soltera ?	6
	N R	9

11.- ¿ En que mes y año termino esta unión ? mes año
12.- ¿ En que mes y año comenzó esta unión (o matrimonio) ? mes año
13.- ¿ Sin contar la unión actual cuantas veces a estado usted unida o casada ?	Número de veces Ninguna 8 N R 9
14.- ¿ En mes y año comenzó su primera unión ? mes año
15.- ¿ En que mes y año termino esta unión ? mes año

16.- ¿ Inmediatamente antes de casarse
(unirse) que personas de su familia
vivían con usted ?

REGISTRE LA CANTIDAD EN LAS
CATEGORÍAS QUE PROCEDA

<i>Madre</i>	01
<i>Padre</i>	02
<i>Hermanas</i>	03
<i>Hermanos</i>	04
<i>Abuelos Maternos</i>	05
<i>Abuelos Paternos</i>	06
<i>Cuñadas</i>	07
<i>Cuñados</i>	08
<i>Sobrinas</i>	09
<i>Sobrinos</i>	10
<i>Tíos</i>	11
<i>Primos</i>	12
<i>Otro parientes :</i>	
<hr/>	
<i>Ningún familiar</i>	14
<i>Vivia sola</i>	15
<i>N. R.</i>	99

17.- ¿ Que otras personas que no eran familiares suyos vivían en su casa ?	Amigo (a)	88
(REGISTRE LA CANTIDAD EN LAS PERSONAS QUE PROCEDA)	Huésped	99
	Patrón	
	Empleada doméstica (o)	
	Otro	
	Nadie más	
	N. R.	

18.- ¿ Cuando usted y su primer esposo comenzaron a vivir juntos se fueron a vivir solos ?	Sí	1
	No	2
	N. R.	3
19.- ¿ Con quien vivieron ?	Con mi padre	1
	Con los de mi esposo	2
	Otro familiares de ella (excluye a los padres)	3
	Otros familiares de él (excluye a los padres)	4
	Amigos	5
	Otras :	6
	N. R.	9
20.- ¿ Por cuanto tiempo ?	Años	
	Menos de un año	1
	Seguimos viviendo ahí	3
	N. R.	9

21.- ¿ Por que no fueron a vivir solos ?	TEXTUAL _____ _____ _____
IV - FECUNDIDAD	
22.- ¿ Ha estado usted embarazada alguna vez ?	Si 1 No 2 N. R. 9
23.- ¿ Ha tenido hijos o hijas nacidos vivos ?	Si 1 No 2 N. R. 3
24.- ¿ En total cuantos hijos nacidos vivos ha tenido usted ?	Número de H. N. V. N. R. 99
25.- ¿ Cuantos de ellos están vivos ?	Ninguno 00 Número de hijos actualmente vivos N. R. 99
26.- ¿ Cuantos de ellos han fallecido ?	Ninguno 00 Número de hijos fallecidos N. R. 99
27.- ¿ Para estar segura de que no ha tenido _____ (No) hijos nacidos vivos es esto correcto ?	Si 1 No 2
28.- ¿ Actualmente está viva su madre ?	Si 1 No 2 N. R. 99

29.- ¿ Que edad tiene ? años edad N R 99
30.- ¿ Esta actualmente vivo su padre ?	Si 1 No 2 N R 99

31.- ¿ Que edad tiene ? años edad N R 99
32.- ¿ Donde vive su padre ?	P
33.- ¿ Donde vive su madre ?	M
34.- ¿ A que se dedica su padre ?	P
35.- ¿ A que se dedica su madre ?	M
36.- ¿ Cuantos hermanos (as) viven en esta localidad ?	Ninguno 0 0 Hermanos Hermanas N. S / N R 9 9

VI.- OCUPACION

37.- ¿ Antes de ser partera, tuvo usted algún trabajo o realizo alguna actividad por la cual recibia dinero o pago en especie ?	Si 1 No 2 N R 9
38.- ¿ Antes de ser partera, ayudo o trabajo	Si 1

<p>en algún negocio, establecimiento o predio familiar sin recibir pago alguno ?</p>	<p>No 2</p> <p>N R 9</p>
<p>39 - ¿ Que edad tenía cuando empezó a trabajar por primera vez en un oficio u ocupación diferente al de partera ?</p>	<p>..... edad</p> <p>N S / N R 99</p>

<p>40 - ¿ Dígame cual fue la última ocupación que tuvo antes de ser partera ?</p>	<p>Especifique</p>
<p>41 - ¿ Cuales eran las tareas o actividades más importante que realizaba en esa ocupación ?</p>	<p>Especifique</p>
<p>42 - ¿ En relación a ese trabajo usted era ?</p>	<p>¿ Patrón o Empresario ? 1</p> <p>¿ Trabajador a sueldo fijo, salario o jornal ? 2</p> <p>¿ Trabajador a comisión, propina o porcentaje ? 3</p> <p>¿ Profesional independiente ? 4</p> <p>¿ Trabajador por cuenta propia ? 5</p> <p>¿ Miembro de una cooperativa ? 6</p> <p>¿ Trabajador familiar por un salario, jornal, comisión o cualquier otra forma de pago ? 7</p> <p>Sin recibir pago alguno 8</p> <p>Otra situación (especifique) _____</p>

43.- ¿ Además de la ocupación que me acaba de mencionar tuvo usted otros trabajos antes de ser partera ?	Si 1 No 2 N° R 9

44.- ¿ En cuantos meses o años trabajo en una u otras ocupaciones antes de ser partera ?	Menos de 1 año 01 Años N° R 09
--	--

VII.- EXPERIENCIA PERSONAL COMO PARTERA

45.- ¿ Cuando y en donde se inicio como partera ? Año Lugar (localidad)
46.- ¿ Quien la enseño ?	Textual
47.- ¿ Que edad tenia cuando atendió por primera vez un parto ? años
48.- ¿ Cuántos años tiene trabajando como partera ? Años
49.- ¿ Aproximadamente cuantos partos atiende usted mensualmente ?	No de partos Actualmente no atiende 88 N° R 99
50.- ¿ En donde los atiende ?	En su casa 1

	<i>En casa de sus pacientes</i> 2 <i>Otro lugar (especifique)</i> <i>N. R.</i> 9
51 - ¿ Además de ser partera práctica otra actividades relacionadas con su oficio ?	<i>Si</i> 1 <i>No</i> 2 <i>N. R.</i> 9

52 - ¿ Cuáles ?	<i>Hiervera</i> <i>Huesera</i> <i>Inyecta</i> <i>Vacuna</i> <i>Otra (s) (especifique)</i>
53 - ¿ Además de trabajar como partera realiza al mismo tiempo otras actividades que no estén relacionadas con su oficio de partera ?	<i>Si</i> 1 <i>No</i> 2 <i>N. R.</i> 9
54 - ¿ Cuales ?	<i>Especifique</i>
55 - ¿ Le gustaría trabajar como partera ?	<i>Si</i> 1 <i>No</i> 2 <i>N. R.</i> 9
56 - ¿ Por que ?	<i>Razones</i>
57 - ¿ Cree usted que cualquier mujer puede	<i>Si</i> 1

<i>trabajar de partera ?</i>	No 2
	N. R. 9
58.- ¿ Por que ?	Razones
59.- ¿ Le ha enseñado alguien el oficio de partera ?	Si 1
	No 2
	N. R. 9

60.- ¿ A quien le ha enseñado ?	Hija Pariente
	Vecina Amiga
	Otro (s) (especifique)
61.- ¿ Como le enseño ?	Especifique
62.- ¿ A quien le enseñaría ?	Especifique
63.- ¿ Como le enseñaría ?	(Medidas que facilitan la enseñanza)
	N. R. 9
VIII.- CAPACITACION Y EXPERIENCIA PERSONAL	
64.- " A " ¿ Ha participado en algún curso de capacitación de parteras organizados por el I. M. S. S. ?	Si 1
	No 2

	N. R.	9
64.- " B " ¿ Ha participado en algún curso de capacitación de parteras organizados por otras Instituciones ?	Si	1
	No	2
	N. R.	9

FILTRO B :			
Solo ha participado en cursos del I. M. S. S.		1	
Ha participado en cursos del I. M. S. S.		2	
Solo ha participado en cursos de otras Instituciones		3	
No ha participado en curso alguno		4	
65.- " A " ¿ En cuantos cursos ha participado ?	1	1	
	2	2	
	3	3	
	4	4	
65.- " B " ¿ Que Institución organizaba esos cursos en que fecha (año) los tomo y cuánto tiempo duraba cada uno de ellos ?	(A) Instituto curso organización	(B) Fecha curso (año)	(C) Duración curso (en días)
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

66.- ¿ Que temas trataban ?	Textualmente
FILTRO C Ha participado en cursos en el I. M. S. S. y otras Instituciones 1 Solo ha participado en otras Instituciones 2	
67.- ¿ Que diferencia encuentra entre esos cursos y los del I. M. S. S. ?	Textualmente

68.- ¿ Cuando fue la última vez que asistió a un curso de capacitación ?	Año
69.- ¿ Que edad tenía cuando tomo el curso por primera vez ?	Año
70.- ¿ Como se entero de los cursos del I. M. S. S. ?	Textual
71.- ¿ Por que le intereso participar en los cursos ?	Textual
72.- ¿ Le gusto participar en los cursos ?	Si 1 No 2 N. R. 3
73.- ¿ Que fue lo que más le gusto ?	Textual

74.- ¿ Que es lo que menos le ha gustado de los cursos ?	Textual
IV - IDEALES REPRODUCTIVOS	
75.- ¿ A que edad cree usted que es conveniente que una mujer se case o se una con un hombre por primera vez ?	(Edad) Años Textual N. S. / N. R. 99

76.- ¿ A que edad cree usted que es conveniente que una mujer tenga su primer hijo ?	(Edad) Años Textual N. S. / N. R. 99
77.- ¿ En el momento en que un hombre y una mujer se casan o se unen, cree usted esperar un cierto tiempo para encargar a su primer hijo ?	Si 1 No 2 N. S. / N. R. 99
78.- ¿ Cuanto tiempo cree usted que debería pasar entre el matrimonio (o unión) y el nacimiento del primer hijo ?	Menos de 1 año 1 De 1 a 2 años 2 De 2 a 3 años 3 De 3 a 4 años 4 Más de 4 años 5 Lo más pronto posible 6

	No se debe espaciar 7 N. S. / N. R. 99
80.- ¿ A que edad cree usted que una mujer tenga su último hijo ?	Edad Años Textual
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del tamaño de una familia. Usted sabe que hay familias grandes y pequeñas.	
81.- ¿ A partir de que número de hijos considera usted que una familia es grande ?	Número de hijos Textual N. S. / N. R. 99
82.- ¿ Hasta que número de hijos considera usted una familia pequeña ?	Número de hijos Textual N. S. / N. R. 99
83.- ¿ En total cuantos hijos es conveniente que tenga una mujer ?	Número de hijos Textual : N. S. / N. R. 99

84. - ¿ Habla o platica usted con sus pacientes de la edad al matrimonio, que les dice ?	Si 1
	No 2
	Textual :

	N. S. / N. R. 99

BIBLIOGRAFIA.

Ander Egg, Ezequiel
Metodología del Trabajo Social.
Edit. El Ateneo,
Buenos Aires, Argentina, 1992.

Ander Egg, Ezequiel y
Aguilar, Ma. José
Evaluación de Servicios de Programas Sociales
Ed. siglo XXI, 1992.

Aguirre Beltrán, Gonzalo
El Proceso de Aculturación en la Estructura Colonial
INI, México, 1983.

Arteaga Basurto, Carlos
Supervision Manual Básico,
ENTS, UNAM, 1995.

Baena, Guillermina
Instrumentos de Investigación
4º Edición, Editores Mexicanos Unidos México, 1988.

Farel Cubillas, Arsenio
Testimonios sobre medicina de los antiguos mexicanos
IMSS, México, 1980.

Martínez Manatou, Jorge
Planificación familiar, población y salud en el México rural
IMSS, México, 1989.

Zedillo Ponce de León, Ernesto
Plan Nacional de Desarrollo
Poder Ejecutivo México, 1994- 2000

Werner, David
Donde no hay doctor
Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos.
Ed. PAX México, 4a ed. 1992.

Boletín Informativo
Programa IMSS Solidaridad
Volumen 10, Enero-Febrero, México, 1992.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
México, 1995.

Dirección General de Salud Materno Infantil
Comites y grupos para el estudio de la mortalidad materno y perinatal
2º edición, México, 1993

Foro Mundial de la Salud
Revista Internacional del Desarrollo Sanitario
OMS, 1989, VI 10 N.2 245 p.

México a través de los siglos
Enciclopedia de Historia de México, tomo II, capítulo VII,
Edit. Cumbres S.A., México.

Instituto Nacional de la Salud Pública
Protocolo de investigación sobre calidad de la atención a la salud de la
mujer rural en el estado de Morelos
México, 1987

Organización Mundial de la Salud
Promoción y desarrollo de la medicina tradicional
Serie de informes técnicos 622, OMS, Ginebra, 1978, p44

Organización Panamericana de Salud
Salud materno infantil y Atención Primaria en las Américas
Publicación científica, OPS, México, 1984.

Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud
La Salud de la Mujer en las Américas
OPS/OMS Publicación Científica 488, México, 1985

Salud Pública de México
Epoca V, volumen XIX, No. 1
Enero. Febrero, México, 1977

Sánchez Rosado, Manuel
Elementos de Salud Pública
Edit. Méndez Cervantes, 2a ed.
México 1991

Secretaría de Enseñanza e Investigación en Atención Primaria a la Salud
Antropología y Práctica Médica
UNAM, México, 1987

Secretaría de Salud
Diagnóstico sociodemográfico para el Programa Estatal de Planificación
Familiar, México, 1986

Secretaría de Salud
Manual de la Posada de Nacimiento,
UNICEF OMS, México, 1991

Secretaría de Salud
Manual de la Partera Tradicional,
UNICEF OPS, México, 1990

Secretaría de Salud UNICEF OPS
Curso para los capacitadores de parteras tradicionales,
UNICEF OPS, julio-agosto, México, 1991.

Secretaría de Salud
Proyecto multiagencial de parteras tradicionales y posadas de nacimiento.
México, 1991

Sánchez Rosado, Manuel

Elementos de Salud Pública

Edit. Méndez Cervantes, 2a ed.

México 1991

Secretaría de Enseñanza e Investigación en Atención Primaria a la Salud

Antropología y Práctica Médica

UNAM, México, 1987

Secretaría de Salud

Diagnóstico sociodemográfico para el Programa Estatal de Planificación

Familiar. México, 1986

Secretaría de Salud

Manual de la Posada de Nacimiento,

UNICEF OMS, México, 1991

Secretaría de Salud

Manual de la Partera Tradicional,

UNICEF OPS, México, 1990

Secretaría de Salud UNICEF OPS

Curso para los capacitadores de parteras tradicionales,

UNICEF OPS, julio-agosto, México, 1991.

Secretaría de Salud

Proyecto multiagencial de parteras tradicionales y posadas de nacimiento,

México, 1991