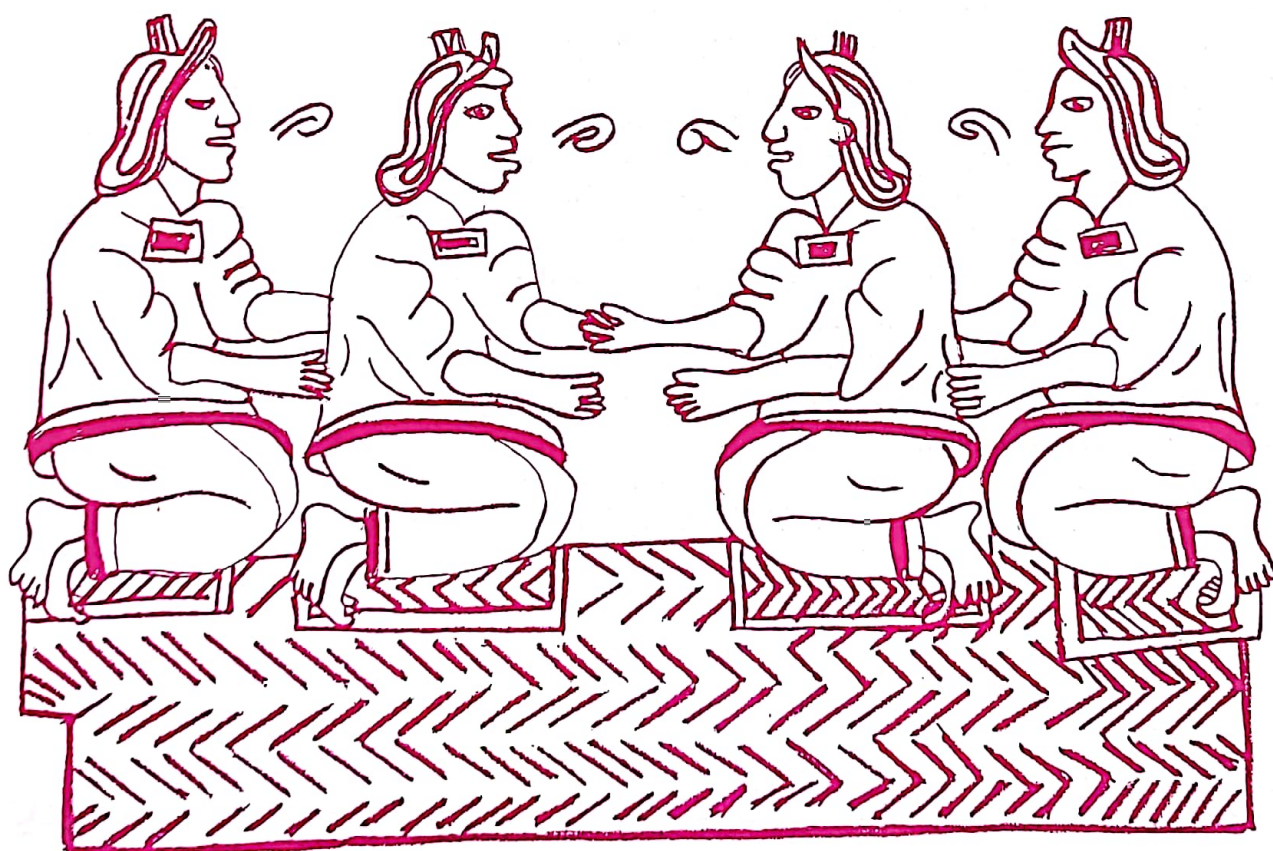


# Conversando entre parteras

*Boletín trimestral sobre partería y salud de la mujer*

*No. 9, junio de 1993*



Código Mendoza (modificado)



# editorial

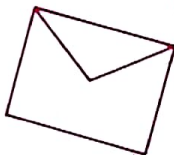
*Este número de "Conversando Entre Parteras", se dedica a la Maternidad sin Riesgos, un tema impulsado por la Organización Mundial para la Salud (OMS) en su década de Salud Para Todos. Su meta es reducir a la mitad la mortalidad materna para el año 2000. Gracias a esta iniciativa, el tema ha llamado la atención de algunos gobiernos, tanto para deplorar las estadísticas sobre la mortalidad materna, como para proponer estrategias para mejorarlas. Nosotras aplaudimos esta toma de conciencia. Quisiéramos agregar que la calidad de la experiencia de la maternidad, desde la perspectiva de la mujer, no se puede separar de la seguridad. De hecho, la seguridad aumenta cuando una mujer se siente acompañada, respetada y confiada, tanto en sí misma, como en las personas que la atienden durante el parto. Los números son espantosos: medio millón de mujeres mueren anualmente en este planeta por causas relacionadas con la maternidad. Pero los números no nos dicen los nombres de estas personas, menos aún sus esperanzas o sus sueños, ni la historia de cada mujer. Tampoco nos hablan de las humillaciones, ni del terror, ni del dolor de las mujeres que sobrevivieron a sus partos, pero que quedaron lesionadas emocional o físicamente después de un parto mal atendido. Al trabajar hacia una Maternidad Sin Riesgos, existen muchos enfoques y áreas de acción: los derechos de la mujer para decidir sobre su fertilidad, los derechos de acceso a educación y atención de la salud, la lucha en contra de la discriminación, la marginalización y la pobreza que sufren las mujeres y la lucha en contra de la violencia hacia ellas. Estos son campos de acción donde cada una puede participar dentro de su ámbito. Reducimos los riesgos al dar clases de alfabetización, al denunciar a violadores, al insistir en que las mujeres reciban el mismo salario por un mismo trabajo que los hombres, al trabajar en una guardería y en enseñar el respeto a los niños, al dar clases para el parto consciente, al acompañar a la vecina a sus partos para ayudarla a relajarse. Hay un sin fin de actividades grandes y chicas que cada una podemos hacer para promover una maternidad más segura. La maternidad es importante para nosotras, y no hay que perder de vista ésto. Conviene reflexionar sobre ella para no actuar desde nuestra confusión y dolor. Qué es la maternidad para las mujeres? Es la esclavitud o la liberación a otras fuentes muy nuestras de saber y de poder? Cómo protegemos estas fuentes? A quién queremos a nuestro lado durante los momentos íntimos de nuestras experiencias maternas? ¿Cómo mantenemos la sede del poder dentro de nosotras sin ser víctimas de la experiencia? ¿Cómo nos afirmamos a través de la experiencia de la maternidad? Mientras luchamos para mejorar las tasas de mortalidad materna, hay que seguir siendo fieles a una visión cada vez más consciente y alerta para mejorar la calidad de la maternidad. Si esperamos que los demás resuelvan esta crisis de la maternidad, seguiremos siendo víctimas pasivas. ¡NO! A tomar en nuestras manos las riendas de la maternidad (cada quien a su manera) para definirla en su totalidad y promoverla con integridad: sin riesgos y con calidad.*

Patricia Kay





## Abriendo... el buzón.



*Estimadas Hermanas Parteras: Les escribo para darles mil gracias por enviarme su boletín Conversando Entre Parteras. Lo considero muy valioso y de gran importancia para todo lugar donde se hable español. En marzo de este año terminó el curso de parteras que ofrece Maternidad de la Luz en el Paso, Texas. La experiencia fue fascinante, tanto en lo clínico como en lo académico, me siento competente en destrezas aprendidas y como comadróna.*

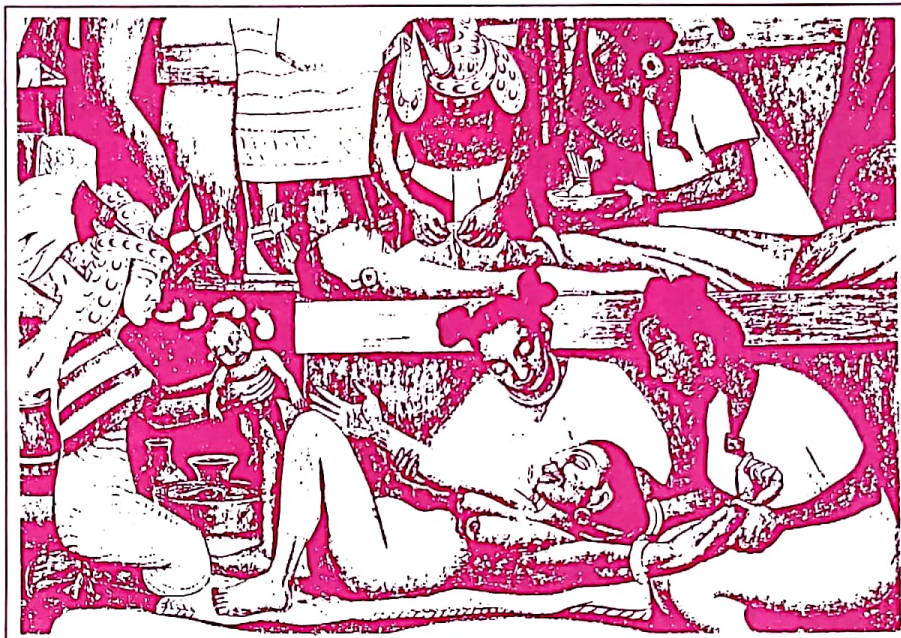
*Si ustedes tienen direcciones de otras parteras u organizaciones dentro del área de América Latina y del Caribe por favor déjenme saber las mismas, También si necesitan una remuneración de dinero por este pedido. Cualquier información o ayuda que necesiten de mí, y esta a mi alcance, con mucho gusto se los haré llegar. Yo no soy parte de la Confederación Internacional de Parteras pero sé que están ayudando en lugares donde se trabaja con mujeres más necesitadas socialmente. No sé si necesiten esta información, pero por si acaso... Sobre su boletín yo seguiré pasando la dirección a las parteras que conozco, y conozca. Gracias mil por el esfuerzo que realizan; Las Diosas las guíen y guarden;*

*Sinceramente, Debbie Ann Días Ortiz, Apartado 34, La Plata Puerto Rico, 00786-9998 Tel.(809)735-9456*



## Reflexionando... y aprendiendo...

*La maternidad sin riesgos, una cuestión de prioridades*



Mural de Diego Rivera para el hospital de la Raza (1953)

Anualmente, se mueren 500,000 mujeres en nuestro mundo, por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Este hecho deja a más de 1 millón de niños sin madres. A partir de un estudio en un país del tercer mundo, se sabe que el 90% de los niños sobreviven el primer año de vida si viven sus mamás. En cambio solo el 25% lo logra si estas se mueren.<sup>1</sup> Lo más triste de esto es que la mayoría de estas muertes es previsible, ya que se atribuye a negligencia, pobreza, ignorancia y a falta de acceso a los servicios médicos. Las estadísticas señalan que en los países en vías de desarrollo, entre el 20 y el 45% de las muertes que ocurren en mujeres en edad reproductiva se deben a causas relacionadas con el embarazo y el parto, mientras que en el primer mundo, esta tasa es de solo un 1%.<sup>2</sup> En México, aproximadamente, 54.3 mujeres se mueren por cada 100,000 nacidos vivos.<sup>3</sup> Sin embargo, se estima que hay un sub-registro importante. Según la OMS, es más probable que sean 200 las mujeres que pierden su

vida por cada 100,000 nacidos vivos en México.<sup>4</sup> Las causas más comunes son: aborto, hemorragia, enfermedades hipertensivas, infección y trabajo de parto obstruido. Además, por cada mujer que se muere, muchas más sufren enfermedades y lesiones que afectan su salud, su bienestar y su productividad, a veces incluso por el resto de sus vidas. Entre estas complicaciones tenemos: infecciones del aparato reproductor, incontinencia urinaria, prolapso uterino y fístulas. Estos problemas son los resultados de la pobreza, la desnutrición crónica y la falta de personal capacitado para la atención de partos. La repetición de embarazos no deseados en mujeres de por sí desnutridas, baja aún más sus defensas, dando como resultado enfermedades crónicas. Es muy tentador responder humanamente a estas cifras construyendo más hospitales y entrenando a más médicos. Sin embargo, los países con las más bajas tasas de mortalidad materno-infantil son los países que más emplean a la partera profesional como

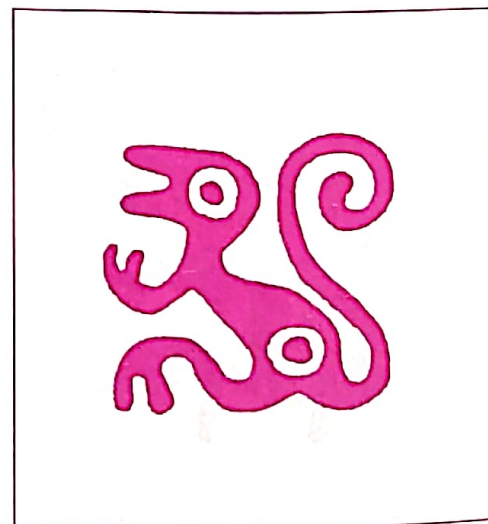


agente principal en la atención a mujeres en sus embarazos, partos y puerperios. En varios de estos países, la norma es el parto en casa. Los seis países que consistentemente tienen las tasas más bajas de morbi-mortalidad<sup>5</sup> materno-infantil son: Finlandia, Holanda, Noruega, Suiza, Dinamarca, Suecia y Japón. ¿Qué tienen estos países que no tienen otros países industrializados? ¡parteras profesionales! En estos 6 países existe el mayor número de parteras profesionales.<sup>6</sup> Aunque estas estadísticas no pueden atribuirse solamente a la presencia de la partera profesional, este es un factor contribuyente e importante. La existencia en ellos de la medicina socializada también juega su papel. Se podría pensar que estas parteras profesionales obtienen buenas estadísticas por el hecho de practicar en países del primer mundo, pero también se han visto reducciones significativas en la mortalidad materno-infantil en el tercer mundo cuando un país se compromete a entrenar a parteras profesionales y a emplearlas en sus comunidades. La Dra. Duangvadee Sungkhobol, representante de Asia y Sudeste en la OMS, citó en un taller sobre la Maternidad Sin Riesgos, que en Bangladesh se redujo la tasa de mortalidad materna en un 65% después de instituir el entrenamiento y el empleo de parteras profesionales a nivel comunitario. Sri Lanka, un país que emplea a la partera especialista en salud pública desde hace 30 años, tiene una de las tasas más bajas de mortalidad materna en la región (60/100,000) y su mortalidad

infantil bajó de 60/1000 a 12.5/1000 para el año 1989.<sup>7</sup> En 1990, en la Cumbre Mundial de la Infancia (World Summit of Children) de las Naciones Unidas, los líderes de más de 70 países se comprometieron a reducir la mortalidad materna a la mitad para el año 2000. Una de las estrategias recomendadas y aceptadas para lograr esta meta es la promoción de la partera profesional. La 45a Asamblea de Salud Mundial recomendó que los gobiernos programaran servicios para parteras profesionales, incluyendo programas de educación y un presupuesto adecuado para promover sus actividades. Esta resolución fue aprobada en Mayo de 1992. Según la definición internacional<sup>8</sup>, una partera es una persona quien, habiéndose inscrito en un programa educativo para parteras reconocido en el país donde se imparte, ha cumplido el programa de estudios establecidos y ha adquirido las calificaciones requeridas para obtener su registro legal y practicar la profesión de partera. Es claro que la partera empírica que recibe cursitos de 2 a 4 semanas no entra en esta definición. 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, un enunciado de tres agencias internacionales (OMS/UNFPA/UNICEF) señala que no se debe concentrar los esfuerzos en el entrenamiento de las parteras empíricas: "El entrenamiento de las parteras empíricas no puede usarse exclusivamente para mejorar la atención de la salud materno-infantil. Sin la implementación de tecnologías apropiadas y el fortalecimiento de sistemas de referencia y apoyo, el sólo entrenar a las parteras empíricas no puede contribuir a una mejora sustancial en la salud."<sup>9</sup> Ellos reconocen, además, que para lograr reducciones en las tasas de morbi-mortalidad, se requiere personal adecuadamente entrenado, enfrentar algunas de las raíces del problema: la pobreza, el analfabetismo y la discriminación en contra de la mujer. Incluimos este inciso, porque nos preocupa que México se contente con un breve entrenamiento de sus parteras empíricas. Esto se ha hecho desde hace más de 20 años, y no se

ha logrado el objetivo a gran escala, que es mejorar las tasas de mortalidad materna. El Secretario de Salud, Dr. Jesús Kumate, dió a conocer el primero de marzo de este año, su intención de reducir la atención hospitalaria del parto. Para lograr este objetivo mencionó que se deberá preparar a un mayor número de personal no profesional.<sup>10</sup> Consideramos que éste es un error. Para lograr una baja en las tasas de morbi-mortalidad maternas o infantiles o materno-infantiles, hay que entrenar al personal adecuadamente. Esto no se logrará con cursos de 2 o 4 semanas. Tampoco, estamos hablando de cursar 6 años en la facultad de medicina ni 5 en la escuela de enfermería, sino 2 o 3 en una escuela para parteras autónomas, independientes y, a la vez, vinculadas con los otros servicios de salud. Esta es la clave de los países donde son bajas las tasas de morbi-mortalidad materno-infantiles: la presencia de parteras profesionales que ejercen de manera autónoma y en coordinación con los otros sectores de sus sistemas de salud. Esperamos que México acepte la resolución de la 45a Asamblea de Salud de la OMS (de la cual es miembro) al formar una partera profesional, entrenada y capacitada adecuadamente para trabajar con las mujeres de este país y lograr partos más seguros y aceptables para todas. Está comprobado que la maternidad puede ser más segura y menos riesgosa. Es una cuestión de prioridades, somos importantes las mujeres?.

*Patricia Kay.*





## Confrontando... estadísticas..

### La partera profesional: unos datos mexicanos

Hicimos un estudio para los escépticos que dicen que no se pueden bajar las tasas de morbi-mortalidad materno-infantiles en México con parteras. Juntamos las estadísticas de 5 parteras profesionales que ejercemos en México. En un periodo de 3 años atendimos 217 partos. De 217 partos atendidos, no hubo muertes maternas, hubo sólo 1 muerte infantil (este bebé se murió de sepsis a las 3 semanas después de una cesárea programada en un hospital de la S.S.A.). Tuvimos un 12% de cesáreas (de éstas: 23% por mala presentación, 15% por desproporción cefalo-pélvica, 30.15 por falta de progreso en la 1ª etapa, 15% por sufrimiento fetal, y 3.8% respectivamente por ruptura prolongada de membranas, placenta previa, post-madurez con signos incipientes de insuficiencia placentaria y miomas uterinos). Sólo 2 niños nacieron con bajo peso (menos de 2500 gm) y el promedio del peso al nacer fue de 3212 gm. Analizamos la edad, la escolaridad, la paridad, el número de visitas prenatales, las complicaciones identificadas durante el embarazo, parto y puerperio para las madres y sus bebés. Concluimos que la atención proporcionada fue de calidad adecuada, traducándose en seguridad para las madres y sus bebés, demostrada por bajas tasas de morbi-mortalidad materno-infantiles. Las complicaciones fueron identificadas y manejadas adecuadamente por las capacidades técnicas de las parteras o por un traslado a tiempo a otro nivel de atención. Nuestra tasa de cesáreas fue de 12% mientras que la cifra oficial a nivel nacional asciende al 30%. Creemos que esta atención significa un uso racional de los recursos disponibles. Nos interesa seguir estudiando los resultados de las parteras profesionales en México. Si te interesa ver el reporte en su totalidad o participar en la colección continua de datos, haznoslo saber!

Patricia Kay.

## Apoyando...a la lactancia...

### Hospital Amigo del niño. Atn. Laura Cao

La iniciativa Hospital Amigo del niño ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para alentar a los hospitales a adoptar prácticas que aseguren, promuevan y apoyen la lactancia. Existen diez pasos hacia una lactancia exitosa, que deben cumplir los hospitales; estos son: 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud. 2.- Capacitar a todo el personal de salud para que estén en condiciones de poner en práctica esa política. 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. 5.- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos. 6.- No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté MEDICAMENTE indicado. 7.- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día. 8.- Fomentar la lactancia a libre demanda. 9.- No dar a los niños amamantados chupones o chupetes artificiales. 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lac-

tancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. La Liga de la Leche de México, está trabajando directamente en la formación de "monitoras", personas que promueven la lactancia en los centros de salud, y que están formando los grupos de apoyo en sus lugares de trabajo para poder dar el apoyo que la madre necesita una vez que nace el bebé. Las personas que se están formando como monitoras deben tomar un curso de una semana, para aprender de lactancia, problemas, etc. y se está tomando en cuenta a enfermeras, trabajadoras sociales y médicos. Nos dará mucho gusto poder incluir en este grupo a las parteras, ya que ellas están en contacto con la madre desde su embarazo y después en el postparto y ellas pueden apoyarlas de una manera más consciente. La partera trabaja en una comunidad y esto tendrá la ventaja que la madre no tiene que desplazarse lejos de su casa para que alguien le aconseje y le apoye. El trabajo ha sido muy bello y gratificante ya que se están viendo resultados reales. Si tienes alguna pregunta no dudes en escribirme o llamarme.

Lourdes Bravo de Garza.



FOTO: Laura Cao Romero



## Informando...

Sabías que durante la primera semana del mes de Febrero pasado se llevó a cabo una reunión en Cocoyoc, Morelos, con el título de "Maternidad Sin Riesgo", en la que personalidades de diversos servicios de salud de México y de otros países discutieron sobre realidades, que a pesar de no ser muy agradables, tenemos que aceptar y, por supuesto, modificar. La conversación se desarrolló teniendo en las manos los artículos que se escribieron día tras día, durante esa semana en el periódico LA JORNADA<sup>1</sup> se publicaron varios artículos sobre dicha reunión de los cuales me permito citar algunos datos que me parece importante recalcar: "Cuatro mujeres al día mueren por causas relativas a la maternidad. Esto ocurre por falta de atención médica y como consecuencia de la pobreza, la ignorancia, la marginación y la desvalorización social de la mujer. El 40% de estas muertes es a causa de abortos inducidos". "A pesar de que la cifra oficial de 5.8 muertes maternas por cada 10000 nacidos vivos es el informe de nuestras autoridades en salud pública, la OPS considera que hay subregistros hospitalarios y deficiencias en los certificados de defunción y esta cifra llega a 20 mujeres por cada 10000 nacidos vivos". "Segn Jill w. Sheffield presidenta de Family Care International, por cada muerte materna, 100 mujeres quedan lesionadas temporal o definitivamente. En México cada año 147,700 mujeres sufren consecuencias graves en su salud, como resultado de problemas reproductivos. En México, 1 de cada 72 mujeres tiene riesgo de morir como consecuencia



de problemas relativos a la maternidad, siendo que en Estados Unidos el promedio es de 1 de cada 6,370, en el Caribe de 1 por cada 141 y en África de 1 por cada 21." "En México, el 13.9% de las muertes maternas corresponden a adolescentes entre 14 y 19 años por falta de educación sexual y apoyo." "Entre las causas de muertes maternas se encuentran: toxemia, hemorragia, infecciones, partos obstruidos y abortos." "El Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate, puso énfasis en el compromiso de reducir la mortalidad materna a menos de 5 casos por cada 10,000 embarazos." "Cada año medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo y al parto y el 99% de éstas ocurren en los países en desarrollo." "En América Latina el riesgo de morir en el embarazo o el parto, es 80 veces mayor que en América del Norte" "Se estima que entre el 20 al 50% de los embarazos de adolescentes terminan en abortos." "México ocupa en este momento el primer lugar en el mundo en muer-

tes por cáncer femenino(cérvico-uterino y mamario).En 1992 esta enfermedad cobró más de 18 muertes diarias en mujeres entre 20 y 49 años de edad." "En relación con el SIDA, en 1992 en América Latina, entre el 30 y 40% de los casos registrados fueron de mujeres, de las cuales el 36% estaban embarazadas. Se calcula que hay un millón de niños infectados por causa del SIDA en el embarazo." "La muerte materna tiene una relación directa con los factores sociales y culturales de fuerte arraigo en América Latina y que conceden poco valor a la mujer." Si bien todas estas cifras, que reflejan el daño a la salud y la integridad física y emocional de la mujer en nuestro país, son alarmantes y me han sorprendido, más alarmada y sorprendida estoy de constatar que, siendo la Educadora en Psicoprofilaxis Perinatal una profesional altamente capacitada para la labor de educación, base fundamental para resolver muchos problemas, no hayamos encontrado aún la manera de introducirnos dentro de los programas nacionales de salud pública, para hacernos presentes y contar con un lugar de trabajo para desarrollar nuestras capacidades. Hoy resulta imprescindible que nuestros esfuerzos dentro de ANIPP tengan como meta lograr acercarnos a las autoridades competentes dentro del ámbito de la salud materno-infantil y presentar proyectos de trabajo para una educación relativa a la reproducción y a la Maternidad Sin Riesgo.

*Guadalupe Trueba Facce. Educadora en Psicoprofilaxis Perinatal.*



## Compartiendo...experiencias...



No me tomó más que un día y un "predictor" para saber que estaba embarazada, fue tan rápido e inesperado que lloré. Mi esposo y yo teníamos otros planes antes de tener niños. Me acuerdo que le pedía perdón, yo no estaba contenta y tenía miedo, para mí

no era la manera de esperar un hijo: no estaba lista. Pero mi esposo estaba feliz, fue positivo ante la noticia y eso me ayudó poco a poco a convencerme que era el momento y que tenía que hacer todo lo posible por aceptar que estaba embarazada. Esto no fue

fácil, pero en poco tiempo estaba feliz de mi estado. Todo lo que yo sabía del embarazo era por las historias de mujeres embarazadas, pero realmente no sabía nada. Me informé y aprendí algo por libros y películas, queriendo compartir toda esa emoción y esos





cambios con el mundo: estaba FELIZ. Al tercer mes, una visita rutinaria con el doctor y un ultrasonido fueron el fin de esa felicidad: el niño había muerto hacía unos días. Todo fue tan pronto e imprevisto, el médico que me dio la noticia, el hospital, el quiórfano...un legrado de urgencia. Fueron horas de desesperación y de una angustia inexplicable. El regreso a casa, fue triste, mi esposo y yo estábamos desconsolados, aunque él estuvo conmigo todo el tiempo. Pasaron seis meses, estuve escéptica a todo lo relacionado con el embarazo, hasta hace poco que estuve mental y físicamente preparada: un segundo embarazo y otra pérdida. Pero ahora estoy con muchas fuerzas para intentar de nuevo cuantas veces sean necesarias. Lo más increíble que nos puede pasar a nosotras las mujeres es estar embarazadas y lo más difícil y decepcionante es perder un niño. Siento que me arrebataron lo más preciado que puede uno tener en la vida: la ILUSION. Lo único que me queda por decir, es que por más duro que sean estas pérdidas, hay que empezar de nuevo porque ya sentimos y sabemos lo bonito que es; hay que recrear LA ILUSION lo más pronto posible. Quisiera agradecer a Cécile y a TICIME por brindarme la oportunidad de escribir y compartir mi experiencia con otras mujeres a través de este boletín que nos da mucha información para que nos hagamos conscientes y que vivamos plenamente nuestro embarazo.

Christine. México, D.F.

## Recuperando...la confianza...

(2a. parte) Parte de la labor de la partera es ayudar a la mujer a confiar en que "la manera como nacemos tiene un impacto en la forma en cómo seremos" y así ayudarles a traer al mundo a bebés que nazcan de madres confiadas; madres que han recuperado su poder para elegir y decidir el lugar y el espacio apropiado para esos nacimientos y que los niños inicien su vida nutridos de un amor incondicional y que no tengan miedo e inseguridad. Bebés que posean la claridad de mente y sabiduría para un desarrollo más positivo de la humanidad. A lo largo del camino de nuestra profesión, vamos a sentir muchas veces que no estamos logrando impactar a esta sociedad dormida con nuestras enseñanzas. Vamos a sentirnos desilusionadas al creer que nada ha cambiado ni parece cambiar, pero deseo contarles la historia de una anciana que sembró un dátil en el desierto, sabiendo que no tendría oportunidad de ver sus frutos, porque tomará 80 años lograr que el árbol profundizara sus raíces hasta poder obtener el agua que se encuentra en el fondo de esta tierra tan árida. A lo largo de esos 80 años parecía que el árbol se estaba muriendo, seco y golpeado por los vientos y las tormentas de arena. Si

nosotros no entiendiéramos el proceso, podría malinterpretarse procediendo a cortarlo y eliminarlo. Pero si lo comprendemos, entonces haremos el compromiso de continuar salvaguardándolo esperando a que transcurra el tiempo necesario para que de sus frutos. Amiga partera: plantemos dátiles aún sabiendo que quienes los siembran, nunca comerán de sus frutos. Debemos vivir del amor de lo que nunca veremos. Esta es la disciplina secreta, que ha dado a los profetas, mártires y revolucionarios (y porqué no, a las parteras...), el coraje y la fuerza para vivir y morir por el futuro que ambicionan y hacer de su ser la semilla de sus más elevadas esperanzas. Creo firmemente que los nacimientos les pertenecen a las familias y si logramos ayudar a traer al mundo bebés regresando el poder a las mujeres y a las familias nuevamente, lograremos una sociedad más humana, a partir de nacimientos más humanizados. Puede sonar descabellado y esotérico, pero en esto he fincado mi fe y deseo ser parte del cambio que se avecina. Termino este artículo con las palabras de Rudy Albin en su libro *Los niños del futuro* y que quizá pueda alimentar el espíritu de las parteras como guardianes de la esperanza:

*"Qué es la esperanza? Es el presentimiento de que la imaginación es más real y la realidad menos real de lo que parece... Es la certeza de que la presión y la represión no son la última palabra... Es la sospecha de que la realidad es más compleja que lo que el realismo quiere hacernos creer... Que las fronteras de lo posible no están determinadas por los límites de lo actual y que de una manera maravillosa e inesperada, la vida nos prepara para los eventos creativos que nos dan el camino de la libertad... El sufrimiento y la esperanza viven dependiendo el uno del otro, el sufrimiento sin esperanza, produce resentimiento y desesperación. La esperanza sin sufrimiento, crea ilusiones e insensibilidad." Plantemos dátiles aún sabiendo que nunca comeremos de sus frutos...*

Guadalupe Trueba





## Recomendando...

Recomendaciones a seguir.



Hace ya ocho años que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con otras organizaciones llevó a cabo una conferencia en Fortaleza, Brazil para platicar sobre tecnología empleada en la atención de los partos. Uno de los resultados de esta reunión fue la adopción unánime de las siguientes recomendaciones para favorecer el que las mujeres tengan alternativas dentro de las cuáles elegir el tipo de atención que desean: 1.- Además del apoyo emocional que el equipo de salud provee a la parturienta, debe permitirse el acceso de un miembro de la familia

que la acompañe durante el parto y a través del periodo post-natal.

2.- Las mujeres que dan a luz en una institución, deben tener el derecho a decidir acerca de la ropa (suya y la de su bebé), comida, dónde se depositará la placenta, y otras prácticas culturales importantes. 3.- El recién nacido sano debe permanecer con su mamá, siempre que sea posible. Su observación no

debe ser una justificación para separarlo de su madre. 4.- El amamantamiento inmediato debe ser promovido antes de que la madre salga de la sala de partos. 5.- Aquellos países con las menores tasas de mortalidad perinatal en el mundo, tienen tasas de cesáreas de menos del 10%. De ahí que no hay una justificación para que en cualquier otra región se rebase la tasa del 10-15%. 6.- No hay evidencia científica para que los partos después de una cesárea, tengan que realizarse por la misma vía. Los partos vaginales después de cesárea deben ser promovidos en aquellos lugares que haya tecnología apropiada disponible. 7.- La ligadura de las trompas de falopio no debe ser pretexto para una cesárea. Hay métodos más simples y seguros para una esterilización. 8.- No hay evidencia científica de que el monitoreo electrónico fetal rutinario tenga un efec-

to positivo en el resultado del embarazo. Este debe realizarse sólo en casos cuidadosamente seleccionados relacionados con tasas de mortalidad perinatal altas y en casos de inducción. La selección de mujeres que pueden beneficiarse de un monitoreo fetal, debe estar basada en trabajos de investigación. Mientras tanto, los servicios de salud nacionales deben abstenerse de comprar nuevos equipos. 9.- Es recomendable que el corazón

fetal sea monitoreado por auscultación, durante la primera parte del trabajo de parto, y más frecuen-

temente durante la expulsión. 10.- No hay ninguna indicación para afeitar el vello púbico, como tampoco

para un enema, antes del parto. 11.- No es recomendable que la mujer embarazada sea colocada en posición dorsal (acostada) durante el trabajo de parto y el nacimiento. Debe propiciarse que camine durante el trabajo de parto. Cada mujer debe decidir libremente la posición

que desea durante el periodo expulsivo. 12.- El periné debe ser protegido siempre que sea posible. El uso sistemático de la episiotomía no está justificado. 13.- La inducción del parto debe ser reservada para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debe tener tasas de partos inducidos más alta del 10%. 14.- Durante el parto, la administración rutinaria de analgésicos, o anestésicos (no específicos para corregir o prevenir alguna complicación) debe ser evitada. 15.- La ruptura temprana y artificial de las membranas, como un proceso de rutina no es justificable. 16.- Deberán realizarse futuras investigaciones con objeto de evaluar el mínimo de ropa requerida para aquellos que atienden el parto y al recién nacido. *The Lancet* Vol.II para 1985. 24 agosto 1985.

*Traducido por Leticia Sierra y Lourdes Bravo.*



FOTO: Laura Cao Romero



## Siguiendo...acuerdos de la Conferencia...

Del 8 al 11 de febrero pasado se realizó en Cocoyoc, Morelos, la Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en México con objeto de analizar la situación actual de la morbilidad materna en México. Por primer vez, en mucho tiempo, se encontraban reunidos representantes de instituciones públicas y privadas, grupos de mujeres y distintos profesionistas en campos afines a la salud, de todos los estados de la República, para intercambiar experiencias, establecer compromisos y estimular redes de colaboración a nivel nacional en busca de soluciones a las condiciones desventajosas en las que aún viven muchas mujeres en nuestro país. Varios compromisos se plantearon ahí mismo hacia el fin de la reunión; por ejemplo una serie de recomendaciones para desarrollar: a) una legislación acorde a las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, b) la educación y la participación comunitaria, c) la cobertura y calidad de los servicios de atención a la salud, d) la investigación y e) la colaboración interinstitucional y el establecimiento de redes entre grupos afines. Otro de los resultados inmediatos, ya que al mes siguiente se convocó a una reunión de delegados de la mayoría de los grupos participantes, fue la creación de un comité encargado de trabajar para

que las recomendaciones que conforman los rubros antes mencionados, se puedan ir logrando. A casi seis meses de realizada la Conferencia y de fundado el Comité de Seguimiento decidimos entrevistar a la antropóloga Pilar Muriedas, de SIPAM y activa miembro del Comité, para que nos informara acerca de los avances logrados hasta el momento.

**L:** Pilar, *Cuáles han sido las funciones del Comité?*

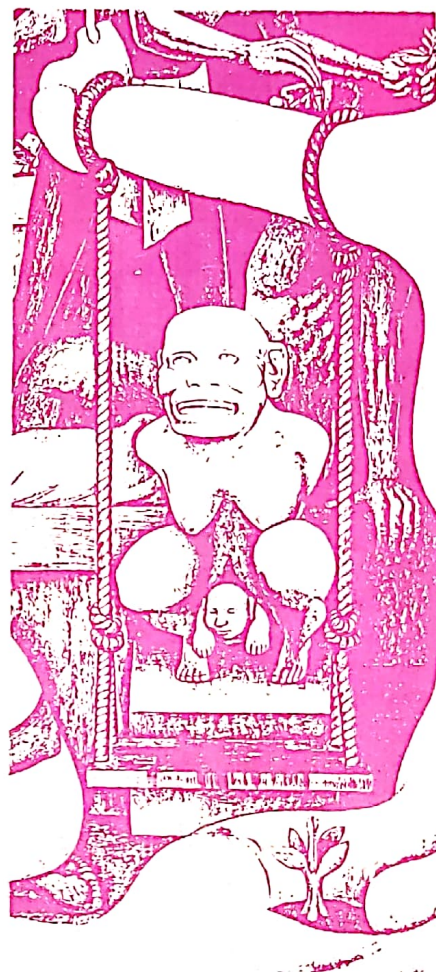
**P:** Seguir manteniendo la comunicación que se estableció durante la Conferencia, crear un programa de acción y facilitar, en la medida de lo posible, que se le pueda dar curso a las Recomendaciones. Por ejemplo, ya tuvimos la 1a. reunión con la Comisión de Población de la Cámara Legislativa, donde se discutieron las Recomendaciones relacionadas con aspectos legales.

**L:** *En qué se está trabajando ahora?*

**P:** En la planificación de eventos y seminarios entre el Sector Salud y las O.N.G.s (organizaciones no gubernamentales). Se han formado comisiones de trabajo para avocarse al desarrollo de las partes del plan de trabajo: educacional, legal y de capacitación. Se ha elaborado también un documento para entregarse a la Comisión Legislativa para que sus integrantes lo discutan. El documento reúne argumentos para que se pueda ampliar la causal de aborto "por motivos de salud" contemplada en el actual Código Civil. También se están planeando reuniones con la Procuraduría Federal para colaborar en la solución a los delitos sexuales. Y se han programado seminarios para ahondar en los problemas de salud relacionados con la Anticoncepción, el Cáncer y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

*Entrevistó Laura Cao Romero.*

Para obtener copias de las Recomendaciones aprobadas en la Conferencia, se pueden dirigir con la Dra. Ma. del Carmen Elu, Secretaria Técnica del Comité, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C., Teléfono 5 676 44 39 y fax: 5 676 48 92.



### Arrullo para un feliz parto

Cálmate, rosal, tu niño ya quiere nacer  
su boquita será de clavel  
que en tu pecho se pone a beber.  
Respira tranquila, mi amor pa'  
ayudarte mejor, sube y baja con él,  
o con ella, que ya pronto sabrás.  
Confía, mi vida no temas, mientras  
yo te vigilo estate en paz.  
Deja la puerta abrir, tu pequeño ya  
quiere salir; puja, mujer, ay, deja a  
tu hijo nacer!

*Paráfrasis del poema de Federico García Lorca.*

Recopilado por la Srita. Liliana Otrola Salas. Enf. Obstétrica, Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.

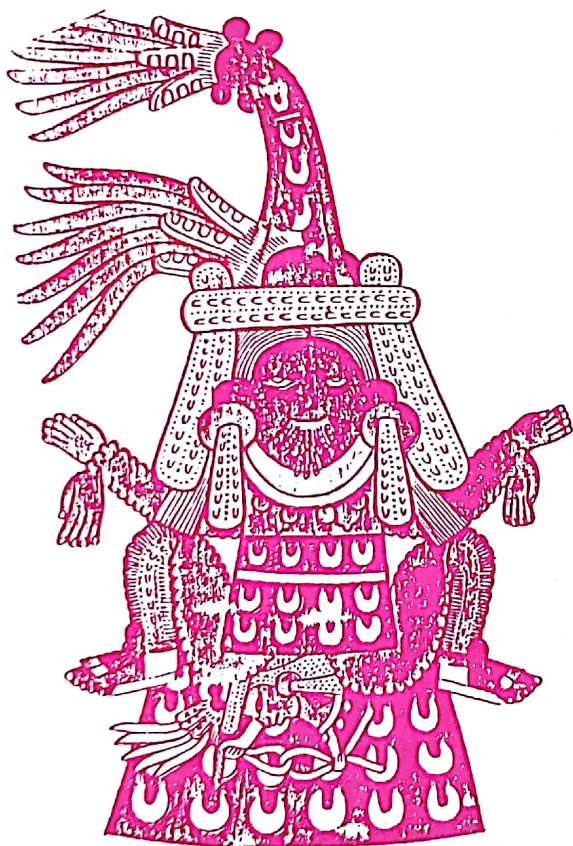


Libro: Diego Rivera y la salud, ISSSTE, México 1986



## Recordando... nuestras tradiciones...

En el culto azteca, la diosa Tlazoltéotl o Ixcuina, "diosa de las cosas inmundas", cuyo culto parece importado de la región huasteca[...] es la comedora de inmundicias, come los pecados de los hombres, dejándolos limpios[...]. El sacerdocio de esta diosa tenía una particular importancia, porque siendo ella la patrona de los partos y nacimientos correspondía a sus representantes decir el horóscopo de la criatura, fundados en las complicadas combinaciones del calendario ritual, el Tonalpohualli. Sacerdotes especiales llamados Tonalpouque, realizaban esta función y daban el nombre al niño por el día en que nació.[...]. Los sacerdotes de Tlazoltéotl, que también lo eran de la tierra y de la fecundidad, tenían, pues, una gran importancia en el culto azteca[...].



Dibujo Tlazoltéotl (Borbnico 13)

### ¿Qué quiere decir TICIME?

**TICIME** significa "parteras" y "curanderos" en lengua nahua. ¡Nos gustaría saber cómo se dice en otras lenguas mexicanas: en purépecha, mixteco, zapoteco, maya, totónaco, etc. ¿Usted lo sabe?

### ¡Escríbanos por favor!

**TICIME** tiene un área de servicios para parejas embarazadas. Da asesoría sobre alternativas de atención de parto (parto en casa, en una maternidad, en agua, etc.) Apoya a la mujer embarazada y a su propia pareja mediante diversas actividades (cursos de sensibilización, pláticas y videos, biblioteca, etc.) con el ánimo de que fortalezcan sus decisiones acerca de cómo desean vivir el nacimiento de su bebé.

Los artículos publicados expresan la opinión del autor, no necesariamente del grupo.

Se autoriza copiarlo, total o parcialmente, dando el crédito correspondiente a su autor y a la fuente.



1Presentación de Dra. Duangvadee Sungkhobol, representante de la OMS/SEARO, al Congreso para la Maternidad Sin Riesgos, Vancouver BC, Canadá, 7 de Mayo de 1993.

2 Ibid.

3 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Salud, **Estadísticas Vitales**, Secretaría de Salud, 1990.

4Organización Mundial de la Salud (OMS), **Maternal Mortality: a Global Factbook**, OMS, 1991.

5Morbi-mortalidad se refiere a las enfermedades, lesiones causadas en las madres y sus bebés por el parto y aquellos que llegan a morir por esto.

6Davis, Jeffrey, et. al., **The Health of Mothers & Infants in New Mexico**, New Mexico Health & Environment Dept., 1986.

7Op. cit., Sungkhobol.

8Definición de la Confederación Internacional de Parteras y reconocida por la OMS, UNICEF y otras agencias que promueven la salud a nivel internacional.

9 "Agencies issue statement on TBA trining, "Safe Motherhood", Issue 10, Nov., 1992-Feb., 1993, p. 7.

10 "Reducir la atención hospitalaria de partos, plan de la SS : Kumate, "EL NACIONAL", 1 de Marzo 1993.

1 LA JORNADA, 18, 19, 20, 21, 22 Y 23 de Febrero de 1993.

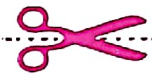


## Intercambiando...recetas...

### RECETAS

Recetas para una alimentación sana y rica en el embarazo. Una de las condiciones básicas de la maternidad sin riesgos es una alimentación sana y rica. Proponemos algunas recetas diferentes que ayudan a prevenir y combatir la anemia, y satisfacer las necesidades de calcio:

- 1.- Tomar todos los días un licuado de alfalfa, piña, miel o piloncillo después de colar.
- 2.- Untar en el pan entero cremas de ajonjolí, cacahuete, nuez o almendra natural con miel.
- 3.- Receta de "tofu" (queso de soya), que además de económico, tiene muchísimo calcio y proteínas: hervir pedazos de "tofu" durante 2 minutos, licuarlo con "tahini" (crema de ajonjolí) sal y salsa de soya. Se corta en pedacitos el brócoli previamente desinfectado y hervido, y se vierte en un platón con cebolla picada; se mezcla con la crema de tofu que hemos preparado y se mete al horno hasta que quede más sólido. Servir caliente. Todos estos productos se encuentran en tiendas naturistas.



¿A qué te dedicas? \_\_\_\_\_

¿Qué temas te han interesado o te han servido más? \_\_\_\_\_

¿A quién sugieres que enviemos este boletín? \_\_\_\_\_

¿Sobre cuál otro tema te gustaría que conversáramos? \_\_\_\_\_



**Este boletín aparece cada tres meses: en la primavera, el verano, el otoño y el invierno**

**Agradecemos sus opiniones, participación y donativos, indispensables para continuar**

**Se puede adquirir en nuestras oficinas.  
Escribe o llama por teléfono.  
¡Y no te olvides de enviar tu dirección!**

Diseño: Claudia Rocha. Tel. 688 07 92

Transcripción: Paulina Fernández

Compilado por Laura Cao Romero de Abascal y Cécile Kachadourian

**Certificado de licitud, de título y contenido No. 148**



**TICIME**

Apartado Postal 113-082  
03300 México, D.F.

Apartado Postal 157 C.P. 61609  
Pátzcuaro, Michoacán