

siones del pluralismo se expresen con frecuencia en cuestiones relacionadas con la condición de los adolescentes. Aunque en la actualidad dicha confusión se está disipando mediante normas y reglas legales, lo

que se requiere ante todo es la reflexión consciente de los médicos en relación con las obligaciones que tienen con los adolescente y los padres de estos.

REFERENCIAS

1. Alan Guttmacher Institute. Teenage pregnancy: The problem that hasn't gone away. New York, 1981.
2. Silber, T. J. The physician-adolescent patient relationship. *Clin Pediatr* 19(1):50-55, 1980.
3. Hofmann, A. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *Adolesc Health Care* 1(1):9-17, 1980.
4. Goldstein, J., Freud, A. y Solnit, A. *Beyond the Best Interest of the Child*. New York, The Free Press, 1980.
5. American Academy of Pediatrics. A model act providing for consent of minors for health services. *Pediatrics* 51(2):293-296, 1973.
6. Inhelder, B. y Piaget, J. *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence*. New York, Basic Books, 1958.
7. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence: Health assessment and health maintenance for the adolescent, Evanston, III, 1980.
8. Carter vs Cangello. 165 Cal. Rptr. 363, Cal App. May 1, 1980.
9. Silber, T. J. Ethical considerations concerning adolescents consulting for contraceptive services. *J Fam Pract* 15(5):909-911, 1982.

PARTERAS TRADICIONALES Y PLANIFICACION FAMILIAR¹

En América Latina se está empezando a reconocer a las parteras tradicionales en los programas de salud maternoinfantil auspiciados por los gobiernos. Costa Rica, Guatemala, México y Panamá, por ejemplo, registran y licencian a parteras tradicionales, a nivel central o local. El programa nacional de México capacitó a miles de parteras empíricas y algunos gobiernos locales las emplean en los centros de salud de las aldeas. En Bolivia, Brasil, Colombia, Haití y República Dominicana las parteras tradicionales no están registradas ni son li-

enciadas pero, en vista de la falta de personal alternativo, las entidades gubernamentales o las organizaciones privadas las están capacitando. También se está entrenando a las parteras tradicionales en Paraguay y Perú.

En el continente americano las parteras tradicionales son ilegales solo en Grenada, Santa Lucía y Trinidad y Tabago, países que no enfrentan una escasez seria de personal de salud. En Belice las parteras tradicionales pueden trabajar en las zonas rurales pero no en las ciudades, en donde hay más profesionales de salud.

La capacitación de las parteras tradicionales de América Latina se ha centrado

¹ Versión condensada de: *Popul Rep (J)* 22:35-40, enero de 1981.

sobre todo en la atención de salud maternoinfantil. Sin embargo, en varios países se ha ampliado a la planificación familiar. El papel principal de las parteras tradicionales en este aspecto consistió en la educación y la remisión de aceptantes nuevas. Algunos países las emplean también para distribuir anticonceptivos orales y condones.

Programas en América Latina

México

México inició un esfuerzo en gran escala para incorporar a las parteras empíricas al programa nacional de planificación familiar. Esta actividad recibe una aceptación cada vez mayor en las áreas rurales y las autoridades estiman que la actitud positiva y de apoyo de las parteras empíricas ha contribuido a este cambio.

México tiene aproximadamente 15 000 parteras empíricas capacitadas y registradas en las zonas rurales del país. Como en otras partes de América Latina, en general son mujeres influyentes en sus comunidades, que a menudo provienen de familias establecidas de chamanes (brujos), curanderos y parteras. Además de atender partos, hacen masajes pre y posnatales, práctica que se considera importante en la cultura maya tradicional pues así se recoloca el centro del cuerpo, el *tipté*, después del parto.

Los esfuerzos en gran escala para adiestrar en salud maternoinfantil a las parteras empíricas se iniciaron en 1973. Entre 1973 y 1976 había una serie de instituciones involucradas en la capacitación de las 15 000 parteras, tales como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, conocido ahora como Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF); la Confederación Nacional Campesina; el Consejo Nacional de Población; la Cruz Roja; el Instituto Nacional Indigenista y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Coordinación Nacional de Planificación Familiar está ejecutando un programa importante a nivel estatal para capacitar a enfermeras como instructoras y adiestrar en salud maternoinfantil y planificación familiar a parteras empíricas. Hasta 1980 el Instituto Mexicano del Seguro Social había adiestrado bajo este programa a 240 000 enfermeras en planificación familiar y la Secretaría de Salubridad y Asistencia a 3 600 parteras empíricas, de las cuales 650 ya estaban trabajando en planificación familiar en las zonas rurales.

Una encuesta de las prácticas de las parteras empíricas en Michoacán, Yucatán, Hidalgo y Oaxaca revela que estos estados han incorporado en forma oficial a las parteras tradicionales en algunos de sus programas de planificación familiar. A través de estos programas, por lo menos el 52% de las parteras empíricas distribuyen anticonceptivos entre 1 a 10 mujeres por mes. En esta forma la partera empírica está pasando paulatinamente a ser parte integral de la planificación familiar en México.

Guatemala

En Guatemala los servicios de planificación familiar están disponibles en las clínicas gubernamentales y en la asociación privada de planificación familiar, pero el gobierno no ha dado apoyo formal a ninguno de estos programas. No obstante, el Pathfinder Fund está apoyando un proyecto piloto que utiliza a parteras tradicionales para suministrar atención de salud maternoinfantil y distribuir anticonceptivos. Las áreas rurales de Guatemala están atendidas por aproximadamente 20 000 parteras tradicionales, conocidas como *iyom* entre los indios mayas y *quiché/tzutuhil*, y como comadronas tradicionales y parteras empíricas entre los de habla española. Estas parteras tradicionales, quienes estiman que están llamadas por un poder sobrenatural a ejercer su pro-

fesión, desempeñan papeles rituales y de apoyo importantes en el parto. Con conocimientos de medicina tradicional, gozan de alta posición social en sus comunidades.

Desde mediados del decenio de 1950 el Ministerio de Salud Pública de Guatemala, con la asistencia del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y del UNICEF, ha tratado de incorporar a estas parteras tradicionales al sistema oficial de salud mediante cursos de capacitación y actualización, y de establecer vínculos permanentes entre ellas y las clínicas rurales. Se ha capacitado a más de 4 000 parteras tradicionales en atención prenatal, de parto y de posparto, y se les ha entregado su licencia y equipo de atención de partos del UNICEF.

En marzo de 1979, con autorización especial del Ministerio de Salud, el Pathfinder Fund inició proyectos piloto para adiestrar a 150 parteras tradicionales destinadas a distribuir anticonceptivos orales y condones en los estados de El Quiché y Suchitepéquez. En 1980 se programó otro curso de capacitación para entrenar a otras 150 parteras tradicionales en salud, planificación familiar y nutrición.

Costa Rica

Costa Rica tiene una historia relativamente larga de capacitación de parteras empíricas y de su integración a los programas de salud materno-infantil y planificación familiar. Las enfermeras-parteras atienden cerca del 60% de los nacimientos, los médicos cerca del 20%, y las parteras empíricas alrededor del 20%. A las parteras empíricas, que trabajan principalmente en las áreas rurales, se les permite atender partos normales solo después de recibir adiestramiento en la unidad local de salud a través del programa nacional de capacitación.

El Ministerio de Salud, con la asistencia del UNICEF y USAID, inició en 1967 un

programa nacional de adiestramiento de parteras empíricas. El objetivo principal del programa es instruir las en la utilización de técnicas sanitarias en el parto, la identificación y remisión de las pacientes con problemas obstétricos y enseñar higiene ambiental. Su papel en planificación familiar se ha visto limitado a la educación y a dar consejos a las clientes respecto de los diversos métodos disponibles y remitirlas a las clínicas para que sean atendidas. Una evaluación del programa de Costa Rica realizada en 1972 determinó que, en general, las parteras empíricas recordaban lo que se les había enseñado en los cursos de capacitación y favorecían la planificación familiar. Por su parte, las parteras empíricas informaron que el entrenamiento había elevado su posición en las comunidades y se las consultaba a menudo sobre métodos anticonceptivos.

Haití

De un tiempo a esta parte en Haití se han realizado con éxito serios esfuerzos nacionales para capacitar a parteras tradicionales en ciertas funciones de salud materno-infantil. En la actualidad se las entrena también para distribuir anticonceptivos pero es demasiado pronto para evaluar los resultados.

En Haití rural unas 11 000 parteras tradicionales no capacitadas, conocidas como *matrones*, atienden más del 80% de los partos. Su función social de dar consejos y bienestar a la familia es tan importante como su papel médico de cortar el cordón umbilical y de retirar la placenta en forma adecuada, lo que es objeto de significativo ritual. Aunque las *matrones* tradicionalmente no desempeñaban un papel en la atención prenatal y no prestan ayuda física en el trabajo de parto se las considera como las educadoras más valiosas de las madres en el período posnatal inmediato.

Para disminuir la mortalidad infantil y materna y especialmente para eliminar la prevalencia del tétanos neonatal, el Minis-

terio de Salud Pública y de Población de Haití realizó cursos de capacitación para *matrones* en prácticas sanitarias del parto, de 1949 a 1955. En 1972 las investigaciones realizadas en el Hospital Albert Schweitzer, en Deschapelles, Haití, demostraron que este programa a nivel nacional había reducido la tasa de tétanos neonatal de 262 por 1 000 nacidos vivos (1940-1948) a 221 por 1 000 (1949-1955). El Hospital Schweitzer mantuvo su propio programa de adiestramiento desde 1956 en un área de estudio compuesta por 23 aldeas y continuó estimulando a las *matrones* para que remitieran a los padres al hospital con objeto de que le cortaran el cordón umbilical al hijo y recibieran tratamiento para el tétanos; asimismo instó a todas las madres a que se inmunizaran contra esta enfermedad. En 1972 la campaña de inmunización del hospital, con la asistencia de las *matrones*, había tenido un éxito total en la eliminación del tétanos neonatal como causa de mortalidad infantil en el área del proyecto.

Impresionado con estos resultados el Ministerio de Salud restableció su programa nacional en 1976 y emprendió la capacitación de 1 000 *matrones* por año. La idea es utilizar a estas practicantes para difundir información más precisa sobre salud pública y ampliar los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar. Las *matrones* aconsejan, diagnostican, atienden partos, estimulan a las mujeres embarazadas a adoptar la anticoncepción después del parto, las ayudan a usar el método elegido y promueven la inmunización de los niños pequeños contra diversas enfermedades.

Los obstáculos principales para iniciar los esfuerzos de planificación familiar consisten en problemas comunes a muchos programas de desarrollo, demoras de organización y dificultades de ajuste para proporcionar los suministros, la supervisión y el seguimiento. A pesar del fuerte apoyo del Ministerio de Salud, el tipo de red que se requiere para respaldar a las *matrones* aún no es completamente funcional.

Nicaragua

Antes de 1979 Nicaragua había empezado a sustituir paulatinamente su programa de planificación familiar urbano basado en las clínicas, por uno rural basado en la distribución comunitaria de anticonceptivos que involucraba a las parteras empíricas o tradicionales. Las parteras empíricas capacitadas compraban anticonceptivos y algunas medicinas a precios subvencionados y luego se los vendían a sus clientes.

En noviembre de 1976 el Ministerio de Salud Pública inició un programa nacional destinado a capacitar a 1 800 parteras empíricas para distribuir anticonceptivos orales y condones a la población rural. Las parteras, que atienden dos tercios de los partos en las zonas rurales, fueron seleccionadas como distribuidoras básicas de anticonceptivos debido a que las clínicas urbanas no cubrían el grueso de la población, que es rural. Además existen muchas barreras culturales entre los servicios basados en las clínicas y orientados hacia el médico, y la población rural. Una encuesta llevada a cabo en el verano de 1977 encontró que solo el 16% de las mujeres entrevistadas había acudido a una clínica en busca de servicios prenatales, posparto o de salud infantil, pero el 89% expresó que utilizarían los servicios de salud infantil y 68% los de planificación familiar, si estos estuvieran a cargo de parteras empíricas.

En un curso de entrenamiento de cinco días las parteras empíricas aprendieron a usar un equipo sencillo de salud, el cual contenía 60 ciclos de anticonceptivos orales, 100 condones, Oralte (tabletas para rehidratación), Medendazole (tabletas antiparasitarias), vitaminas, aspirinas y artículos para obstetricia. Después del adiestramiento las parteras vendían los productos de consumo a precios subvencionados en sus comunidades. Para reabastecerse volvían al centro de salud y compraban nuevos suministros a precios reducidos.

En diciembre de 1978 se habían capacitado 768 parteras empíricas en 47 cursos. Los registros incompletos muestran que 497 regresaron por lo menos una vez en busca de reabastecimiento. La distribución anual de suministros, hecha por cada una de estas mujeres, alcanzó un promedio de 450 píldoras de vitaminas, 330 aspirinas, 52 tabletas de Medendazole, 23 ciclos de anticonceptivos orales, 23 condones, y menos de nueve envases de Oralyte. El programa tuvo un impacto en el uso de anticonceptivos. En menos de dos años el empleo de anticonceptivos orales por mujer casada dentro del área del proyecto casi se duplicó elevándose del 4,4 al 8,3%, aunque la cifra absoluta de usuarias permaneció baja. Sin embargo, el uso del condón siguió siendo insignificante.

Las evaluaciones iniciales indicaron varios problemas: solo el 65% de las parteras adiestradas volvieron para obtener nuevos suministros, lo que sugiere que se había capacitado a una gran cantidad de candidatas inadecuadas o inactivas; esto hizo que el costo del adiestramiento por partera activa resultara más alto de lo calculado. El entrenamiento de las parteras no alteró su actuación básica; continuaron esperando que las clientes recurrieran a ellas en lugar de visitarlas en sus casas para persuadir a las parejas a que usaran anticonceptivos. Esto limitó la cantidad de aceptantes; además, la magnitud del programa y el escaso número de personal de supervisión dificultaron el control y la evaluación del proyecto. Solo una enfermera y cuatro asistentes eran responsables de la capacitación y supervisión de las 768 parteras empíricas adiestradas.

El Salvador

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador ha estado tratando de mejorar la función y la efectividad de las parteras tradicionales y de involucrarlas en

los programas de salud rural y en la promoción de la planificación familiar. Aunque está disminuyendo la cantidad de parteras tradicionales, llamadas parteras empíricas, matronas y naturales, se estima que todavía atienden tres cuartas partes del total de nacimientos. Al contrario de las parteras empíricas de otros países de América Latina, la partera salvadoreña no goza de un gran prestigio, su trabajo tiene poco contenido ritual y sus actividades son limitadas. No obstante, se estima que las más aptas poseen valentía, fortaleza emocional, compasión y fuerza física.

En 1965 el Ministerio de Salud Pública de El Salvador inició un programa de capacitación en salud maternoinfantil para parteras empíricas, mediante el cual se ha adiestrado a más de 1 900 en cursos de 10 días. En una encuesta llevada a cabo en 1977, tres cuartas partes de las amas de casa entrevistadas expresaron que les gustaría contar con parteras capacitadas en planificación familiar ya que estas eran más accesibles que el puesto de salud, no solo desde un punto de vista geográfico sino en términos de intimidad y confianza. Con todo, las propias parteras no reaccionaron en forma muy entusiasta ante la planificación familiar moderna. Las parteras jóvenes eran mejores candidatas para el trabajo de planificación familiar que las de más edad.

El papel de las parteras empíricas en planificación familiar ha sido sobre todo de educación y remisión. Un proyecto piloto iniciado en julio de 1979 incluye distribución de anticonceptivos orales y condones.

Colombia

Desde 1977 Colombia tiene un programa nacional de capacitación de parteras empíricas alfabetas y ya inició un programa de salud maternoinfantil y planificación familiar para parteras analfabetas, organizado con la asistencia de World

Education. Las parteras empíricas que practican en Colombia, en un número estimado de 15 000, atienden el 60% de los nacimientos. Se ensayaron proyectos piloto de entrenamiento en 1954 y 1956, pero ninguno se amplió al ámbito nacional. En 1977 se organizó un programa nacional para capacitar a las parteras empíricas alfabetas (cerca del 35% del total). En 1978 se había entrenado a 1 000 de ellas y se les había entregado equipos de partería. En la actualidad trabajan bajo la supervisión de auxiliares de enfermería.

En 1979 el Ministerio de Salud solicitó a World Education que estableciera un programa para parteras empíricas analfabetas utilizando nuevos métodos y materiales de enseñanza preparados especialmente. Los planificadores esperan que si el programa tiene éxito puede aplicarse en todo Colombia y en otros países de América Latina.

República Dominicana, Ecuador y Honduras

La República Dominicana capacitó a 1 000 parteras empíricas en salud materno-infantil y planificación familiar desde 1970. Un nuevo programa, auspiciado por CONAPOFA (Consejo Nacional de Población y Familia) también tiene como objetivos aumentar las actividades de la partera en educación y remisión para planificación familiar.

Ecuador preparó aproximadamente a 600 comadronas en salud materno-infantil, educación y remisión de planificación familiar desde 1975. El programa, creado con la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud, es de nivel nacional con énfasis en las zonas rurales y capacita a 100 parteras por año.

Honduras empezó en 1976 un programa nacional para entrenar parteras empíricas en salud materno-infantil, así como en educación y remisión para plani-

ficación familiar, y en 1978 el programa se amplió para incluir la distribución de anticonceptivos orales y condones. Se prepararon cerca de 2 800 parteras. El curso, de una semana de duración más sesiones mensuales de actualización, paga a las parteras US\$ 3,00 al día por su participación y les entrega equipos de partería al graduarse. Las auxiliares de enfermería supervisan a las parteras y reabastecen sus equipos, pero en la práctica este reabastecimiento ha demostrado ser difícil y la supervisión ha sido irregular.

Problemas

A pesar de la variedad de programas de planificación familiar que involucran a las parteras tradicionales, todos enfrentan ciertos problemas básicos. La mayoría de ellos, como el apoyo político, la capacitación y la supervisión, son comunes a todos los proyectos de desarrollo basados en la comunidad; pero otros, como la selección de las parteras tradicionales que se van a capacitar y las técnicas específicas adecuadas para el adiestramiento y la supervisión, pueden ser solo pertinentes a los programas de parteras tradicionales. Es probable que no exista una solución única para estos problemas que sea apropiada para todos los países, pero hay algunos enfoques que posiblemente sean más eficaces que otros, aún bajo condiciones diferentes. Los problemas básicos incluyen:

- 1) comprensión de los gobiernos y de los sistemas de salud, y apoyo a las parteras tradicionales

- 2) apoyo de la comunidad a los programas que involucran a las parteras tradicionales

- 3) tipos de responsabilidades y métodos de planificación familiar en que se involucrará a las parteras tradicionales

- 4) selección de las parteras tradicionales para su participación

5) capacitación de parteras tradicionales con objeto de que realicen actividades nuevas o modificadas

6) supervisión de las parteras tradicionales

7) remuneración de las parteras tradicionales

8) evaluación del rendimiento de las parteras tradicionales.

Cualquier conclusión que se obtenga en la actualidad sobre estos problemas será necesariamente tentativa debido a la falta de datos concretos. Se necesita con urgencia una evaluación más amplia para determinar en qué forma se pueden diseñar y ejecutar mejor los programas.

Apoyo del gobierno y de los servicios de salud

Los programas para capacitar y emplear a las parteras tradicionales en trabajos de planificación familiar dependen de manera considerable de las políticas de salud del gobierno, incluyendo aquellas que se relacionan con la situación legal y la aceptabilidad médica de las parteras tradicionales. Si se pone fuera de la ley a las parteras tradicionales y si no se les da la oportunidad de capacitación, entonces su colaboración con el personal de los centros gubernamentales de salud y los practicantes privados es difícil. El aislar a las parteras tradicionales del sector moderno de la salud o el colocarlas en forma abierta en el nivel más bajo de

un sistema médico estrictamente jerárquico, no las ha mantenido alejadas en la mayoría de los países de su trabajo tradicional de atender partos y practicar el arte de curar en las mujeres. Sin embargo, esa manera de tratarlas puede hacer más difícil obtener su participación, o aún su apoyo tácito a las nuevas iniciativas, como la planificación familiar, que puede ser fácilmente mal interpretada por las parteras tradicionales y considerada como una actividad dañina o competitiva. Por consiguiente, los primeros pasos deberían consistir en asegurar que las parteras tradicionales capacitadas puedan practicar legalmente y ser tratadas con respeto por los demás practicantes.

La cooperación informal entre las practicantes modernas, los centros gubernamentales de salud y las parteras tradicionales es bastante amplia en el campo de salud maternoinfantil, aunque es imposible hacer una medición cuantitativa de ella. No obstante, en la planificación familiar la experiencia sugiere que se necesita la aprobación y el respaldo del gobierno, especialmente si las parteras tradicionales habrán de distribuir anticonceptivos orales en forma directa a sus clientes. Aunque existen algunos proyectos privados, no gubernamentales, la mayoría de ellos cuentan con respaldo gubernamental respecto a sistemas de capacitación, licencias, supervisión, abastecimiento y pago, como también cuentan con las clínicas para manejar los efectos secundarios y las complicaciones derivadas del uso de anticonceptivos.

EVALUACION DE JUEGOS DE REACTIVOS UTILIZADOS EN LABORATORIOS CLINICOS CON POCOS RECURSOS

Uno de los problemas más difíciles que se plantean en los sistemas de salud es determinar cuáles son los productos comerciales de diagnóstico de calidad adecuada, o bien, proporcionar la asesoría necesaria

a los laboratorios de salud que prefieran realizar una evaluación propia de productos adecuados a sus necesidades. Estos laboratorios con frecuencia dependen de manuales sencillos de procedimientos que