
◆ **Investigaciones sobre
problemas educativos y sociedad** ◆



Coordinadores :

Beatriz Herrera Guzmán

Ma. de Lourdes Salas Luévano

Marco Antonio Salas Luévano

Investigaciones sobre problemas educativos y sociedad

Coordinadores:

Beatriz Herrera Guzmán,
Ma. De Lourdes Salas Luévano,
Marco Antonio Salas Luévano.

Cuidado de la edición:

Óscar Domínguez Caldera
Editorial Rey Chanate
Departamento Editorial UAZ

Imagen y diseño de portada:

Óscar Edgar López

Primera edición digital: otoño 2018

ISBN: 978-607-8368-86-0

Impreso y hecho en México

Universidad Autónoma de Zacatecas
“Francisco García Salinas”

Departamento Editorial UAZ
Torre de Rectoría, 3er piso,
Campus UAZ Siglo XXI,
Carretera Zacatecas-Guadalajara, km. 6,
Colonia Ejido La Escondida
C.P. 98000, Zacatecas, Zacatecas.
investigaciónyosgrado@uaz.edu.mx

Se prohíbe la reproducción parcial o total de esta obra
en ningún medio electrónico o mecánico, sin la autorización
de la institución editora.

Educación para el parto: una asignatura pendiente en el sistema sanitario mexicano

- **María Dolores García Sánchez.**
- **Georgina Lozano Razo**
- **Javier Zavala Rayas**

Resumen

La educación para la salud se puede entender como aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinada a facilitar a la población la adopción y mantenimiento de comportamientos y estilos de vida saludables. Una parte importante de la educación para la salud es la salud reproductiva, en la cual se aprecian cinco aspectos fundamentales: 1) mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; 2) ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; 3) eliminar los abortos peligrosos; 4) combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y 5) promover la salud sexual. De dichos aspectos nos interesa realizar una reflexión crítica sobre el primero. Si bien es cierto que los avances de la medicina han permitido mejorar la atención obstétrica y del recién nacido, su impacto aún sigue siendo deficiente. Esto se ve reflejado en el uso y abuso de los nacimientos por cesárea y la disminución del tiempo de la lactancia materna, por citar algunos. Lo anterior nos lleva a cuestionar las normas mexicanas sobre la salud reproductiva y los distintos problemas que se generan, a partir de la ausencia de programas de educación para el parto dentro de las mismas instituciones de salud.

Palabras clave: Educación, salud, parto

Educación para la salud. El por qué y para qué.



Los procesos de salud y enfermedad han tenido distintas explicaciones a la largo de la historia. Antes del siglo XVIII el modelo dominante fue el mágico-religioso, siendo la enfermedad atribuida a fuerzas sobrenaturales, y no fue sino hasta el siglo XIX, gracias a los avances de la bacteriología y la invención del microscopio, que hace su aparición el modelo biomédico, siendo las causas de las enfermedades transmisibles los virus y bacterias. Sin embargo, pronto se

reconoce que la enfermedad es multifactorial, en donde otros factores entran en juego, como por ejemplo las condiciones sanitarias deficientes o las carencias nutricionales que pueden favorecer la aparición y gravedad de los padecimientos. Bajo esta última perspectiva hará su aparición el modelo biopsicosocial, en donde ya no sólo son tomados en cuenta los aspectos físicos y biológicos en torno a la enfermedad, sino también los psicológicos y los sociales. Para el caso de las enfermedades crónicas, el modelo biomédico fue rebasado, debido a que estas enfermedades están determinadas por factores conductuales y como afirma Broskowski (1981 como se citó en Oblitas, 2006) “es ampliamente aceptado que el 60 al 70% de las visitas a los cuidados médicos primarios son por razones de naturaleza conductual” (p. 30). En las últimas tres décadas se han ido incorporando otras perspectivas para comprender los procesos de salud-enfermedad, como lo son los factores sociales, políticos, económicos y antropológicos. Dentro de esta dimensión más compleja e integral cobra relevancia la educación para la salud, misma que ha sido entendida por algunos autores como “un proceso cuyas dimensiones intelectual, psicológica y social se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario” (Oblitas, 2006, p. 29). Otra definición es la que propone Gordon (como se citó en Perea, 2001) “la educación para la salud se puede entender como aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinada a facilitar a la población la adopción y mantenimiento de comportamientos y estilos de vida saludables” (p.27). Ambas definiciones se complementan, en la medida que tienen en cuenta el proceso de aprendizaje para que las personas ejerzan su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio autocuidado. Dentro de este esquema educacional un aspecto de vital importancia es la salud reproductiva.

Salud reproductiva

De acuerdo con Rico, Feinholz y del Río (2003) dentro de los procesos reproductivos se han privilegiado dos perspectivas: 1) la biomédica que aborda la patología y la atención médica, y 2) la demográfica que resalta la fecundidad como componente del proceso vital de la reproducción. Reflejo de ello son los programas de control de la natalidad en los años setenta, la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1974 y los programas de planificación familiar. Para estas autoras, ambas perspectivas son estrechas y limitadas, además de tener un trasfondo político que afortunadamente poco a poco se ha ido modificando. Lo anterior gracias a las políticas públicas internacionales que incluyeron los derechos humanos.

Se estableció una visión de la mujer, ya no sólo como un vehículo exclusivo para la planificación familiar y como responsable de la salud de los hijos, sino como el centro de las políticas de salud, —con atención a su

salud más integral— y como sujeto de derechos humanos, sexuales y reproductivos (Rico, Feinholz y del Río, 2003, p.185).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) entiende la salud reproductiva como la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, gocen de plena capacidad para reproducirse, lo que incluye decidir con libertad si quieren reproducirse o no; cuándo y cuán a menudo hacerlo, y tengan acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para que el resultado de los embarazos sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del infante.

De acuerdo con Izquierdo (2013) hay cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual: 1) mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; 2) ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; 3) eliminar los abortos peligrosos; 4) combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y 5) promover la salud sexual. De todos los aspectos antes mencionados en particular nos abocaremos al primero. A pesar de los grandes avances de la medicina, que han mejorado sustancialmente la atención al embarazo, parto y post parto y a los derechos de todas las mujeres a recibir una atención de calidad, su impacto sigue siendo aún deficiente.

Normas mexicanas de atención al parto y sus paradojas

Al revisar la norma mexicana denominada NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (Diario Oficial de la Federación, 2016), se incorpora dentro de uno de sus objetivos el fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; lo que implica impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente en la reducción de la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. También se va a enfatizar sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto. Como bien se señala en esta norma dichas acciones tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. Va a estar dirigida al personal de salud de toda la república mexicana de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y cuyo objetivo es establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. En particular en el apartado 5.5 Atención del parto en su primer sub-apartado 5.5.1 se afirma lo siguiente:

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo (Diario Oficial de la Federación, 2016, p.15)

Como se puede observar en dicha norma, la perspectiva no solo es meramente biomédica, sino que también está sujeta a contradicciones al pretender “fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente” desde un enfoque vertical médico-paciente, en donde en ningún momento dicha “participación” se circunscribe a un modelo educacional. La norma se vuelve una paradoja al tratar de reducir la mortalidad materna y el índice de cesáreas, así como el aumento de la lactancia materna, a través de una supuesta “participación activa” por parte de las mujeres que el mismo sistema de salud mexicano no promueve. Cuando el médico es quien conduce el parto e interviene con medicalización y cirugías, lo que vemos es una participación pasiva de la mujer. Como bien señala Pozzio (2013) hay ciertos procedimientos técnicos de rutina que no sólo no son necesarios, sino que además no muestran efectos positivos. Entre estos, destacan el rasurado del pubis, el enema, las episiotomías de rutina y las revisiones de cavidad uterina previas al parto e incluso la posición durante el desarrollo del mismo. La misma autora antes señalada, refiere que la posición vertical existía en distintas culturas, hasta que hizo su aparición la medicina científica en el siglo XIX y entonces se privilegió la posición horizontal, sin ninguna justificación más que la comodidad para el médico.

En México ya suele hablarse de una epidemia de cesáreas, sobre todo si se tiene en cuenta que el consenso mundial establece que la tasa de cesáreas debe oscilar entre el 10 y 15% de todas las gestaciones que llegan a término. De acuerdo con Pérez (2017), de los 35 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México se encuentra en el primer lugar en Latinoamérica, con 45,2 cesáreas por cada 100 nacimientos en 2013, seguido por Chile con 44,7 por cada 100 nacimientos. Por otra parte se ha observado que la mortalidad materna y neonatal disminuye cuando la tasa de cesáreas se encuentra por debajo

del 10%.

Muchas de las cesáreas que se practican son innecesarias y su aumento en los últimos años tiene serias repercusiones a distintos niveles, por ejemplo: costos hospitalarios, incremento en días de hospitalización, uso de medicamentos y aumento de la morbilidad materna (Zupancic, 2008). Para el caso de cesáreas electivas o programadas se ha asociado al síndrome de dificultad respiratoria en el neonato, debido a la ausencia de trabajo de parto (Jonguitud, 2011).

En torno a las variables asociadas al incremento en los últimos años de la práctica de la cesárea, diversos estudios realizados en México, demuestran que no existen evidencias de índole ginecoobstétrica que justifiquen tal incremento. Por el contrario, las variables asociadas a esta “epidemia” son más de carácter sociodemográfico, psicosocial e incluso con el ejercicio de la práctica médica. Por ejemplo en el estudio realizado por Suárez, et al. (2013) hallaron que había más probabilidad de practicar una cesárea en instituciones privadas, en mujeres primíparas menores de 20 años y de 35 años o más, así como un nivel socioeconómico alto. En relación con la práctica médica se han identificado las siguientes variables: ser médico especialista en ginecología, los años de experiencia, que el médico sea varón y su actitud hacia la cesárea (Gómez, 2004; González, Vega y Cabrera, 2011; Vallejos, Espino, Ruiz y Durán, 2011). Dentro de los factores psicosociales se ha identificado la ausencia de una instructora durante el trabajo de parto (Campero, et al., 2007).

Educación para el parto: un reto posible

La mayor parte de las investigaciones en torno a la salud reproductiva y en particular a lo que atañe al embarazo, parto y postparto, señalan la necesidad de intervenir en educación para la salud. De esta manera González, et al. (2011) afirman lo siguiente:

La intervención en la educación para la salud hace que ésta deba contemplarse como un esfuerzo científico que acarreará apoyos sustantivos en la búsqueda y resolución de los problemas de salud reproductiva. Además cuenta con la facilidad de que no requiere de alta tecnología que limitaría las facilidades y oportunidades de su implementación y desarrollo (p. 143).

A pesar de la abundante literatura en torno a los beneficios de la educación para el parto: Reducción de la mor-

bilidad y mortalidad materna y perinatal (Solís y Morales, 2012); disminución de la tasa de cesáreas (Soto, et al. 2006); inicio precoz de la lactancia materna y su mantenimiento (Martínez y delgado, 2013), en nuestro país aún no contamos con programas de psicoprofilaxis perinatal como parte de los servicios de salud, excepto el Hospital General Primero de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de México, que desde 1981 a la fecha brinda este servicio. Si una mujer quiere aprender y prepararse para su parto tiene que acudir a instancias privadas para ello y no todas las mujeres tienen po-

sibilidades de costearse un curso de este tipo.

Lo que aquí proponemos es que la educación para el parto debe ser un derecho de todas las mujeres y ofrecerse en el propio sistema sanitario, que coadyuve a la salud reproductiva. Lo que implica en principio la formación de recursos humanos bajo este enfoque en los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y todos aquellos profesionales involucrados en la salud de la mujer. Consideramos que el reto sí es posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Campero, L., Hernández, B., Leyva, A., Estrada, F., Osborne, J. y Morales, S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 49(2), 118-125.
- Diario Oficial de la Federación. (2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
- Gómez, O. (2004). El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). *Salud Pública de México*, 46(1), 71-74.
- González, G., Vega, M. y Cabrera, C. (2011). *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*. México: Universidad de Guadalajara. Centro universitario de ciencias de la salud.
- Izquierdo, A. (2013). Salud sexual y reproductiva. *Revista cubana de enfermería*, 29(1), 1-2.
- Jonguitud, A. (2011). Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 79(4), 206-213.
- Martínez, J. y Delgado, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254-257.
- Oblitas, G.L. (2006). *Psicología de la salud*. (2ª. ed.). México, D.F.: Plaza y Valdéz.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Salud Reproductiva*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/eb113/

seb11315a1.pdf

Perea, Q.R. (2001). La educación para salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI* (4), 15-40.

Pérez, R. (2017). *Epidemia de cesáreas en México: factores de riesgo a considerar*. Recuperado de https://espanol.medscape.com/verarticulo/5901403_print

Pozzio, M. (2013). Una propuesta de “parto humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

Rico, B., Feinholz, D. y Del Río, A. (2003). Salud reproductiva y políticas públicas: avances y asignaturas pendientes. En M. Bronfman y C. Denman /Eds.). *Salud reproductiva*. Morelos, México: Instituto nacional de salud pública.

Solis, H. y Morales, S. (abril-junio, 2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Médico*, 12(2), 49-52.

Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M., Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2), 98-103.

Suárez, L., Campero, L., De la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M., Walker, D., y Lazcano, E. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*, 55, Supl.2, S225-S234.

Vallejos, A., Espino, S., Ruiz, J. y Durán, L. (octubre-diciembre, 2011). Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento. *Perinatología y reproducción humana*, 25(4), 212-218.

Zupancic, J.A. (2008). The economics of elective cesarean section. *Clinics in Perinatology*. 35, 591-599.