

24: 8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

PARIRAS CON ALEGRIA.... UN ESTUDIO SOBRE
LA PERSISTENCIA DE LAS PARTERAS
TRADICIONALES EN MEXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A ;

ANA MARIA CARRILLO FARGA



MEXICO, D. F.

1988



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 está 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.

Índice

Introducción	p. I
Capítulo I	
Y el hombre dijo "¡Háganse las salas de parto!"... Medicaliza- ción del nacimiento	p. 2
Capítulo II	
Los pobres ponen más muertos... Sociedad y salud; el caso de Mé- xico	p. 26
Capítulo III	
A pesar de los poseedores de la verdad... Persistencia de la de- nominada medicina tradicional	p. 65
Capítulo IV	
¿Brujas o médicas?... Las parteras tradicionales en el México de ayer y de hoy	p. 85
Capítulo V	
Como el fruto que cae del árbol... Comparación entre la aten- ción al parto y al recién nacido en la medicina oficial y la me- dicina tradicional mexicanas	p. 112
Capítulo VI	
Los que saben y las que necesitan aprender... Políticas naciona- les e internacionales en relación a las parteras empíricas	p. 139
Un paso adelante, dos pasos atrás... A manera de conclusiones	p. 170
Bibliografía	p. 180

Introducción

La ya larga historia de la lucha contra las parteras tradicionales es parte de la lucha de clases y de la lucha entre sexos. Persiguiéndolas se ha pretendido acabar con el poder popular y femenino- que sus habilidades y práctica les confiere.

Hoy -como en el siglo XIX- se les censura en nombre de la ciencia, pero, en realidad, hubieron intentos de exterminar su práctica desde antes del surgimiento de la ciencia misma.

Cuando la medicina estaba naciendo como profesión se afirmaba que las parteras empíricas eran sucias e ignorantes; alejadas de la objetividad y la rigurosidad científica. Sin embargo, a las parteras medievales se les había llevado a la tortura y la hoguera precisamente por la causa contraria: por confiar en sus sentidos, por experimentar y buscar causas en una época en que Dios era la explicación de todas las cosas.

Acción más reciente para exterminarlas ha sido el desconocimiento de su práctica milenaria por parte del estado, las universidades y la profesión médica.

A pesar de lo anterior, según la OMS las parteras tradicionales siguen atendiendo alrededor de dos terceras partes de los partos en los países subdesarrollados, y con cada vez mayor frecuencia atienden a las parturientas en los países industrializados.

Entender por qué a pesar de haber sido perseguidas, y de los avances técnicos y científicos de la ginecología moderna, un gran número de mujeres parece preferir a las parteras em

píricas, fue el problema del cual partió esta investigación documental.

El objetivo general de la misma fue analizar los aspectos positivos de la práctica de las parteras tradicionales mexicanas, de modo que no sólo pudiera entenderse la persistencia de dicha práctica, sino que se viera que ésta podía hacer una valiosa contribución a la obstetricia moderna.

Se consideró que el fenómeno de la partería en el país no podía entenderse sin hacer una breve reseña de la práctica de las parteras en el resto del mundo.

Asimismo se pensó que en el caso de México debía hacerse una revisión general de las condiciones de salud de la población, así como de las políticas de salud que el estado ha promovido, concluyendo con la política de extensión de cobertura.

De ahí se decidió pasar al análisis de la medicina tradicional, para desembocar en la práctica de las parteras empíricas.

Se hizo también una breve relación de la evolución de las parteras desde la época prehispánica hasta el México de nuestros días.

Luego se compararon las prácticas obstétricas tradicionales y hospitalaria.

Finalmente se concluyó con un examen de las políticas internacionales y especialmente nacionales en relación a estas agentes de salud.

Así pues, los objetivos específicos de la investigación

fueron:

-Situat históricamente el proceso de la medicalización del nacimiento.

-Describir la situación económica, política y social de México y sus efectos en la salud de la población.

-Observar la persistencia de la medicina tradicional y proponer una explicación a la misma.

-Rescatar algunos aspectos de la historia de las parteras tradicionales en México, desde la época prehispánica hasta nuestros días.

-Comparar la atención al parto y al recién nacido entre la oficial y la medicina tradicional.

-Hacer una crítica de las políticas nacionales e internacionales en relación a las parteras empíricas.

A cada uno de estos objetivos correspondió una hipótesis. Planteamos que de ser éstas ciertas:

-En los países desarrollados el parto fue transformado desde el siglo XVIII y con más énfasis a partir del siglo pasado, de un evento social en un fenómeno médico, lo que ayudó a prevenir y solucionar problemas asociados a él, pero también lo deshumanizó.

-El subdesarrollo económico, político y social de México explica el subdesarrollo de la salud en este país, el que a su vez permite entender las políticas del estado en materia de salud, como la actual política de extensión de cobertura que incluye el respeto a la denominada medicina tradicional.

-La medicina tradicional no ha persistido sólo por la falta de cobertura de la población por los servicios organizados de salud, sino fundamentalmente porque es una forma de resistencia cultural de los grupos que la practican y responde a sus valores y creencias.

-Actualmente el grupo más numeroso dentro de la medicina tradicional mexicana y el que ha mostrado mayor capacidad de permanencia es el de las parteras empíricas, herederas de las parteras mesoamericanas.

-Lo anterior se explica, entre otras razones, porque su práctica tiene a la salud como eje, a diferencia de la obstetricia moderna que trata al parto como una enfermedad.

-Las políticas internacionales y nacionales que se han desarrollado hasta la fecha adolecen de varios defectos, siendo uno de los más importantes el ver a las parteras como sujetos a aprender, sin tomar en cuenta sus conocimientos y experiencias.

Consideramos que esta investigación documental podía ser importante pues en México no se han estudiado suficientemente los aspectos positivos de la práctica de las parteras tradicionales, que habría que revalorar, tanto para que la medicina moderna no los contaminara, como para que pudiera aprender de ellos.

Creemos que este estudio podía dar lugar a investigaciones -documentales y sobre todo empíricas- posteriores más profundas que, a su vez, tendrían quizá la posibilidad de influir en las políticas de atención al parto y al recién nacido.

Pensamos también que era válida como tesis de sociología, puesto que en la permanencia de las parteras tradicionales en México influyen -y esto es precisamente lo que nos propusimos mostrar- una serie de factores sociales, económicos y culturales, y está relacionada con las condiciones de vida de un amplio sector de mujeres mexicanas, con la medicalización de la vida cotidiana y con los servicios hospitalarios, entre otros aspectos.

Esta investigación queda entonces enmarcada dentro del campo de la sociología médica, es decir el campo que entiende que el hombre es un ser biopsicosocial, y que utiliza la metodología de las ciencias sociales para analizar aquellos fenómenos donde condiciones económico-sociales y salud-enfermedad o práctica médica se entrelazan de alguna manera, y comprender así problemas que con el solo enfoque médico no podrían ser explicados.

En la presente investigación documental encontramos que:

I

La medicina es tan antigua como el hombre. Quienes investigan sobre sus orígenes suponen que la mujer cumplió siempre funciones de atención a la salud por su estrecha relación con los hijos, y que extendió sus servicios a otras mujeres, especialmente durante la procreación.

Estas funciones fueron especializándose, por lo que surgió la partera, pero los procesos del embarazo y el parto se siguieron viendo por milenios como parte del comportamiento social.

También durante miles de años y en casi todo el mundo, la función de las parteras se valoró grandemente hasta que, en la Edad Media, fueron acusadas de brujería, torturadas y asesinadas.

Mientras el pueblo las llamaba "mujeres sabias", para las autoridades eran "charlatanas". Kramer y Sprenger, los cazadores de brujas, decían que nadie era tan dañino a la Iglesia como las parteras, y que especialmente las brujas que hacían el bien debían morir, porque lo hacían con la ayuda del demonio, de modo que a las parteras muchas veces se les acusaba de habilidades médicas y obstétricas.

Los conocimientos médicos significaban prestigio y éste, poder, por ello se persiguió a todos los médicos populares. La persecución de las parteras y curadoras en general, se explica en parte por la misma razón, y en parte por la actitud misógina de las autoridades, y como manifestación de la lucha por el poder entre el hombre y la mujer. No es casual que el 85% de los procesos de brujería se hayan seguido contra mujeres.

Era tanta la confianza de las mujeres en las parteras, que si bien en Europa casi se exterminó a los curadores populares desde el siglo XIV, tres siglos después las parteras seguían teniendo el control de los partos, incluso entre las mujeres de la clase dominante.

Con el advenimiento del capitalismo se acabaron también los procesos por brujería contra las parteras. Sin embargo, a partir del siglo XVIII la medicina oficial trató de apropiarse del 100 % de la práctica de atención al embarazo y al nacimien-

to, para lo cual empezó a tratar a estos procesos como fenómenos médicos, primero; patológicos, después, y a declarar ilegal la práctica de las parteras empíricas.

En los países capitalistas desarrollados se logró la medicalización casi total del nacimiento, no así en los países subdesarrollados, como México, donde la partería y la medicina tradicional en general habrían de sobrevivir a consecuencia de las características económicas, sociales y culturales de los mismos.

II

La situación de México como país subdesarrollado ha condicionado el subdesarrollo de la salud de su población pues, por ejemplo, para lograr la ampliación del pago de su deuda, se le ha exigido que restrinja el gasto social de salud, entre otros rubros; se ha establecido una nueva división internacional del trabajo por la que algunas de las industrias más desgastantes y contaminantes son trasladadas a este país, y se ha importado una tecnología costosa, que no es apropiada a las necesidades de la población.

Resultados del subdesarrollo y de la organización capitalista son la desnutrición, la escasez de vivienda, la falta de servicios públicos, la inflación, el desempleo y la contaminación ambiental, entre otros, los cuales, por supuesto, influyen en las condiciones colectivas de salud, con diferencias por clase social.

Se observan en el país como causas principales de morbilidad y mortalidad las enfermedades infecto-contagiosas y la des-

nutrición, teniendo cada vez un mayor peso las enfermedades propias del desarrollo.

Los servicios de salud en el país no han evolucionado de acuerdo a las necesidades de la población, sino a los requerimientos del mercado exterior capitalista, siendo las políticas en las que ha participado el estado las del sanitarismo, la seguridad social y la más reciente de extensión de cobertura, que empezó a promoverse a principios de los 70.

Esta política pretende ser una alternativa a la cara y sofisticada medicina hospitalaria, recurriendo a la participación comunitaria y formando promotores de salud, además de incorporar a los programas de atención primaria de salud a los diferentes curadores de la medicina tradicional.

II

La denominada medicina tradicional es aquella que fue producto, desde el siglo XVI, de sincretismos de la medicina europea y la medicina indígena, principalmente, y en menor medida de la medicina negra que llegó con los esclavos.

Esta medicina tradicional fue perseguida en la época colonial y también a lo largo del siglo XIX y principios del XX, a pesar de lo cual ha prevalecido como una alternativa a la medicina dominante, y es estructurada no sólo con relación a la enfermedad, sino en cuanto al mundo en general.

Hoy empieza a reconocerse que la medicina tradicional es muestra de la sabiduría del pueblo y de su capacidad de respuesta ante los problemas de salud-enfermedad, aunque, en general, sigue siendo excluida ideológica y jurídicamente.

Para la etnocentrista medicina formal es difícil aceptar a una medicina que concibe, previene, diagnostica, trata y hace el pronóstico de las enfermedades de acuerdo con una lógica que le es ajena, donde el hombre no puede verse ni dividido, ni aislado de la sociedad y el ambiente natural en el que vive.

La medicina tradicional tiene limitaciones. Por eso la medicina occidental penetra constantemente en lugares alejados. Por otro lado, a ésta se le hacen muchas críticas, lo que explica la imposibilidad de exterminar a la primera.

Existen varios tipos de médicos tradicionales, que realizan terapias con características religiosas, mágicas o técnicas. Dentro de estos últimos están las parteras que son, de todos los curadores tradicionales, el grupo más numeroso, el que presenta mayor resistencia a desaparecer y el que con más frecuencia ha sido reconocido por el estado.

IV

Las parteras actuales son herederas de las parteras mesoamericanas, las cuales cumplían funciones técnicas y rituales.

Con su trabajo -que era muy valorado socialmente- la obstetricia alcanzó un altísimo nivel. Sin embargo, a raíz de la conquista fueron denunciadas y juzgadas por el tribunal de la Santa Inquisición, así como por el clero regular y secular.

Su persecución no terminó con la caída del régimen colonial, sino que siguieron habiendo intentos por parte del estado y más tarde de la profesión médica de exterminar su práctica, lo cual no lograron, si bien la partera sí fundió su actividad

con prácticas cristianas, primero, y con otras de la medicina moderna, después.

Según los datos más recientes con que se cuenta, las parteras tradicionales atienden en México más del 70 % de los partos de todo el país, y más del 80 % de los nacimientos ocurridos en las zonas rurales, incluso entre mujeres que cuentan con seguridad social.

V

Al comparar la atención al parto y al recién nacido en la medicina oficial y la medicina tradicional mexicanas, se ve que en la primera se aísla a la mujer que va a dar a luz, no se le informa sobre la evolución de su trabajo de parto, se realizan con ella una serie de rutinas innecesarias y potencialmente dañinas como los tactos continuos, la inducción del trabajo de parto, la ruptura de las membranas fetales, el uso de analgésicos, el empleo de una posición antinatural y la separación forzada de madres e hijos, entre otros.

En la atención tradicional, por el contrario, las parteras permiten que la mujer dé a luz rodeada de familiares, y recurren a remedios y técnicas, de empleo delicado sí, pero que conocen y controlan bien desde hace siglos como los ocitócicos naturales, el baño del temazcal y las versiones externas del feto, además de que favorecen que las mujeres den a luz en cuclillas y no las separan de sus recién nacidos en cuanto éstos nacen. Que las mujeres de las comunidades recurran a ellas se explica por su cercanía, por el hecho de que comparten los mismos códigos, por su gran habilidad y experiencia y porque han con-

servado al proceso del nacimiento como un evento natural y social.

Claro que los avances de la ginec obstetricia moderna hacen hoy más seguros el embarazo y el parto para las mujeres con problemas, y reducen las posibilidades de mortalidad materno infantil, pero también provocan que se maneje al 100 % de los partos como si fueran complicados, y a las parturientas como si fueran pacientes enfermas.

Por otro lado, las parteras realizan también prácticas nocivas, algunas como resultado de costumbres ancestrales y otras por la influencia que sobre ellas han tenido los servicios modernos de salud, y no hacen uso de todos los recursos que aun en sus comunidades podrían aplicar.

VI

Actualmente existen programas nacionales e internacionales de capacitación de parteras empíricas. En México éstos empezaron a funcionar desde fines de los años 20 y, desde entonces, han impartido cursos para ellas la SSA, el IMSS, IMSS-COPLAMAR, el INI, el IMPI y CONAPO, entre otros organismos.

Los objetivos básicos de estos cursos son combatir las prácticas nocivas de las parteras tradicionales, enseñarles a identificar los partos complicados y canalizarlos a los hospitales, y emplearlas como recurso para promover la planificación familiar.

Entre algunos de los principales problemas de los cursos están: el hecho de que son verticales, es decir decididos por las autoridades, sin diálogo con la comunidad o sus terapeutas;

el que son impartidos por personal que no tiene experiencia en atención a partos. cuando, si algo tienen las parteras, es experiencia, y que, en general, se actúa en ellos con soberbia frente a las parteras tradicionales, ignorando el liderazgo que éstas ejercen en sus comunidades.

Hay quienes afirman que las parteras son responsables de la mortalidad materna y perinatal en las zonas rurales; para otros, gracias a que hay parteras no es mayor en estos lugares la mortalidad de parturientas y recién nacidos; una tercera posición, que se defiende en esta investigación, es que las altas tasas de mortalidad materna y perinatal del país no dependen del trabajo de las parteras, sino del hecho de que las condiciones de vida de muchas mujeres mexicanas no son mínimamente adecuadas.

Sería fundamental que los cursos valoraran la experiencia de las parteras y la contribución que pueden ellas hacer a la obstetricia moderna.

Según algunos expertos la preocupación no debiera centrarse en la integración de la partera tradicional al sistema moderno de prestación de servicios de salud, sino en encontrar la manera de ayudarla a realizar su trabajo con más eficacia, combatiendo sólo las prácticas realmente nocivas, e introduciendo únicamente aquello absolutamente indispensable para la seguridad de las parturientas.

No puede asegurarse si la práctica de las parteras tenderá a desaparecer o, como parecen indicar las tendencias nacionales e internacionales, podrá incluso fortalecerse. Lo más proba

bles que siga coexistiendo al lado de la atención hospitalaria al parto, quedando sin resolver la duda de si en una sociedad _ donde el poder económico y político está concentrado en una sola clase social, será posible una interrelación pacífica y no _ subordinada entre ambas prácticas.

En la investigación empleamos indistintamente los términos "partera tradicional" y "partera empírica" y entendimos por ellos a la persona -casi siempre del sexo femenino- que asiste a las mujeres a lo largo del embarazo, en el momento del parto y durante el puerperio con habilidades médicas, consejos, ayuda _ en tareas domésticas y realización de rezos y rituales, que atiende, asimismo, al recién nacido y ha adquirido sus conocimientos y destrezas conduciendo ella misma partos o trabajando _ con otras parteras tradicionales.

Si bien hablamos de "medicinas": la medicina occidental y la medicina tradicional, lo hicimos con fines prácticos. En realidad creemos que una cosa es la medicina y otra son las terapias empleadas para contrarrestar y atacar a la enfermedad. _ Coincidimos entonces con diversos autores (Boltanski, por ejemplo) que sostienen que hay una sola medicina pero tantos conceptos y procedimientos terapéuticos como culturas existen.

A la "Medicina occidental", conocida también como "oficial", "alópata", "científica", "hospitalaria", "moderna", la denominamos "hegemónica" a la manera de Menéndez, porque es la que ha sido respaldada por el estado e incorporada al sistema de seguridad social, así como porque ha intentado excluir a cualquier otra terapia tanto desde el punto de vista jurídico, _

como desde el ideológico.

Empleamos el término "medicina tradicional" principalmente porque es el más aceptado para designar a los sistemas de atención emanados del pueblo, y porque indica que hay una forma de curar -o de tratar un proceso fisiológico, en el caso de las parteras- que existe por debajo de otra que está impuesta, y porque, como dice la OMS, es amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral, que ofrece soluciones ante la enfermedad, vinculadas a la cultura de la que se trata.

Cultura la entendimos simplemente como la suma de los tipos de vida, creencias, actitudes y formas de organización social comúnmente aceptados con los que una población intenta resolver sus problemas; como una forma de vivir en comunidad; como una actitud ante la sociedad, el hombre y la vida.

Cuando hablamos de medicalización pensamos en el proceso por el que la medicina empieza a actuar fuera de su campo tradicional, tratando de resolver problemas antes ajenos a ella, a través de servicios médicos. "Medicalización del nacimiento", por tanto, se vio como la intervención médica o intento de intervención médica en el embarazo, el parto y otros aspectos de la sexualidad, que pasan a ser formas de consumo terapéutico.

La limitación principal de este trabajo es, quizá, su carácter de investigación documental, que nos permite situar, describir, observar, rescatar, comparar, criticar, analizar y hasta sugerir, pero nunca hacer declaraciones concluyentes.

Su mayor aportación es, tal vez, el hacer confluír aspectos históricos, sociológicos, antropológicos y médicos, que dan

una visión de conjunto del fenómeno de la partería en México y del combate contra ella, no como una lucha entre la superstición y la ciencia, sino como una lucha por el poder en todas las áreas de la vida.

Todo pueblo primitivo tiene el mismo comienzo: El hombre caza y combate. La mujer se ingenia, imagina, engendra sueños y dioses. Cierta día es vidente: tiene las alas infinitas del deseo y del ensueño. Para contar mejor el tiempo, observa el cielo. Pero la tierra no está por ello menos en su corazón. Con los ojos bajos sobre las flores enamoradas, ella misma joven y flor, la mujer traba con las flores un conocimiento personal. Es mujer y les pide que curen a los que ella ama...

Esa misma mujer es la que 1000 años después es cazada como un animal salvaje, perseguida en las encrucijadas, execrada, despedazada, lapidada, sentada sobre carbones ardientes.

Jules Michelet. "El libro del satanismo y la brujería".

Capítulo I

Y el hombre dijo "¡Háganse las salas de parto!"... Medicalización del nacimiento

La mujer tiene el vientre prominente y no lo oculta; no esconde tampoco la plétora de su pechos, listos para la crianza del hijo por nacer. Las contracciones de su útero comienzan, y las mujeres mayores le indican que el momento del nacimiento ha llegado. Ella se dirige al bosque o al río; es muscularmente fuerte y fisiológicamente eficiente, de modo que si no se presenta algún problema, regresará más tarde con su hijo.

Es posible que así fuera el parto en la comunidad primitiva aunque, desde luego, por ser ésta una etapa prehistórica, la mayoría de las afirmaciones en torno a ella son, y quizá serán siempre, sólo hipótesis.

Tal vez la parturienta estuviera sola en esta labor, pero lo más probable es que una o varias mujeres se encontraran a su lado. Incluso entre ciertos primates unas hembras acompañan y ayudan a las primíparas o a las que tienen problemas en el nacimiento de sus crías.

Muchos autores coinciden en suponer que el arte de la parturienta es tan antiguo como la humanidad y que ha permitido nuestra supervivencia hasta el presente.¹ Sigerist sugiere que al princi

¹ Stewart, David. "Introducción" En: Elizabeth Davis, *A Guide to Midwifery*. Santa Fe, New Mexico. John Muir Publications. 1981. p. VI-VII.

pio la parturienta debió recibir ayuda de cualquier mujer, pero que luego ésta se fue transformando en una matrona profesional consultada en todos los casos relativos al sexo.²

Pero si bien todas las sociedades han tenido idea de cómo cuidar a la mujer durante el embarazo y el parto, éstos se han visto de diferente manera en las diversas épocas y culturas.

Coury describe las concepciones opuestas que en cuanto a estos procesos tienen los llamados pueblos primitivos actuales:

Para los indios cunnas de Panamá o los chaggas de Tanganica el embarazo es un período de angustia, y el parto un acto degradante; mientras que los navajos y los jaravas glorifican el nacimiento que es público y en el que hasta los niños son admitidos.

Los chaggas, ya mencionados, prohíben que la mujer se queje durante el trabajo de parto, pero los arandas o indios araucanos de Chile aceptan el dolor durante éste como algo normal; los objivas e ilas proporcionan a la mujer yerbas analgésicas; en la Tierra del Fuego o Patagonia se dan masajes en el vientre a la que sufre, y en el Himalaya y en Bolivia estos masajes abdominales, así como otros torácicos, se realizan al ritmo de las contracciones.

En la mayor parte de los pueblos de América, Oceanía y Oriente la parturienta recibe apoyo de sus allegados -esposo, ma

² Sigerist, Henry E. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá, Colombia. Guadalupe. 1974.

dre, suegra, amigos-. En Laos incluso se toca música para dis-
traerla. Sin embargo, entre los sirionos la mujer que va a dar
a luz no recibe apoyo ni físico, ni moral.

Hay grupos que esperan pacientemente el parto, y otros que
lo aceleran con ladrillos calientes en la espalda o con yerbas
ocitócicas, como los comanches y los bahayas del lago Victoria,
respectivamente.

Algo curioso sucede entre los maquirítars del alto Orino-
co y entre los indios del Amazonia donde la mujer da a luz dis-
cretamente, mientras el hombre finge el parto con quejas y gemi-
dos.³

Aunque todo esto sucede en el siglo XX, puede proporcionar
una idea de las concepciones y prácticas de otras épocas.

En muchas culturas han habido concepciones negativas en re-
lación al embarazo y al parto, pero también hay muestras de la im-
portancia que se daba a la sexualidad femenina como las represe-
ntaciones de deidades que son todo sexo; las estatuillas que se su-
pone estaban relacionadas con cultos a la fertilidad pues son sólo
femeninas y presentan marcados caracteres sexuales -embarazadas o
con niños en brazos,^{*4} y los hombres enterrados con conchas orna-

* Como las encontradas en Tlapacoya, asentamiento de uno de los más tempranos
grupos de la Cuenca de México.

³ Coury, Girod. "La medicina en los actuales pueblos primitivos". En Entralgo
L. (comp.) *Historia universal de la medicina*. Barcelona, España. Salvat. -
1972. P. 41-69.

⁴ Cevantes, María Antonieta. *Del nomadismo a los centros ceremoniales*. Méxi-
co. SEP-INAH. 1975.

mentales en la cabeza, las cuales representan los genitales femeninos, símbolo de las puertas de la vida.⁵

Las tablillas cuneiformes de Babilonia mencionan síntomas y tratamientos ginecológicos.⁶

No hay noticias directas de la forma de efectuar el parto en Mesopotamia, pero sí se sabe que Mama o Mamí era la diosa de las parteras invocada con el nombre de Belititê o dama de los dioses.⁷

En la medicina hebrea existía el tabú de las mujeres menstruantes desde el Talmud que relacionaba la limpieza física con la pureza espiritual,⁸ y había temor al nacimiento al que se asociaba con el dolor.⁹ También se hablaba de las comadronas como ayuda o consuelo durante el trabajo de parto.

De las primeras grandes culturas de la humanidad -Egipto, India, China y Mesoamérica-¹⁰ existen más testimonios históricos, que incluyen los documentos escritos.

En los papiros egipcios se describen las enfermedades ginecológicas que habían identificado, y la forma en que las trataban. El papiro más antiguo es el de Kahun que se refiere, justamente,

⁵ Sigerist. *Op. cit.*

⁶ *Ibid.*

⁷ Zaragoza, Juan. "La medicina de los pueblos mesopotámicos" En: Entralgo L. (comp.) *Op. cit.* p. 79-80.

⁸ Lyons, Petrucelli. *Historia de la medicina.* Barcelona, España. Doyma. 1982.

⁹ Dick-Read, Grantly. *Childbirth without Fear.* New York. Harper Colophon Books. 1972.

¹⁰ Palerm, Angel. *Introducción a la teoría etnológica.* México. Universidad Iberoamericana. 1967.

a las enfermedades de la mujer.

Para diagnosticar el embarazo, la embarazada orinaba sobre una mezcla de granos de trigo y cebada, dátiles y avena. Si germinaba el trigo pensaban que nacería un varón; si, por el contrario, germinaba la cebada creían que nacería una niña.¹¹

En cuanto a la posición para parir un relieve en el Cairo muestra a parturientas agachadas o arrodilladas.¹²

Los amuletos y la magia eran importantes. Se sabe que ninguna mujer egipcia iniciaba su trabajo de parto sin una estatuita de la diosa Thoeris, matrona especialista de los órganos femeninos;¹³ Hathor era dios del cielo y protector de las mujeres en el parto y embarazo,¹⁴ y pinturas murales de la Casa de los Muertos representan a la Mammis, también diosa protectora de las mujeres durante el embarazo y el parto.¹⁵

En el Egipto faraónico la ginecología y la obstetricia no figuraba dentro de las especialidades médicas pero el sexto volumen de la sección médica de la *Enciclopedia Hermetica* trataba exclusivamente de este tema, y las parteras eran reconocidas y respetadas.¹⁶

¹¹ Lyons, Petrucelli. *Op. cit.*

¹² Ghalioungui, Paul. "La medicina en el Egipto faraónico". En Entralgo, L. (comp.) *Op. cit.* p. 95-127.

¹³ Sigerist. *Op. cit.*

¹⁴ Lyons, Petrucelli. *Op. cit.*

¹⁵ Ghalioungui. *Op. cit.*

¹⁶ *Ibid.*

En India los Vedas o libros sagrados hablan de la mujer y de su sexualidad con profusión. El ayurveda -ciencia médica tradicional de la India- hace referencia a la fertilidad y describe minuciosamente los cuidados del parto y las precauciones que una mujer debía tomar durante el embarazo, entre las que estaba la calidad de su alimentación.¹⁷

Existían hospitales -maternidades entre ellos donde las mujeres permanecían durante el parto y el puerperio-, aunque no se sabe si eran sanitarios o de asistencia.

Eran las mujeres quienes atendían los partos empleando remedios entre los que estaban tizanas de yerbas.

Los textos médicos hablan de versiones externas que consisten en cambiar al feto a la presentación cefálica* por medio de maniobras realizadas en el vientre de la mujer preñada durante el último trimestre del embarazo.

Utilizaban fórceps y realizaban operaciones cesáreas con gran precisión, logrando que se salvaran tanto la madre como el niño. Si el feto o el embrión morían los desmembraban -embriotomía *in utero*- a través de la vagina, logrando salvar la vida de la madre.**

En la antigua China las afecciones de la mujer, así como

* De cabeza.

** Este procedimiento no fue practicado en Europa sino hasta el siglo XIX, y sólo por los más hábiles parteros.

¹⁷ Riviere, J. Roger. "La medicina de la antigua India". En Entralgo, L. (comp.) *Op. cit.* p. 129-157.

los procesos del embarazo y el parto se describieron en la obra _ de Chang Chong-King. En esa época los médicos escribían tratados de ginec obstetricia pero jamás asistían a un parto.

La obstetricia estuvo en manos de las comadronas durante mu- chos siglos.*¹⁸

La medicina griega pasó por varias etapas. En las primeras, los dioses jugaban un papel importante. Hera -mujer de Zeus- era protectora de las parturientas.¹⁹

En la Grecia antigua la función de la mujer variaba según _ la tribu. Entre los dorios de Esparta, tomaba parte activa en _ los ejercicios físicos y era adiestrada para ser madre de solda- dos; entre los jonios, en cambio, crecía en el hogar.

Los escritos hipocráticos que representan la culminación de la medicina helénica -cuatro o cinco siglos antes de nuestra era-, muestran una atención creciente por la mujer y sus enfermedades.²⁰

En general, la terapéutica de Hipócrates se basaba en ac- _ tuar sin interferir en el curso normal de las enfermedades, estu- diando a cada paciente en particular, observándolo todo, haciendo críticas a los tratamientos y ayudando a la naturaleza, confiando en las fuerzas del cuerpo. En cuanto al parto, por ello, prefe- _

* Del parto en Mesoamérica se hablará en el capítulo IV.

¹⁸ Huard, Pierre, Wong, Ming. "La medicina china". En Entralgo, L. (comp.) _ *Op. cit.* p. 159-195.

¹⁹ Lyons, Petruccelli. *Op. cit.*

²⁰ Sigerist. *Op. cit.*

rían la presentación cefálica y hacían versiones externas como en la India.²¹

La obstetricia entonces alcanzó un alto nivel y principios humanos. En Grecia, como en Asia Menor, se colocaba a los recién nacidos en la tierra, en señal de respeto y agradecimiento al lugar del que se consideraba procedían.

Aristóteles -alumno de Platón, quien fuera contemporáneo de Hipócrates- fue uno de los primeros pensadores que planteó la necesidad de cuidar la mente de la mujer que iba a tener un hijo,²² si bien la consideraba hombre incompleto y ser inferior.²³

Sorano de Éfeso -quizá al más grande ginecologista de su época- escribió alrededor del año 79 de nuestra era un tratado sobre obstetricia donde enfatizó la importancia de considerar los sentimientos de la mujer. Sorano no esperaba que el temor en el nacimiento se presentase a menos de que hubiese alguna anomalía. Sus escritos fueron recogidos por monjes, escondidos en los monasterios y pronto olvidados, para no ver la luz sino muchos siglos después.²⁴

En la Edad Media en que el conocimiento se puso al servicio de la Iglesia católica -principal señor feudal-, la carne y la mujer se consideraban impuros. La misma mujer había llegado a creer

²¹ Lyons, Petrucci. *Op. cit.*

²² Dick-Read. *Op. cit.*

²³ Sigerist. *Op. cit.*

²⁴ Dick-Read. *Op. cit.*

lo por lo que se torturaba durante el embarazo para que su vientre no se notara, se escondía para dar a luz,²⁵ y veía al nacimiento como resultado del pecado carnal que debía ser expiado por el sufrimiento al parir.

Si los hombres de la Grecia clásica habían considerado que el sexo era positivo y hasta recomendable, la Iglesia católica lo permitía sólo entre casados y para tener hijos. Orígenes decía que el acto sexual debía realizarse desapasionadamente,²⁶ y es que en la Europa medieval la Iglesia legislaba, prohibiéndolos, el sexo -ya se decía- fuera del matrimonio* y, además, el aborto, la anticoncepción y el uso de yerbas para aliviar el dolor durante el parto.²⁷

Desde esta época las parteras sufrieron una terrible persecución, y en los siglos XIV y XV fueron torturadas y quemadas vivas como brujas. Esto no sucedió sólo con las parteras, sino con todas las mujeres sanadoras,** lo que permitió que la profesión médica cobrara fuerza.²⁸

Así, cualquier mujer que se atreviera a curar sin haber es-

* En realidad, al hombre se le permitía recurrir a prostitutas, a las que Santo Tomás considera indeseables pero útiles.

** De hecho, también con los médicos populares del sexo masculino.

²⁵ Michelet, Jules. *Historia del satanismo y la brujería*. Buenos Aires. Dédalo. 1973.

²⁶ Sigerist. *Op. cit.*

²⁷ Ehrenreich, Barbara, English, Deidre. "Inválidas o contagiosas. Sexismo en el saber y la práctica médica". En Cardaci y Álvarez (comp.) *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México. UAM. 1980. p. 57-142.

²⁸ Davis, Elizabeth. *Op. cit.*

tudiado era acusada de bruja "como si la mujer hubiese podido estudiar en las escuelas".²⁹

Muchas mujeres no se confiaron, a pesar de las presiones, a un médico hombre; pero las que sí lo hicieron fueron sujetas a horrores debidos a la ignorancia de aquéllos que tenían el derecho de atenderlas.

Si había problemas en el parto, la ética de la Iglesia exigía un niño vivo, pasara lo que le pasara a la madre, y con poca frecuencia se sacaba a un neonato, sin anestesia, por la pared abdominal de una madre que estaba muriendo, para lo cual se contrataban hombres acostumbrados a castrar animales.³⁰ El argumento de la Iglesia para preferir la vida del hijo a la de la madre era que ésta ya estaba bautizada.

La Iglesia despreciaba a la risa, la naturaleza, la limpieza, la lógica, la belleza, el sexo, el placer y el intento de aliviar el dolor o de curar. En cambio, la bruja medieval, heredera de la maga de la antigüedad y de la vidente germánica, ante los dolores proponía remedios que, a veces, había experimentado en su propio cuerpo.

Las parteras ofrecían belladona para calmar las convulsiones que podían sobrevenir durante el parto, o la "dulce amarga" para aliviar las infecciones en mama, y para calmar los dolores

²⁹ Michelet. *Op. cit.* p. 16.

³⁰ Dick-Read. *Op. cit.*

oponían a las bendiciones de los sacerdotes, pases magnéticos realizados con sus manos. Por atreverse a tanto contra ellas se usaron el potro, la estrapada, los borceguies y las puntas de hierro, y se les apedreó y se les ahogó, se les azotó y se les quemó vivas.³¹

Fueron juzgadas en masa y se diseñaron torturas especiales para ellas. Acusadas de brujas murieron 7 000 en Treveris, 500 en Ginebra en tres meses, 800 en Wurtzburg -entre ellas una bruja de 15 y un brujo de 11- y 1 500 en Bamberg.³²

Una cronista calcula que en algunas ciudades alemanas morían 600 en un año, dos al día "excepto los domingos", y 100 en Como Italia. En dos pueblos del obispado de Trier, en 1585 sólo quedó una mujer con vida.³³

En total, se habla de hasta 11 000 000 de mujeres asesinadas, acusadas como brujas por entonces.³⁴

Muchas de ellas hacían realmente maleficios, pero también fueron el único médico del pueblo durante cerca de 1 000 años, ya que los nobles y los papas recurrían a los mismos doctores de Salerno -moros o judíos- a los que en otros momentos perseguían,³⁵ pero las masas de siervos no podían sino recurrir a las comadro-

³¹ Michelet. *Op. cit.*

³² *Ibid.*

³³ Ehrenreich, Barbara, English Daidre. *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. The Witches are Back!* München. Fravenoffesinve. 1984.

³⁴ Tuhne, Anna. *Hexen.* Hamburg. Rowlt. 1982.

³⁵ Benítez, Fernando. *Los primeros mexicanos.* México. Era. 1975.

nas, pues las autoridades eclesiásticas consideraban que la enfermedad y aun la muerte eran una forma de expirar los pecados y dejar la imperfecta ciudad terrena para alcanzar la Ciudad de Dios.³⁶

Los médicos populares y las parteras no sólo fueron contra esta concepción, sino que se ocuparon de la mujer a quien en esa edad no se consideraba jamás. El discurso teórico dominante decía que el hombre y la mujer eran iguales ante Dios, pero ésta era tratada como inferior. Eva -una mujer- había traído el pecado al mundo. La Iglesia facilitó la denuncia de las mujeres sin pruebas, y una vez acusadas estaban perdidas pues negar la culpa significaba sólo acrecentar el castigo.³⁷ Se podía acusar a las mujeres como brujas a partir de cualquier pleito en el matrimonio.

Pero no era esa la principal causa de denuncia, sino que, al igual que la herejía del siglo XIII, la brujería de siglos posteriores estuvo relacionada con la desesperación profunda que creó el mundo de la nobleza y de la Iglesia. La brujería apareció en 1353, en vísperas de las rebeliones campesinas. Acusados de herejes, fueron procesados básicamente hombres en juicios públicos. Casi todas las brujas, en cambio, eran mujeres y el inquisidor tenía derecho a estar a solas con ellas. En ambos casos se acusaba a todo el que mañana pudiera ser insurrecto.³⁸

³⁶ Saint Augustine. "The City of God". *Great Books* 18. Chicago, USA. Encyclopaedia Britannica. 1978. p. 127-618.

³⁷ Tuhne. *Op. cit.*

³⁸ Michelet. *Op. cit.*

Desgraciadamente las brujas no pudieron escribir su historia, pero historiadores contemporáneos las relacionan con la caída del feudalismo, el surgimiento de movimientos campesinos, el inicio del capitalismo y el nacimiento del protestantismo.³⁹

Con el fin del feudalismo en Europa, el hombre pudo atreverse a mirar el cosmos y el interior de su cuerpo sin temor al fuego de las hogueras.

Paracelso, en 1527 en Basilea, quemó toda la medicina y afirmó que todo lo que sabía lo había aprendido de las brujas. Sin embargo, los médicos del Renacimiento atacaron al empirismo popular y a las brujas, olvidando que ellos eran producto de sus combates,⁴⁰ y trataron de desplazar a estos sanadores, entre ellos a las parteras.

En 1504 un doctor de Hamburgo, pensando que se sabía poco sobre el parto, entró disfrazado de mujer al cuarto de una parturienta, acto en el que fue descubierto y por el que se le quemó vivo. Nueve años después un alemán apellidado Roesslin descubrió los escritos de Soranus y escribió el primer libro de obstetricia en casi 15 siglos.⁴¹

Hubo en el siglo XVI una preocupación creciente por la mujer y sus derechos -incluso por parte de hombres como Tomás Moro, Agrippa y Erasmo de Rotterdam- lo que favoreció que hubieran avances en la ginec obstetricia. En esa época se sentaron las bases

³⁹ Ehrenreich, English. "Hexen... Op. cit.

⁴⁰ Michelet. Op. cit.

⁴¹ Dick-Read. Op. cit.

de la anatomía humana, a lo que contribuyeron los dibujos de Leonardo; Falopio identificó las trompas que llevan su nombre. Más tarde, de la nueva anatomía surgió una nueva cirugía. Ambroise Paré, quien vivió en 1517 a 1590, realizó varias operaciones cesáreas. Todos los pacientes murieron⁴² pero con él, el parto ganó su espacio institucional dentro de los hospitales de maternidad.⁴³

También en el siglo XVI Harvey, fundador de la fisiología, estuvo preocupado por la embriología, y Stern puso nombre a los ovarios.⁴⁴

Pero, si bien la obstetricia llegó a ser una especialidad de la medicina como resultado del "descubrimiento de la mujer por el hombre", este hombre ingresó al cuarto de la parturienta con ideas preconcebidas en torno al parto,⁴⁵ negando, de antemano, la experiencia de las mujeres versadas en el arte de enseñarse las unas a las otras,⁴⁶ y con la intención de reglamentar y, de preferencia, extinguir la práctica y sabiduría ancestral de las parteras.

A partir de entonces el desarrollo de la ginecobstetricia fue de la mano del control estatal de la actividad de las parteras.

En 1616 Peter Chamberlain propuso que el estado fijara nor-

⁴² Sigerist. *Op. cit.*

⁴³ Bernárdez Márquez, Marilía. *Breve historia de las disputas entre comadronas, parteras y médicos.* SLP. SSA. Documento mimeografiado. SFP. 5 P.

⁴⁴ Sigerist. *Op. cit.*

⁴⁵ Bernárdez. *Op. cit.*

⁴⁶ Oakley, Ann. *The Captured Womb.* Great Britain. Blackwell. 1984.

mas para el trabajo e instrucción de las parteras.

En 1630, las parteras empezaron a asistir a cursos regulares en el hotel de Dieu de París. En 1690 Justin Siegermundin escribió un importante manual sobre toxicología y distosia. Hubo muchas otras parteras anónimas, también destacadas, pero los *accoucheurs*, como se designaba a los primeros practicantes, cuestionaban la falta de instrucción de las parteras -lo que era real-, al no tener fundamentos para criticar los resultados de su trabajo.⁴⁷

Alrededor de 1739 William Smellie se convirtió en el principal obstetra o partero de Londres. Entre 1752 y 1764 escribió *Tratado sobre la teoría y la práctica de la partería*.⁴⁸

En general, el siglo XVIII se caracterizó por el uso metódico y regular del fórceps, la investigación sistemática de la fisiopatología del parto, y la fundación de establecimientos para la enseñanza de la obstetricia.⁴⁹

En 1803, Francia aceptó una reglamentación para el entrenamiento y control de las parteras. Le siguieron Austria, Suecia, Noruega y Bélgica.⁵⁰

Hasta antes de 1846 no habían anestésicos, de modo que en los partos anormales el dolor era extremo. En 1846 William Thomas Morton de Massachusets comprobó el uso del éter como anestésico.

⁴⁷ Bernárdez. *Op. cit.*

⁴⁸ *Britannica Encyclopaedia*. Tomo 11. Chicago, USA. 1979. p. 830.

⁴⁹ Tenlon, A. A. Citado en Bernárdez. *Op. cit.*

⁵⁰ Bernárdez. *Op. cit.*

co, y en 1847, en Edimburgo, James Young Simpson, profesor de par-
tería, encontró el uso del cloroformo con el mismo fin.⁵¹ Simp-
son fue muy criticado por la Iglesia católica por aplicar aneste-
sia a las mujeres en partos anormales. Posteriormente se empezó
a emplear en todos los partos.⁵²

Por entonces, las condiciones de las maternidades eran insa-
lubres. En 1884 la fiebre puerperal era una constante en los hos-
pitaless europeos. No se presentaba en las mujeres que daban a
luz en casa, sino en las que, a causa de la pobreza, soltería o
complicaciones obstétricas, recurrían a la hospitalización y se
enfrentaban a índices de mortalidad que oscilaban entre el 25 y
el 30%.

Aunque se trataba de dar una explicación a la fiebre puerpe-
ral, se pensaba que no era posible prevenirla. Philipp Semmelweis,
médico húngaro que trabajaba en una clínica de Viena, observó que
entre las mujeres de la primera división de la clínica la mortali-
dad por fiebre puerperal era dos o tres veces más alta que entre
aquéllas de la segunda división, a pesar de que la única diferen-
cia entre ambas secciones era que en la primera se enseñaba a los
estudiantes y en la segunda, a las parteras. Semmelweis, enton-
ces, sostuvo la hipótesis de que quizá los estudiantes llevaban
algo en las manos, que dejaban en sus pacientes al examinarlas.
Luego, la muerte de un hombre a causa de una herida y, al mismo
tiempo, la de una mujer que había sido examinada después de él,

⁵¹ *Britannica Encyclopaedia. Op. cit.* Tomo 11. p. 830.

⁵² *Sigerist. Op. cit.*

teniendo ambos casos muchas similitudes, dio pie a que sustentara la hipótesis: los alumnos que pasaban del cuarto de disección a la maternidad llevaban la infección de las madres que habían muerto por esta enfermedad, a las sanas, y ordenó que los estudiantes se lavaran las manos en una solución antiséptica antes de examinar a las pacientes, con lo que logró reducir la mortalidad en esa sección de 18.27 a 1.27%.

Como Semmelweis tuvo una participación política activa en los movimientos revolucionarios de 1848 en Europa, fue expulsado del hospital y también se le negó la posibilidad de enseñar a parteras.

En Pest obtuvo un puesto y logró reducir la mortalidad a 0.85%, mientras en Praga y Viena, ésta aún era de 10 a 15%.

En 1857, 13 años después de sus comprobaciones, su teoría seguía siendo acusada de ridícula, y rechazada en la mayoría del mundo. Todo esto lo condujo a una crisis emocional y posteriormente a la enfermedad mental. Murió deshecho,⁵³ y no fue sino hasta 1866 que Joseph Lister recuperó su doctrina al plantear la necesidad de hacer cirugía con asepsia. Aunque Lister fue ridiculizado también por sus colegas, su doctrina llegó a triunfar, pero es posible imaginar lo que serían antes de su tiempo los miembros amputados, los abdómenes abiertos y las operaciones cesáreas.⁵⁴

En el mismo año de 1866 William Farr realizó una encuesta

⁵³ *Britannica Encyclopaedia. Op. cit. Tomo 16, p. 529.*

⁵⁴ *Sigerist. Op. cit.*

sobre la mortalidad en la infancia, en la que también preguntaba por las parteras, y encontró que en Inglaterra y en Gales, de la mitad a las dos terceras partes de los partos eran atendidos por parteras no instruidas.

En 1870 se designó una banca examinadora para avalar los conocimientos de las parteras. Entre 1872 y 1900, 5 529 parteras recibieron certificados.

En 1881 se fundó *The Midwives Institute* para luchar por el reconocimiento de las parteras.

Nueve años después se prohibió que cualquier persona no registrada usara el título de partera, pero como no existía una cláusula que prohibiera que ejercieran su práctica, la profesión médica protestó. "Los médicos acusaban a las parteras como usurpadoras de lo que debía ser suyo, cuando lo que proponían era exactamente una usurpación del objeto de trabajo de las mismas."⁵⁵

Las parteras, por su parte, se defendieron y tuvieron lideresas, además de que un gran número de mujeres seguían apoyándolas pues ellas cobraban poco y tenían gran experiencia.

El embarazo y el parto empezaron a verse como asuntos técnicos y especializados, que, por lo tanto, eran propiedad exclusiva de los médicos, y fueron transformados de fenómenos sociales, en fenómenos biológicos -normales- primero, y médicos -patológicos- después.

Fue éste un aspecto de lo que Foucault denomina la medicali-

⁵⁵ Bernárdez. *Op. cit.*

zación de la vida cotidiana, o invasión de la medicina a esferas de la vida privada.⁵⁶

Para controlar los procesos fisiológicos, desde 1899 se crearon en Estados Unidos y Gran Bretaña depósitos de leche que repartían leche en las casas y vigilaban que ésta no se diera contaminada a los infantes. Si un pequeño no avanzaba bien se pedía a la madre que recurriera al médico.

A principios del presente siglo, los visitantes se convirtieron en una profesión y su trabajo permitió al estado ejercer el "derecho" de saber qué es lo que pasaba en los hogares del pueblo y, después, intervinieron en otros aspectos de la maternidad como el embarazo.⁵⁷

A pesar de que trataban de forzar a las mujeres a contratar al ginecólogo, y que ofrecían dinero a las parteras que notificaban embarazos, la supervisión médica prenatal fue aceptada con cierta facilidad, no así la atención en el parto.

Todavía a fines del siglo pasado y principios del XX, los precursores de los médicos actuales no tenían el monopolio legal sobre la práctica médica, ni sobre el número de personas que podían llamarse a sí mismos médicos". La AMM.-Asociación Médica Norteamericana- consideraba que había un exceso de médicos, siendo las mujeres una parte importante de la competencia.⁵⁸ "Curan-

⁵⁶ Foucault, Michel. "Crisis de un modelo en la medicina". En: *Medicina Tradicional* No. 9. México 1980. p. 123-147.

⁵⁷ Oakley. *Op. cit.*

⁵⁸ Friedson, Elliot. *La profesión médica*. Barcelona, España. Península. 1978.

deras y parteras dominaban en los suburbios y algunas zonas del campo; las sufragistas, además, tocaban ya las puertas de las escuelas de medicina".⁵⁹

A principios del siglo XX, en 1910, con el informe Flexner, la profesión médica de Estados Unidos, y luego la del resto del mundo, ganó el derecho legal de controlar el número de médicos, cerrar las escuelas de medicina que no tuvieran un alto nivel y prohibir el ejercicio de la medicina "popular",⁶⁰ con lo que quedó resguardada la medicina liberal.

Los médicos justificaban el monopolio que querían tener sobre el embarazo, el parto y el puerperio, con el argumento de que su medicina estaba fundamentada científicamente, sin ver que los conceptos médicos y científicos habían sido también como armas culturales, sociales, religiosas e ideológicas.⁶¹

En el siglo XIX, por ejemplo, los médicos habían promovido el mito de la fragilidad femenina, con lo que habían logrado el doble objetivo de asegurarse pacientes y descalificar a las mujeres como curadoras.*

También en el siglo anterior los ginecólogos habían practi-

* Todavía en la actualidad los médicos -dice Vicente Navarro- suelen ser hombres, además de pertenecer a la pequeña burguesía, mientras que las enfermeras son, generalmente mujeres de la pequeña burguesía menos favorecida, y las auxiliares de enfermería son mujeres de clase trabajadora, lo que refleja la jerarquía existente en una sociedad dividida en clases sociales que es, además, sexista.

⁵⁹ Ehrenreich, English. "Inválidas o... *Op. cit.*

⁶⁰ Frenk, Julio. "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana". En *Nexos* 1. México. 1978. p. 21-24.

⁶¹ Figlio, K. Citado en Oakley. *Op. cit.*

cado oforectomías* para acabar con un patológico apetito sexual o para dominar a las mujeres de carácter fuerte.⁶²

Por otro lado, los términos de normalidad o anormalidad se han usado a conveniencia del médico. Durante siglos el embarazo y el parto, normales o no, debían ser atendidos por las parteras; después se dijo que ellas podían atender sólo los partos normales, y los médicos los anormales, pero fueron cambiando las fronteras entre uno y otro. En 1930 70% de los nacimientos se consideraban normales para atenderse en casa; en 1950, sólo 30%.⁶³

Una característica de las sociedades capitalistas es la creciente división del trabajo que separa a gobernantes de gobernados, a expertos de legos, a trabajadores intelectuales de trabajadores manuales, lo que en la medicina burguesa se traduce en profesionales que deciden, administran y promueven la terapia, y ciudadanos que la reciben pasivamente.⁶⁴

En relación al parto los nuevos avances en ginecología fueron despojando aún más a la mujer de su cuerpo. Se hicieron descubrimientos que revolucionaron el cuidado prenatal -que, por cierto, en algunos idiomas, como el español, se traduce como control prenatal- entre los que estaba el ultrasonido que permite al médico un contacto directo con el feto.⁶⁵

* Extirpación quirúrgica de los ovarios.

⁶² Ehrenreich, English. "Inválidas o..." *Op. cit.*

⁶³ Oakley. *Op. cit.*

⁶⁴ Navarro, Vicente. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona, España. Grijalbo. Col. Crítica 38. 1979.

⁶⁵ Oakley. *Op. cit.*

Cada vez con mayor frecuencia los obstetras fueron redefiniendo los procesos naturales del embarazo y el parto como no naturales, y promoviendo, por lo mismo, interferencias en todos los nacimientos.⁶⁶

La interferencia médica, como en el siglo pasado, se extiende a otros aspectos de la sexualidad femenina. En 1971 Robert McCleery aseguraba que cerca de la mitad de las histerectomías* que se practicaban en Estados Unidos, y probablemente gran cantidad de las mastectomías** del mundo eran innecesarias.⁶⁷

Todo esto ha provocado una respuesta organizada de las mujeres que sostienen que los médicos quizá sabrán de patología, admistración y anatomía, pero ellas saben de sí mismas, y frente a la actitud friamente clínica de los médicos oponen otra que es emocional.⁶⁸ En vez del sistema de maternidad patológicamente orientado, han propuesto otro natural.⁶⁹

Una de las consecuencias de esto ha sido la vuelta al parto en casa, atendido por parteras, cuya frecuencia va en aumento en Gran Bretaña, Estados Unidos, Australia, Escandinavia, Francia, Alemania y Holanda.

Dando a luz en su casa las mujeres buscan que el nacimiento

* Extirpación de la matriz.

** Resección quirúrgica de una mama.

⁶⁶ Arms, Sussane. *Immaculate Deception*. New York. Bantón Books. 1975.

⁶⁷ Ehrenreich, English. "Inválidas o..." *Op. cit.*

⁶⁸ Asociación para el Mejoramiento de los Servicios de Maternidad. Citado en Oakley. *Op. cit.*

⁶⁹ Stewart. *Op. cit.*

se vea como una celebración de la vida, y los bebés -como propo-
nía Leboyer- sean bienvenidos al mundo.⁷⁰ Desean también que el
nacimiento sea tratado como experiencia donde el involucramiento
personal es inevitable, y no como un experimento científico.⁷¹

Dinamarca y Holanda, donde el parto en casa con partera es
la norma, tienen bajísimos índices de mortalidad maternoinfan-
til.⁷²

Las mujeres sostienen que si la proporción entre los partos
normales y los complicados es de 90 a 10, esa misma proporción
debe haber entre los partos atendidos por parteras y aquellos
atendidos por médicos.⁷³

En los países desarrollados hay entonces un resurgimiento
de la partera -hoy profesional-, después de que prácticamente
se acabó con la partera empírica. Por el contrario, en los paí-
ses subdesarrollados, como México, la partera empírica no fue
nunca extinguida, a pesar de intentos por hacerlo, lo cual se ex-
plica por la situación socioeconómica de los mismos.

⁷⁰ Kitzinger, Sheila. *Birth at Home*. Great Britain. Oxford University Press. 1980.

⁷¹ Stewart. *Op. cit.*

⁷² COPLAMAR. *Necesidades esenciales de México. Salud. Situación y perspecti-
vas al año 2000*. México. S. XXI. 1983.

⁷³ Davis. *Op. cit.*

Cuando se hundió el Titanic en 1912 perdieron la vida el 3% de los pasajeros de primera clase, el 16% de los de segunda clase y el 45% de los de tercera clase. En un buque imaginario, representativo de América Latina, habrían a bordo 345 millones de pasajeros, sujetos a riesgos diferenciales por clase social tan crueles o incluso más crueles que los del Titanic. Anualmente se arroja por la borda casi un millón de cadáveres de menores de 5 años que provienen, en su mayoría, de la "tercera clase" y que, por sobre todas las cosas, no debieran haber perecido.

Antonovsky, A. "Social class. Life expectancy and overall mortality".

Capítulo II

Los pobres ponen más muertos... Sociedad y salud; el caso de México.

México es un país cuya independencia formal se remonta al año de 1821 y que, sin embargo, no es realmente independiente, pues carece de autonomía tanto en los asuntos económicos, como en los políticos, los científicos y los culturales.

Esto es así porque forma parte de los países dominados, cuyo atraso tiene sus raíces en la forma en que los países hegemónicos irrumpieron en su desarrollo histórico desde el siglo XVI.

Los colonizadores encontraron en América, como en Asia y África, sociedades establecidas -algunas poseedoras de ricas culturas-, de las que extrajeron el máximo posible de ganancia, fundamental para su acumulación originaria de capital. En el caso específico de México, lo anterior se hizo a través de la explotación de los yacimientos de oro y plata, así como del trabajo extenuante y exterminador de la población nativa tanto en el agro, como en las minas.¹

Desde entonces no sólo se extrajeron riquezas y excedente, sino que se distorcionaron las estructuras productivas del país -entonces Nueva España- y se le incorporó a la división internacional del trabajo, donde le correspondió intercambiar sus materias primas y productos agrícolas, por las manufacturas de los

¹ Marx, Carlos. *El Capital*. Tomo I. México. F.C.E. 1972.

países centrales, siempre en condiciones favorables a los últimos. Esto impidió su industrialización.

Esta especialización y dependencia del comercio internacional, no terminó con el movimiento de independencia en el primer cuarto del siglo pasado, ni con la revolución en el primer cuarto de éste. Si bien hubo cierto crecimiento económico, continuó la dependencia económica, política y cultural, cambiando la hegemonía de la corona española, al liberalismo inglés, primero, y al imperialismo estadounidense, después.

Esta articulación de la economía mexicana a la mundial, explica el subdesarrollo del país no como un estado atrasado y anterior al desarrollo, sino precisamente como consecuencia de él.²

El desarrollo y el subdesarrollo son vistos así, como dos caras de un mismo proceso histórico universal que se dan al mismo tiempo y se condicionan mutuamente.

Dicen Sunkel y Paz: "El subdesarrollo y el desarrollo son estructuras parciales pero interdependientes que conforman un sistema único. La característica principal que diferencia ambas estructuras es que la desarrollada, en virtud de su capacidad endógena de crecimiento, es la dominante, y la subdesarrollada, dado el carácter individual de su dinámica, es dependiente y esto aplica tanto entre países como dentro de un país."³

² Marini, Ruy Mauro. *Dialéctica de la Dependencia*. México. ERA. 1974.

³ Sunkel, Osvaldo, Paz, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México. S. XXI. 1980. p. 37.

A lo largo de todo este proceso de dependencia ha habido _
en México -y el resto de países subdesarrollados- una división _
entre núcleos dominantes y núcleos marginados, siendo los prime-
ros favorecedores de la expansión del capital internacional, in-
cluso a costa de la independencia económica y política de su _
país.

A partir de la crisis del 29, que en términos monetarios _
se prolongó hasta 1939, y, sobre todo, de la Segunda Guerra Mun-
dial en que las metrópolis se dedicaron a la producción de arma-
mentos, México -entre otros países- encontró la coyuntura para _
industrializarse y lograr una autonomía relativa. Se inició así
el llamado proceso de sustitución de importaciones que tuvo una _
primera etapa de producción de bienes de consumo inmediato: ali-
mento, calzado y textiles; y una segunda etapa de producción de _
bienes de consumo duradero: productos químicos, electrodomésti-
cos y automóviles.⁴

La independencia, a pesar de ésto, no se logró, pues se si-
guió comprando maquinaria a los países desarrollados, o sea hubo
una importación de tecnología; además de que se aceptó la inver-
sión extranjera directa y préstamos que colocaron al país en un _
papel subordinado ante el poder financiero internacional con una
deuda impagable que aún hoy lo ahoga más y más.

Lejos de generalizarse el desarrollo, se agudizó todavía _
más la dependencia, o si se quiere "la interdependencia entre _

⁴ Cardera, María Elena. *El sistema capitalista contemporáneo*. México. UNAM. _
1986.

desiguales".⁵

En los años 60 se empezó a ver en México el agotamiento del modelo de crecimiento que se había iniciado en la década de los 40; en los 70 la crisis del mundo capitalista se manifestó a través de inflación, topes salariales y crisis agrícola, y, a partir de los primeros años de la presente década, México por primera vez en los anteriores 50 años, dejó de crecer.

Desde entonces ha habido una disminución constante de la demanda mundial de productos que el país exportaba, así como un descenso el precio de las materias primas -del petróleo, por ejemplo, en el que en la época lopezportillista se pretendió fundar la economía de México.

Las empresas mexicanas están siendo absorbidas por empresas extranjeras.

Son difíciles las condiciones para obtener préstamos, y enorme el interés de los mismos. Entre 1982 y 1985 se pagaron más de 40 mil millones de dólares por concepto de interés,⁶ y se calcula que, suponiendo constantes las tasas de interés, el país servirá deuda externa por 15 mil millones de dólares en 1988.⁷

Hemos ingresado al GATT, que es una asociación por medio de la cual los países centrales protegen cada día más su economía.

⁵ Pinto. Citado en *Ibid.*

⁶ Tello, Carlos. "La crisis en México: saldos y opciones". En: *Universidad de México*. Vol. 40. No. 415. Agosto 1985. p. 3-10.

⁷ Montoya, Alejandro. "La economía mexicana en la sucesión presidencial". En: *Economía Informa*. 156. México. UNAM. Facultad de Economía. Septiembre 1987. p. 3-9.

El salario real ha descendido. En 1982 fue menor que el de 1976, y en 1985 representaba el 65% de lo que era a principios de 82.⁸ Entre enero de 1986 y junio de 1987 los precios subieron alrededor de 170%, mientras que el salario nominal sólo subió 120%. Es decir partiendo de 100 los precios llegaron a 270 y el salario nominal a 220, con lo cual hubo una pérdida aproximada en el salario real de 20%.⁹

La riqueza se ha concentrado aún más en unas cuantas manos.

El peso se ha devaluado varias veces de 25 pesos por dólar en febrero de 1984, a 2200 en febrero de 1988.

En las fábricas se ha buscado el incremento de la productividad y de las tasas de explotación, lo que ha conducido a un aumento de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

En el campo ha habido empobrecimiento de los campesinos. Se ha agotado la posibilidad de repartir tierras y se han reducido las áreas de cultivo, tanto por la sustitución de producción de alimentos humanos por la alimentación para ganado,¹⁰ como por la extensión del área urbana a zonas aledañas, antes de cultivo.¹¹

⁸ Tello. *Op. cit.*

⁹ Banco de México y Comisión Nacional de Salarios Mínimos. Citados en Montoya. *Op. cit.*

¹⁰ Rutsch, M. Citado en Teixeira, Jussara Marfa. *Trabajo, valoración e invalidez*. México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Cuadernos Laborales 30. 1983.

¹¹ Partido Revolucionario Institucional. *Criterios de la mujer ante la crisis*. México. PRI. S.F.

Además, hay un deterioro del medio ambiente por contaminación tanto de la tierra, como del agua y del aire,¹² esto último debido a los gases de autos y a las industrias.¹³

La crisis tiene, por supuesto, un fuerte impacto en las condiciones colectivas de vida, pues está conduciendo a una desigualdad social extrema.

Hay gran cantidad de mexicanos que, como se verá más adelante, no satisface de manera mínimamente aceptable sus necesidades en materia de alimentación, educación, vivienda y salud.

Dice UNICEF que mientras más pobre es una familia, mayor es el porcentaje de su ingreso gastado en necesidades básicas: alimento, agua, combustible y atención en salud, y que la reducción de éste supone la limitación de la capacidad de proteger la propia vida¹⁴.

De ahí que se explique el apoyo patronal y el rechazo popular al pacto llamado de solidaridad, firmado el 15 de diciembre de 1987, que pide sacrificios a todos cuando, para la mayoría, esos sacrificios amenazan la subsistencia misma.

Tanto los países centrales como la burguesía mexicana sostienen-a la manera rostowiana- que México va caminando hacia el desarrollo, y que lo que necesita para alcanzarlo es que los países desarrollados difundan hacia él capitales, cultura y tecnología.

¹² Teixeira. *Op. cit.*

¹³ Suárez. Citado en Lairell, Cristina. "Medicina y capitalismo en México". En: *Cuadernos Políticos* No. 5. México. Julio-septiembre 1975. p. 80-93.

¹⁴ Grant, James. *Estado mundial de la infancia 1985*. Nueva York. USA. UNICEF. 1986.

gía.

Se ha analizado, sin embargo, que es precisamente esta difusión la que causa el subdesarrollo de México, pues profundiza la dependencia de su política estatal respecto a las exigencias internacionales; enajena su independencia económica, política y cultural, como puede verse a través de los siguientes ejemplos:

Por lo que respecta a los préstamos, así como después de la Segunda Guerra Mundial, a través del plan Marshal, Estados Unidos otorgó créditos a Inglaterra, pero obligando a este país a restringir su gasto en salud, vivienda y educación;¹⁵ en el convenio de facilidades ampliadas, firmado entre el gobierno de México y el FMI en 1976, se exigió de este país, a cambio de la ampliación del período para el pago de su deuda, restricción en el aumento de salarios, limitación del crecimiento de empleo, recesión y limitación del gasto social en educación, vivienda, seguridad social y servicios de salud, profundizando así la pobreza de los sectores populares.¹⁶

Esto muestra que cuando hay contradicciones entre las necesidades de la economía, y otras, como las humanas, se da prioridad a las primeras.¹⁷

¹⁵ Navarro, Vicente. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona, España. Grijalbo. Col. Crítica 38. 1979.

¹⁶ Rodríguez Ajenjo, Carlos, Vital Galicia, José Antonio. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores". En: *Cuadernos Políticos* No. 19. México. Enero-marzo 1979. p. 50-67.

¹⁷ Navarro. *Op. cit.*

En relación a la inversión extranjera directa, su régimen de acceso se libera cada día más y los industriales extranjeros no reinvierten su ganancia en el país, habiendo fuga de capitales hacia los países desarrollados. Además se ha establecido una nueva división internacional del trabajo donde las industrias más desgastantes tanto por sus efectos físico-químicos como por la organización del trabajo, son desplazadas a países como México, siendo causantes de enfermedad y de muerte. Entre estas industrias están la producción de textiles de fibra de asbesto que causa cáncer de pulmón, las fundidoras de plomo y plantas de batería y los plaguicidas, entre otros muchos.¹⁸

Finalmente, la difusión de la cultura y la tecnología no han sido tampoco apropiadas a las necesidades de la población. En el caso de la medicina desde principios de siglo se difundieron, por un lado, un enfoque mecanicista del cuerpo humano y sus enfermedades, que restaba importancia a dos aspectos socioeconómicos relacionados con los procesos morbosos,¹⁹ y, por otro, en lo tecnológico, la tendencia a construir hospitales de tercer nivel, que han resultado costosos e incapaces de resolver los principales problemas de salud del país.

México tiene tierras, recursos naturales y mano de obra para transformarlos en bienes y servicios, pero la mayoría de la población vive en condiciones que no son mínimamente adecuados, de

¹⁸ Laurell, Asa Cristina. *Tendencias de la investigación científico social en la salud del trabajador*. México. UAM. Documento mimeografiado. S. F.

¹⁹ Mc. Keown. Citado en Navarro. *Op. cit.*

lo que son responsables el imperialismo y el capitalismo estructurado sobre la explotación del trabajo de los asalariados.²⁰

Un autor sintetiza los principales males de América Latina: altas tasas de mortalidad y de morbilidad, nutrición inadecuada, vivienda y servicios públicos deficientes, inflación incontrolada, deforestación, erosión y contaminación ambiental, y concluye: "Podrá ser discutible hacia dónde conducen esas tendencias, pero es claro que no al desarrollo".²¹

Esta situación por la que atraviesa el país influye en las condiciones colectivas de salud, ya que cada momento de una formación social genera formas específicas de enfermar y de morir, así como modos también distintos de enfrentar los problemas de salud y de conceptualizar al proceso salud-enfermedad.

La concepción de la medicina hegemónica reproduce la ideología burguesa al analizar la salud y la enfermedad como fenómenos separados, individuales y ahistóricos,²² cuya solución debe buscarse, básicamente, en la atención médica individual.

Existe una corriente opuesta a dicha concepción dominante que ve a la salud-enfermedad como un proceso dialéctico, histórico-

²⁰ Fernández de Castro, Ignacio. "La sociedad capitalista goza de mala salud". En: *Transición* No. 3. Año 1. España. Diciembre 1978. p. 17-20.

²¹ Clinton, Richard L. "América Latina, la región que nunca se desarrollará". En: *Comercio exterior*. Vol. 30. No. 12. México. Diciembre 1980, p. 1329-1334.

²² Ulate J. Jeannette, Keyzer de, Benno. "Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México". En: *Nueva Antropología*. Vol. VII. No. 28. México. 1985. p. 153-176.

co y colectivo.²³

Los antecedentes de esta posición se encuentran en la Alemania de mediados del siglo pasado, donde Virchow, Neuman y Lebuschen reconocieron la importancia de los factores ambientales y sociales en la etiología de las enfermedades, y creyeron en la prevención como medio para contrarrestarlas.²⁴

Virchow, eminente patólogo, proponía para mejorar la salud de la población, la prosperidad, la educación y la libertad que sólo podían obtenerse en un ambiente de absoluta democracia. Con la derrota de la revolución de 1848 y con los descubrimientos de la microbiología sus posiciones fueron derrotadas en los planos político y científico.²⁵

Más tarde en Europa y Estados Unidos, Chadwick, Shattuck, Sydenstricker y Sigerist sustentaron la tesis de que la enfermedad era un fenómeno social y que, por lo tanto, la práctica médica no debía centrarse en los individuos.

Mc Keown en Gran Bretaña y ^{los} Mc Kinlay en Estados Unidos han concluido que la dramática reducción de la mortalidad general que se dió desde 1900 en ambos países, no puede ser explicada por la introducción del uso de atención médica pues ésta ocurrió varias décadas después que aquélla. Afirman que sí se beneficiaron por

²³ Laurell, Asa Cristina. "Proceso de trabajo y salud". En: *Cuadernos Políticos* No. 17. México. Julio-septiembre 1978. p. 59-79.

²⁴ Syme, Leonard S. "Social Determinants of Health and Disease". Last (comp.) *Marxey-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. Connecticut, USA. Appleton-Century Crofts/Norwalk. 1986. p. 953-970.

²⁵ Valdez, Enfermedad y pobreza. Documento mimeografiado.

la intervención médica cinco enfermedades que son: influenza, neumonía, difteria, tosferina y poliomielitis, pero que éstas sólo representaban el 3.5% de la declinación total de la mortalidad, la cual se debió principalmente al mejoramiento del nivel de vida, la nutrición en particular.²⁶

Estas deducciones se verificaron después por el propio Mc Keown para los casos de Suecia, Francia, Hungría e Irlanda.

Asimismo, en México Kumate ha señalado que la disminución de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria se inició mucho antes de que se aplicaran las medidas reconocidas como eficaces, incluyendo la vacunación.²⁷

Fuchs, por su parte, ha realizado comparaciones nacionales e internacionales de mortalidad, y ha sugerido que los cambios de atención médica no afectan en lo fundamental, el estado de salud de la población. Encontró, por ejemplo, marcadas diferencias de mortalidad infantil en Inglaterra y Escocia, donde existe atención médica gratuita, de acuerdo a la clase social.²⁸

Antonovsky ha hecho una revisión de trabajos que muestran que las personas de más bajo nivel socioeconómico enferman y mueren más. Kitagawa y Hausser lo han mostrado para Estados Unidos, no sólo en enfermedades físicas, sino también en enfermedades mentales,²⁹ y el italiano Timio ha llevado a cabo investigaciones

²⁶ Syme. *Op. cit.*

²⁷ Kumate, J. Citado en COPLAMAR. *Necesidades esenciales en México. Salud. Situación y perspectivas al año 2000.* México. S. XXI. 1983.

²⁸ COPLAMAR. *Op. cit.*

²⁹ Syme. *Op. cit.*

que muestran a los trabajadores mueren más, incluso de enfermedades que se consideraban típicas de la burguesía como el infarto del miocardio.³⁰

En México desde la colonia se observa una relación entre enfermedad y pobreza. * El tifo, la viruela y el cólera que bajaron de los barcos españoles, junto con las espadas y los crucifijos, hicieron estragos entre los indígenas explotados.³¹

También en el siglo XIX y durante el porfiriato, las enfermedades transmisibles fueron responsables de gran cantidad de muertes entre los trabajadores y sus familias sujetas a las haciendas, así como entre los trabajadores textiles y mineros.³²

En 1970 Celis y Nava estudiaron lo que ellos llamaron la "patología de la pobreza" y la "patología de la abundancia", para lo que compararon a pacientes del Hospital General de la SSA y a pacientes de hospitales privados. Encontraron que los primeros morían más de desnutrición, de enfermedades infectocontagiosas, de cirrosis hepática y de complicaciones en parto y en aborto; mientras que para los segundos las principales causas de muerte eran padecimientos de la edad madura, enfermedades degenerativas,

* Sin duda existían diferencias por castas también antes de la llegada de los españoles.

³⁰ Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México. Nueva Imagen. 1981.

³¹ Alperovich, M. S. "El número de habitantes de México en el período colonial". En: Alperovich y Rudenko (comp.) *Ensayos de historia de México*. México. Ediciones de Cultura Popular. 1973. p. 1-15.

³² Valdez. *Op. cit.*

cáncer, arteriosclerosis, hipertensión y diabetes.³³

Es decir, mostraron ellos que la pertenencia a una u otra clase social predispone a ciertas patologías.

Estas diferentes fisonomías de enfermedad y muerte por clase social, son manifestaciones biológicas de lo social.³⁴ Tienen, por ello, relación con aspectos sociales y políticos, y escapan al control de los médicos.³⁵

Ellos pueden saber que la bacteria tífida presente en agua contaminada es causante de tifoidea, pero la solución no parece estar en sus manos y, en ocasiones, ni siquiera se cuestionan por qué hay tantas comunidades que beben agua contaminada; de modo que, a pesar de su gran avance tecnológico, la atención médica no puede resolver los problemas de salud de la población.³⁶

Las enfermedades típicas del subdesarrollo no representan un problema ni teórico, ni práctico para la medicina científica, pero no pueden resolverse porque no se atacan las verdaderas causas de las mismas.

Al decir las verdaderas causas no nos referimos de manera aislada al salario, a los servicios médicos, al desempleo, la desnutrición o la baja escolaridad que no podrían explicar por

³³ Celis S., Alejandro, Nava G., José. "Patología de la pobreza". En: Almada (comp.). *La mortalidad en México. 1922-1975*. México. IMSS. Col. Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudio. 1982. p. 297-314.

³⁴ Laurell, Asa Cristina, Márquez, Margarita. *El desgaste obrero en México*. México. Era. 1983.

³⁵ Berlinguer, Giovanni. *Medicina y política*. Buenos Aires. Cuarto Mundo. 1975.

³⁶ Troncoso Muñoz, Ramón. "Medicina, capitalismo y trabajadores de la salud". En Mercado et. al. *Medicina para quién?* México. Nueva Imagen. 1980. p. 35-48.

sí mismas las diferencias en morbilidad, pues el orden general no se explica por agregación de lo social, sino que lo social sólo puede ser explicado por lo social.³⁷

Coincidimos con los autores como Navarro y Berlinguer, o Laurell y Rojas Soriano en México, para quienes los patrones diferenciales de los procesos morbosos en las clases sociales, deben ser explicados en términos de clases sociales, y de formación económico-social.

Para esta concepción las condiciones colectivas de salud son resultado de las características concretas del proceso de trabajo y de las consecuencias de éste para la reproducción social.³⁸ Dicho en otras palabras, el hombre enferma y muere de acuerdo a sus formas específicas de trabajar y vivir en sociedad.

Si trabajo es... "un proceso entre la naturaleza y el hombre, ... en que éste realiza, regula y controla, mediante su propia acción, su intercambio de materias con la naturaleza... (y en el que) a la par que actúa sobre la naturaleza exterior a él y la transforma, transforma su propia naturaleza;"³⁹ se puede afirmar que la morbi-mortalidad de las diferentes clases sociales está condicionada por la manera en que los hombres se relacionan con la naturaleza y entre sí al producir.

El trabajo en la sociedad capitalista desintegra física y

³⁷ Giménez, Gilberto. *Discurso, poder y estado*. México. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1980.

³⁸ Lawal. "Proceso de trabajo..." *Op. cit.*

³⁹ Marx. *Op. cit.* p. 130.

psíquicamente al obrero, pues el capitalista expropia al trabajador el excedente económico creado por el trabajo de éste (plusvalía). Es decir, una parte de su trabajo no le es pagado.

Además, en la sociedad actual no se permite al obrero vivir de acuerdo al ciclo natural circadiano -trabajar de día y dormir de noche-, pues el interés del capitalista en la ganancia ha invadido la noche y obligado al obrero a trabajar en horarios nocturnos, mixtos o de relevo que no le permiten desarrollar ninguna otra actividad, ni tener una vida familiar sana.

Se ha profundizado también la división del trabajo, y el control del obrero sobre el proceso laboral se ha nulificado prácticamente a través de la aplicación en el trabajo fabril del taylorismo consistente en el análisis de cada tarea para fraccionarlas en otras cada vez más simples, y el fordismo que realiza el traslado del objeto de trabajo por medio de bandas cuyo movimiento marca el ritmo de trabajo.

También se ha llegado en algunas industrias a la automatización en que el obrero realiza simples funciones de vigilancia, quedando así descalificado y como una parte accesorio a la máquina.

En estos procesos de trabajo la extracción de plusvalía es relativa, o sea aquella que se realiza incrementando la productividad del trabajo, por medio de avances tecnológicos o de intensificación del mismo, y en los que por ello hay altas tasas de explotación aunque se paguen salarios más altos.⁴⁰

⁴⁰ Laurell y Márquez. *Op. cit.*

Este tipo de trabajo ocasiona problemas orgánicos de salud_ laboral, por la incorporación de tecnología avanzada que implica_ riesgos físicos, químicos y biológicos, pero también problemas _ psíquicos como enfermedades psicósomáticas y cardiovasculares, de presión, alcoholismo, estrés y fatiga patológica, además de accidentes y muerte.

El capital achaca los accidentes y las enfermedades profesionales a la irresponsabilidad del obrero:

LOS ACCIDENTES NO NACEN, SE HACEN, •
NO LA RIEGUES, USA TU EQUIPO COMPLETO

Pretenden desconocer que el hecho de que la maquinaria marque el ritmo de trabajo, produce estrés; el que el obrero no pueda concebir su trabajo, ni decidir a lo largo del proceso de éste, provoca accidentes,⁴¹ y que si los trabajadores no tienen control sobre su trabajo, tampoco lo tienen sobre sus vidas, incluyendo _ su salud, pues no se puede vivir libremente si no se trabaja de _ la misma manera.⁴²

En México los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales han aumentado en números absolutos y relativos. En _ 1976 había 4 veces más accidentes y casos de invalidez y 7 veces_ más muertes que 10 años antes. A pesar del gran subregistro, habían aumentado también las tasas de enfermedades profesionales.⁴³

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Navarro, Vicente. "The crises of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism." In: *International Journal of Health Services*, vol. 10. No. 4. 1980.

⁴³ Laurell. "Proceso de trabajo..." *Op. cit.*

Hay, por otro lado, sectores de población que no están incorporados al proceso productivo, sino a la producción mercantil simple, que ven alargada su jornada de trabajo y reciben salarios inferiores a los estipulados en la ley como mínimos (plusvalía absoluta), pues hay un intercambio desigual entre sus productos y los industriales.

En el caso de las mujeres, éstas se incorporan al trabajo asalariado o al desempleo disfrazado en el campo y la ciudad, pero no lo hacen en condiciones iguales a las de los hombres, sino con salarios inferiores y jornadas superiores a las de éstos.

Pueden sufrir enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. En la agricultura cultivan la tierra -escardan, deshieren, siembran, cosecha y juntan el rastrojo- por salarios menores a los que reciben los hombres o, a veces, sin ninguna retribución, y están expuestas a posturas forzadas y plaguicidas.

En las fábricas son vulnerables a enfermar o morir a causa de los riesgos biológicos, físicos o químicos, y a padecer estrés, fatiga patológica y enfermedad mental.⁴⁴

Ciertamente los hombres están también expuestos a esos riesgos, pero en ocasiones, como durante la gestación, estas situaciones afectan más la salud de la mujer y la de sus hijos por nacer. Se presentan, por ejemplo, anormalidades o aborto causados por los efectos adversos de sustancias tóxicas en el feto.⁴⁵

⁴⁴ OPS-OMS. *La mujer en la salud y el desarrollo*. Publicación científica 448. Washington. OPS-OMS. 1983.

⁴⁵ Parmeggiani. Luigi. "Evolución y tendencias actuales de la medicina del trabajo". En: *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. 68. No. 2. 1963.

Con frecuencia no se respetan las licencias por gravidez, ni los periodos de lactancia estipulados en el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, y hay empresas en las que el embarazo es razón suficiente para que a la trabajadora no se le renueve el contrato,⁴⁶ por lo que su sola condición de mujer la expone al desempleo.

El desempleo es un problema inherente al desarrollo capitalista, pues en este sistema la oferta de fuerza de trabajo es siempre mayor que la demanda, por lo que permite a la burguesía contar con un gran número de obreros dispuestos a contratarse durante largas jornadas y por un mínimo salario. Este fenómeno favorece que las condiciones del proletariado no mejoren, pues si los obreros exigen aumento de salario o disminución de la jornada, siempre habrá alguien dispuesto a tomar su lugar.^{*47}

En 1979 había 5.8 millones de subempleados, 1 400 000 desempleados abiertos y más de 700 000 personas sin absolutamente ningún trabajo o ingreso.⁴⁸

Actualmente las tendencias de empleo muestran tasas negativas de 7% promedio mensual, lo que aunado al castigo salarial mantiene en niveles cada vez más bajos la capacidad de compra de las mayorías.⁴⁹

* Esta situación puede cambiar si la clase obrera está organizada.

46 Teixeira, Jussara María. "La mujer y el trabajo productivo en México". En: *Estudios sobre la mujer*. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1986. p. 5-17.

47 Marx. *Op. cit.*

48 Ramírez, C. Citado en Rojas Soriano, Raúl. *Capitalismo y enfermedad*. México. Folios. 1985.

49 Montoya. *Op. cit.*

Así como hay mortalidad por sobre-trabajo, hay mortalidad por desempleo.⁵⁰

Se reporta más desempleo femenino que masculino, si bien la población femenina económicamente activa ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años como se observa en la siguiente tabla:

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

	Hombres	Mujeres
1940	92.6	7.4
1950	86.4	13.6
1960	82.0	18.0
1970	79.4	20.6
1979	75.5	24.5

Fuente: 1940-1970. Dirección General de Estadística. VI, - VII, VIII y IX Censos Generales de Población. México, D.F.
1970. Encuesta continua sobre ocupación. 1er. Trimestre. 1977. S.P.P. México, D. F. 51

Pero incorporarse al proceso productivo no ha significado para ellas el abandono de todo o parte del trabajo doméstico. La mayoría de las tareas del hogar siguen recayendo sobre las mujeres adultas, no todas porque algunas son realizadas por las niñas.

El trabajo doméstico que, por ejemplo, en las zonas rurales, incluye la limpieza de la casa, ir por agua al río, vigilar a los animales, cuidar a los niños, a los enfermos y a los

⁵⁰ Eyer, J. Citado en Laurell, Asa Cristina. "La política de salud en los 80". En: Cuadernos Políticos No. 23. México. Enero-marzo 1980. p. 89-97.

⁵¹ Citados en Consejo Nacional de Población. *Breviario demográfico de la mujer*. México. CONAPO. S.F. p. 32.

ancianos y hacer queso⁵² no se paga ni se valora pues se considera improductivo, a pesar de que contribuye a la reproducción de la mercancía fuerza de trabajo, pues así como la producción de objetos es consumo de obreros, así el consumo de objetos es producción de obreros.⁵³

Este tipo de trabajo es causante de envejecimiento prematuro, tensión y fatiga, especialmente durante los períodos de embarazo, pero como son tan comunes no se les considera problemas, sino "lo natural".

Se dice que el tiempo de descanso que necesita una mujer embarazada es inversamente proporcional a su estado de salud -a menor salud, mayor necesidad de descanso-, pero que las mujeres de los sectores populares, que son las peor alimentadas, no pueden descansar. Esto afecta su salud y la de sus hijos.⁵⁴

Con frecuencia las mujeres son quienes menos pueden satisfacer sus necesidades elementales, pues no sólo hay diferencias por clases sociales, sino que al interior de una misma clase la situación de la mujer suele ser inferior a la del hombre. Analizaremos a continuación algunos aspectos de dichas necesidades esenciales, enfatizando como en los casos del trabajo y del desempleo, la situación de la mujer, especialmente de la embarazada, para relacionar este capítulo con el tema general del trabajo.

⁵² Loyden Sosa, Humbelina. "Mujeres campesinas"... En: *Estudios sobre...* Op. cit. p. 281-292.

⁵³ Ortega, Mario. "Capitalismo y enfermedad obrera". En: *Enfermedad y clase obrera*. México. I.P.N. 1982.

⁵⁴ OPS-OMS. Op. cit.

Alimentación.- Varios estudios reportan que hay en México crecientes índices de desnutrición de la población, sobre todo de la maternoinfantil.

Este es un problema fundamental porque el componente alimentario-nutritivo es uno de los elementos claves del perfil de calidad de vida, y porque las enfermedades nutricionales son la causa subyacente de un gran número de defunciones que, frecuentemente, se reportan por otras causas.⁵⁵

Así, Cravioto y colaboradores han visto que la mortalidad por sarampión es 10 veces mayor en un niño desnutrido que en uno que no lo es.⁵⁶

Un niño desnutrido no puede crear anticuerpos, por lo que su primer período infeccioso le genera más desnutrición, lo que a su vez provoca que pueda sufrir otra infección y así hasta el marasmo y la muerte,⁵⁷ pues además las infecciones agudas afectan la adecuada utilización de alimentos y de nutrientes.

Las deficiencias en la nutrición, aunadas a la falta de sanidad, están detrás de las principales causas de mortalidad general y de menores de un año, que eran en México para 1982:

⁵⁵ OPS-OMS. *Estrategias. Salud para todos en el año 2000*. S.L. OPS-OMS. 1980.

⁵⁶ Cravioto *et al.* Citados en Casanueva, Esther. *La nutrición base de la salud*. En el ciclo: El individuo Sano. 10. febrero 1988.

⁵⁷ Escudero, José Carlos. "La desnutrición en América Latina". En: *Mercardo et al. Op. Cit.* p. 117-138.

MORTALIDAD GENERAL:

- 1.- Enfermedades infecciosas intestinales.
- 2.- Neumonías e influenza.
- 3.- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
- 4.- Otros accidentes.
- 5.- Diabetes mellitus.

Fuente: S.P.P., D.G.E.⁵⁸

MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO:

- 1.- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
- 2.- Enfermedades infecciosas intestinales.
- 3.- Neumonías e influenza.
- 4.- Anomalías congénitas.
- 5.- Enfermedad pulmonar crónica y afecciones afines.

Fuente: S.P.P., D.G.E.⁵⁹

El Sistema Alimenticio Mexicano habla de 35 millones de mexicanos que padecen desnutrición.⁶⁰

Según el último censo, en México había en 1980, 959 100 niños menores de 5 años que no tomaban nunca carne ni huevo, y 1 161 670 niños también menores de 5 años (no se consideraba a los no ablactados*) que jamás tomaban pescado o leche.⁶¹

* Que no han comenzado a tomar alimentos sólidos.

⁵⁸ Citados en: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. S.P.P. *Información estadística. Sector salud y seguridad social*. Cuaderno No. 5. México. 1986. p. 35.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 36.

⁶⁰ Rojas Soriano. *Op. cit.*

⁶¹ Secretaría de Programación y Presupuesto. *X Censo general de población y vivienda*. México. 1980. p. 263.

UNICEF, preocupado por la niñez, opina que es fundamental valorar el bajo peso, el número de niños tratados con desnutrición aguda y el déficit alimentario infantil. Sin embargo, los censos que eran una de las pocas fuentes para lograr ésto último, no lo serán más pues la SPP ha decidido eliminar este apartado por "innecesario" desde el próximo censo.

En el país, como en el resto de Latinoamérica, la mitad de las mujeres padecen desnutrición, y en las embarazadas la proporción es aún mayor.

Para las mujeres gestantes esto es grave pues la malnutrición y anemia llevan aparejada la posibilidad de sufrir infecciones como parasitosis intestinal y enfermedades del aparato genito-urinario, diabetes y tuberculosis pulmonar, entre otras. También presentan mayor riesgo de aborto y complicaciones en el parto.⁶²

Para el producto es grave también porque la nutrición materna durante la gestación influye no sólo en el bajo peso del niño al nacer -o sea en desnutrición desde antes del nacimiento- y en su maduración, sino también en sus reservas de hierro, vitaminas y otros nutrientes necesarios para la primera infancia;⁶³ tiene por eso pocas posibilidades de tener un porvenir sano.

Varios estudios muestran que la madre es el miembro más desnutrido de la familia y que el padre es el que lo está menos. Los

⁶² OPS-OMS. *La mujer en la... Op. cit.*

⁶³ Khama, Sumedha. "Las condiciones de salud de la mujer en América Latina y el Caribe". En: *Boletín en la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. LXXVIII. No. 6. Junio 1957. p. 552-562.

hijos, que se encuentran en una situación intermedia, reciben también diferente calidad y cantidad de alimentos de acuerdo a su sexo, habiéndose encontrado hasta el doble de desnutrición en las niñas que en los niños,⁶⁴ con lo cual están siendo afectados su desarrollo afectivo y cognoscitivo y sus futuras funciones reproductoras.

Educación.- El sistema educativo del país no puede dar respuesta a la creciente demanda. En 1980 había 6 451 740 analfabetas, de los cuales el 38.8% eran hombres, y el 61.2% restante, mujeres. En el Distrito Federal habían 246 079 mujeres que no sabían leer ni escribir, frente a 80 730 hombres en las mismas condiciones.⁶⁵

También en 1980 habían 4 700 603 niños de entre 5 y 14 años que no asistían o habían asistido nunca a la escuela primaria. La razón principal aducida para no hacerlo era la falta de cupo; la segunda, la necesidad de trabajar o ayudar a la familia; la tercera, incapacidad, y la cuarta, escuela lejana o inexistente. Un porcentaje ligeramente mayor de ellas eran mujeres.⁶⁶

Aunque a nivel de primero de primaria casi 50% de los inscritos son niñas, la proporción de ellas va bajando, de modo que en educación superior, en el ciclo 82/83, sólo el 35.1% del total de inscritas, eran mujeres.⁶⁷ En 1980 habían 319 090 profesiona-

⁶⁴ Instituto Nacional de la Nutrición. Citado en IEPES. *Programa mínimo de integración de la mujer al desarrollo*. México. IEPES. 1982.

⁶⁵ S.P.P. X Censo general... *Op. cit.* p. 45.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 51

⁶⁷ CONAPO. *Breviario demográfico*... *Op. cit.* p. 44.

tas hombres, por 71 727 mujeres.⁶⁸

La falta de educación puede tener diversos efectos sobre la salud de las mujeres, en particular de las madres y de sus hijos, pues ellas tendrán más dificultad para aceptar lo que se les proponga en relación a saneamiento, lucha contra las infecciones, nutrición, regulación de la fecundidad, atención pre y postnatal y crianza de los hijos.⁶⁹

Como muchas veces las mujeres -sobre todo entre las campesinas pobres- no estudian ni trabajan, hay la tendencia a "darlas" en matrimonio a edades muy tempranas, a veces casi niñas, por lo que también se embarazan siendo muy jóvenes.

En 1980 había 38 509 muchachas de entre 12 y 14 años con 1, 2 ó 3 hijos, y 475 977 jóvenes de entre 15 y 19 años, con entre 1 y 7 hijos.⁷⁰

En relación también con la educación, y como muestra del aislamiento y resistencia cultural de algunos grupos, 1 174 594 mexicanos no hablan español, sino alguna de las 41 lenguas principales* del país. Además, sólo en el D. F. se hablan 39 de esas lenguas, y en cada uno de los estados se reproduce la misma situación: 39 lenguas en el Estado de México, 34 en Oaxaca, etc.,⁷¹ lo cual obviamente dificulta la llegada de cualquier mensaje, en este caso de salud, a dicha población.

* Hay más.

⁶⁸ S.P.P. X Censo General... *Op. cit.* p. 99.

⁶⁹ OPS-OMS. *La mujer en la...* *Op. cit.*

⁷⁰ S.P.P. X Censo General... *Op. cit.* p. 223.

⁷¹ *Ibid.* 247-251.

Vivienda.- El crecimiento incontrolado de las ciudades, particularmente de la Ciudad de México, provocado por el proceso de industrialización y por la crisis agrícola, ha agudizado el problema de la vivienda.

En 1970 el déficit de vivienda era de 3.4 millones, y en los últimos años ha aumentado a más de 5 millones.⁷²

Además, un gran número de personas viven en casas habitación que no son adecuadas para la vida. De 12 074 609 viviendas privadas que en 1980 existían en México, 3 434 416 no disponían de agua y 2 510 317 no la tenían en la vivienda sino en el edificio o en la llave pública.⁷³

Según informes de OMS y OPS, en México sólo 64% de la población urbana y 19% de la población rural, está provista de agua potable,⁷⁴ y el porcentaje de población con alcantarillado es de 36% en el área urbana y de 9% en la rural.⁷⁵

Para 1980 no disponían de energía eléctrica 2 630 288 viviendas,⁷⁶ y había 378 085 viviendas con 9 y más ocupantes en un solo cuarto.⁷⁷

Diversos estudios realizados en diferentes países muestran que hay incidencia más elevada de morbilidad y mortalidad entre los habitantes de viviendas inadecuadas por falta de servicios o

⁷² Ramírez, C. Citado en Rojas Soriano. *Op. cit.*

⁷³ S.P.P. X Censo General... *Op. cit.* p. 363.

⁷⁴ OPS-OMS. *Estrategias...* p. 71.

⁷⁵ *Ibid.* p. 98-99.

⁷⁶ S.P.P. X Censo General... *Op. cit.* p. 363.

⁷⁷ *Ibid.* p. 373.

hacinamiento.

Se reportan así índices más elevados de enfermedades infecciosas, incidencia más temprana de sarampión y tosferina, y mayor incidencia de tuberculosis. La mujer embarazada se ve afectada por esta situación, pues en ese período ella es más susceptible a sufrir infecciones.

El ambiente físico y social puede explicar, en gran medida, las principales causas de mortalidad infantil y general que ya se mencionaron, así como las principales causas notificadas de enfermedades transmisibles.

1. Infecciones respiratorias agudas.
- 2.- Enteritis y otras enfermedades diarréicas.
- 3.- Otras parasitosis intestinales.
- 4.- Amibiasis.
- 5.- Influenza

Fuente: S.S.A. Dirección General de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. 78

La OMS afirma que el balance de salud para nuestros países es desalentador pues aunque se ha erradicado la viruela, continúan las enfermedades de la pobreza como las transmisibles, fiebre amarilla, dengue, malaria, enfermedad de chagas y toxosis por bajo nivel de saneamiento. Incluso han reaparecido algunas epidemias que se consideraban abatidas.⁷⁹

Pero hay, además, especialmente en las grandes ciudades, ca

⁷⁸ S.P.P. Información... *Op. cit.* p. 21.

⁷⁹ OPS-OMS. *Estrategias...*

da vez más enfermedades características del subdesarrollo como accidentes de tráfico y de trabajo causados por la maquinaria moderna; intoxicaciones por contaminación ambiental, plaguicidas, drogadicción o abuso de medicamentos; enfermedades degenerativas y neoplásicas, como enfermedades cardiovasculares y cáncer, y enfermedades psicosomáticas causadas por el acelerado ritmo de trabajo y de vida.⁸⁰

Es de esperarse -plantean los expertos de la OMS- que con la mayor urbanización que se espera (para 1980, el 80% de la población se concentrará en las urbes), y el cambio de pautas de comportamiento que ésta traerá, habrá más neurosis, retraso mental, trastornos convulsivos, alcoholismo y farmacodependencia.⁸¹

El Plan de acción mundial sobre población fijó como meta para 1985 una esperanza de vida al nacer de 62 años. México ya lo rebasó pero no para todas las clases sociales.⁸²

Los asalariados agrícolas tienen una esperanza de vida de 54.2 años,⁸³ y de 450 mil personas que en 1970 murieron en México, 200 mil eran menores de 5 años.⁸⁴

⁸⁰ Laurell, Ása Cristina. *Sociología médica*. Clases dictadas en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1975.

⁸¹ OPS-OMS. *Estrategias...* *Op. cit.*

⁸² Narro, José R., Urbina Fuentes, Manuel, Castro Roberto, Palma, José Luis, Palma Cabrera, Yolanda. "Evolución reciente de la mortalidad en México". En: *Comercio Exterior*. Vol. 34. No. 7. México. Julio 1984. p. 636-646.

⁸³ Bronfman, Mario, Tuirán, Rodolfo A. "La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". En: *Cuadernos Médico Sociales*. No. 29-30. Rosario, Argentina. Noviembre 1984. p. 53-75.

⁸⁴ Laurell. "Medicina y capitalismo...". *Op. cit.*

Es cierto que la mortalidad infantil ha venido descendiendo, pero aún es de 49.7 mientras que en Suecia es de 3.6.⁸⁵ La cifra de la mortalidad infantil en México es superior no sólo a la de países de América del Norte, sino a la de muchos países del cono Sur y del Caribe.

El problema es aún más grave si se considera que aún hay un subregistro de 40% de las muertes neonatales y de 20% de las infantiles.

Muchos de los infantes que sobreviven están ya marcados por la situación en la que nacen y se desarrollan pues "hay un ciclo recurrente de mala salud, crecimiento deficiente y disminución de la capacidad, mediante el cual la pobreza de una generación extiende su sombra sobre la siguiente."⁸⁶

El derecho a la salud está ya establecido en las cartas magnas de diversos países -México entre ellos-, en la declaración de los derechos humanos de las Naciones Unidas y en la constitución de la OMS,⁸⁷ pero el número de muertes evitables es el equivalente a 6 bombas de Hiroshima al año en el mundo subdesarrollado, lo que representa una violencia callada.⁸⁸

Por ello dice un autor: "Si se nos pidiera escribir un epitafio de la medicina del siglo XX, éste asumiría la siguiente forma:

⁸⁵ OPS-OMS. *Estrategias... Op. cit.*

⁸⁶ Grant. *op. cit.*

⁸⁷ Vargas Tentori, Fortunato. "Atención primaria de salud: estrategia para extender los servicios a la población marginada". En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 90. No. 1. 1981. p. 1-7.

⁸⁸ Navarro, Vicente. "La naturaleza del imperialismo y sus implicaciones en la salud y la medicina". En su *Salud e imperialismo*. México. S. XXI. p. 9-15.

"brillante en sus descubrimientos, grandiosa en sus avances tecnológicos, pero desastrosamente incapaz de su aplicación para el beneficio de aquéllos que la necesitan más."⁸⁹

Un problema fundamental en la aplicación de la medicina en México ha sido que los servicios de salud han evolucionado de acuerdo a las exigencias del mercado exterior capitalista, y no en relación a las necesidades de la población.

Esto se observa desde la política del sanitarismo que empezó a desarrollarse a fines del siglo pasado y, luego, durante las 3 primeras décadas de este siglo. A través de esta política el estado mexicano organizó campañas sanitarias en puertos, y centros agrícolas y mineros para evitar que los trabajadores fuesen víctimas de epidemias, y lograr así cumplir el papel de exportadores de materias primas y productos agrícolas que, ya se decía, le había sido asignado a México en la división internacional del trabajo.⁹⁰

En este siglo, esta política se ha repetido en la lucha contra las enfermedades endémicas de la población rural ligada a la explotación petrolera.⁹¹

A partir del período de sustitución de importaciones en que se desarrolló la industria, hubo una acumulación acelerada a base

⁸⁹ Valdez. *Op. cit.* p. 31.

⁹⁰ Vargas de la Mora, Virginia. *Análisis sociológico de las políticas del estado mexicano en el sector salud (sanitarismo, seguridad social y medicina comunitaria)*. Tesis. México. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1980.

⁹¹ Robledo, Cecilia, Santamaría, Ana. *Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México*. Tesis. México. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1982.

de intensa explotación del trabajo, aumento de precios y subsidio a empresarios.⁹² El estado mexicano adoptó entonces una nueva política de salud dirigida a los trabajadores asalariados sobre quienes se estaba orientando la economía del país: la seguridad social cuyo origen se remonta a la Alemania de Bismak.⁹³

Se pretendía con ella mantener la capacidad de trabajo de la población obrera pues en la sociedad capitalista se busca insertar al trabajador en la producción, y sano es, por tanto, aquél que está en condiciones para trabajar.

El estado, por su parte, buscaba mediatizar la lucha de un proletariado que nacía pujante, apareciendo como protector del mismo.

Pero la seguridad social no surgió sólo como un proyecto desde arriba, sino también a causa de las demandas de la clase obrera por obtener ciertas reivindicaciones, entre ellas la salud.⁹⁴

Sus antecedentes se remontan en México a las luchas de las asociaciones mutualistas y de las cooperativas de los asalariados, que desde el siglo XIX buscaban protección contra los accidentes, la invalidez y la muerte.⁹⁵

Importante para su surgimiento fue también la Revolución Mexicana de 1910-17 en la que, si bien se consolidó al capitalismo,

⁹² Teixeira. *Trabajo, valoración. Op. cit.*

⁹³ Entralgo, Lafn. *La medicina actual*. Barcelona, España. Grijalbo. 1981.

⁹⁴ Vargas de la Mora. *Op. cit.*

⁹⁵ Rojas Soriano. *Op. cit.*

hubo una importante participación campesina y popular, reflejada luego en los artículos 27 y 123 constitucionales.⁹⁶

Lo anterior no quiere decir que el proyecto de seguridad social no tuviera enemigos tanto entre los patronos, como entre los médicos y entre la misma clase obrera.

Al IMSS se opusieron grupos patronales ligados a compañías privadas de seguros y al gobierno estadounidense, médicos privados que se resistían a convertirse en empleados del gobierno, así como una corriente sindical independiente que consideraba que la política estatal que quería impulsarlo era paternalista y burocrática y estaba al servicio de los patronos.⁹⁷

Por eso, si bien Lázaro Cárdenas aprobó desde 1938 el proyecto de ley del seguro social, ésta se promulgó hasta 1943 con Ávila Camacho y un año después se introdujo en el campo. Entre 1959 y 1961 se creó el ISSSTE.⁹⁸

La demostración más evidente del interés económico del estado al sustentar su política de seguridad social, es que, ésta no iba dirigida a toda la población, sino que era una política selectiva, sólo para obreros, por el papel económico y político que ellos jugaban. Esto es aún vigente.

La seguridad social se ha basado en los servicios personales de salud, o sea en la atención médica individual, con poco énfasis en la prevención, y ha sido fundamentalmente hospitalaria.

⁹⁶ Teixeira. *Trabajo, valoración...* *Op. cit.*

⁹⁷ Gómezjara, Francisco. "Fábricas y supermercados de salud". En: *Mercado et al. Op. cit.* p. 167-312.

⁹⁸ Robledo, Santamaría. *Op. cit.*

Esta política fue respaldada desde 1910 por el informe Flexner -resultado de una investigación financiada por la fundación Carnegie-, el cual como se dijo en el capítulo previo, sentó las bases de la institucionalización de la medicina científica en Estados Unidos, con apoyo de las grandes corporaciones y de dispositivos disciplinarios por parte del estado.

Dicho informe que marcó después las pautas de la educación y de la práctica médica en casi todos los países del mundo, privilegiaba las orientaciones biomédica y clínica y el estudio de problemas excepcionales, así como la experimentación y la práctica curativa en hospitales, aunque esto significara dejar de lado la salud de amplios sectores de la población.⁹⁹

Se calcula que actualmente la cobertura real de la población es de 54.7%. 24% de ella es atendida por la seguridad social, 12.3% por la medicina liberal y 18.4% por la asistencia liberal; quedando sin cobertura el 45.3% de todos los mexicanos.¹⁰⁰

Para el año 78-79, el presupuesto era como sigue:

⁹⁹ Frenk, Julio. "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana". En: *Néxos*. No. 1. 1978. p. 21-24.

¹⁰⁰ COPLAMAR. *Op. cit.*

	Presupuesto
Medicina privada	?
IMSS	56.4 %
ISSSTE	29.7 %
SSA y otros	15.8 %

Fuente: Segundo informe de gobierno 1978.
 Anexo gráfico p. 93.
 Presupuesto de egresos de la federación 1977. 101

Como se observa, se destinan menos recursos para una población mayor, y la misma desproporción se observa en el número de camas y de enfermeras y médicos.

Hay, pues, un desequilibrio en el presupuesto para asistencia médica de acuerdo a los grupos a los que ésta va dirigida y esta distribución inequitativa de recursos en salud, es sólo una manifestación de la distribución social igualmente inequitativa de recursos en general.¹⁰²

La población no atendida por la medicina hegemónica está constituida por campesinos, artesanos, obreros de la pequeña y a veces, de la mediana industria, desempleados y subempleados y a ellos va dirigida la política de extensión de cobertura, también llamada medicina comunitaria o atención primaria de salud, cuyas metas se establecieron en las reuniones de ministros de salud de las Américas, en las que se proyectaron planes decenales correspondientes a los períodos 1962-1971 y 1972-1981.

¹⁰¹ Ajenjo, Vital Galicia. *Op. cit.* p. 52.

¹⁰² Navarro. *La medicina bajo... Op. cit.*

Quien dio las pautas de esta nueva política fue el informe Carnegie. Este documento-proyecto planteó, entre otras cosas, sacar a la práctica médica de hospitales y escuelas y llevarla a lugares alejados carentes de recursos; realizar prevención; lograr que la comunidad participe en acciones de salud a través de grupos dirigidos por médicos, e instaurar centros de salud que canalicen a instituciones hospitalarias a los pacientes que así lo requieran.¹⁰³

La medicina comunitaria tiene su origen en los países socialistas, desde la década de los 50. En América se inició a principios de los 60 en Cuba.

Estados Unidos lo empezó a promover en su país entre los años 62 y 64, al calor de las rebeliones de los ghettos negros en las grandes ciudades, como Los Angeles, Chicago y Nueva York.¹⁰⁴

Durante la administración Kennedy, tratando de contrarrestar los movimientos revolucionarios ocurridos en América Latina, se propuso también para esta zona.

En México, la medicina comunitaria empezó a ponerse en práctica desde 1973, en zonas marginales del Distrito Federal y luego en zonas rurales. Causas de su implementación fueron las luchas de mineros, telegrafistas, médicos, maestros y ferrocarrileros durante los 50, el movimiento estudiantil de fines de los 60, y la insurgencia obrera, campesina y popular de la década de

¹⁰³ Vázquez de la Mora. *Op. cit.*

¹⁰⁴ Sanginés Y., Agustín. "La medicina familiar comunitaria". En: Mercado et al. *Op. cit.* p. 79-109.

los 70,¹⁰⁵ pues, como en otros lugares, se busca controlar a sectores revolucionarios, o potencialmente revolucionarios, a través de esta política.

Se han sucedido así: el programa de extensión de cobertura, luego el programa de medicina familiar comunitaria y desde 1979 el programa de salud rural ligado al de planificación familiar tanto de la SSA, como del IMSS, a través de IMSS-COPLAMAR.¹⁰⁶

Sin embargo se presentan contradicciones pues a causa de la crisis económica hay lucha de clases, que el estado trata de contrarrestar con políticas dirigidas a los sectores populares como ésta de atención primaria de salud, pero también debido a la crisis, se ven afectados los programas de sanidad, pues no hay recursos para ellos.

Hoy se habla de extender la cobertura, es decir atender a más mexicanos, pero con restricción del gasto social y, para lograrlo, en los hospitales de seguridad social y asistencia social se imponen topes salariales al personal de salud; no se contrata nuevo personal cuando alguien deja su puesto, o sea se aumenta la carga de trabajo del personal de salud, y se abandonan las instalaciones a su deterioro natural, todo lo cual afecta en última instancia al paciente, quien recibe una atención de pésima calidad.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Maldonado Leal, Edelmiro. *Breve historia del movimiento obrero*. Monterrey, México. S.E. 1977.

¹⁰⁶ Mercado C., Francisco. "Medicina comunitaria: estrategia imperialista y coyuntura política". En: *Mercado et al. Op. cit.* p. 111-116.

¹⁰⁷ Laurell, Ása Cristina. "La política de salud en la crisis económica 1976-1978". En: *Territorios* No. 2. UAM-X. 1980. p.

A la cara y sofisticada medicina hospitalaria, se opone hoy la comunitaria que responde a los programas de austeridad, implementados por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

Se forman, por ejemplo, en unas cuantas semanas, enfermeros rurales a los que no les paga el estado sino que se sostienen de vender medicamentos -la medicina comunitaria busca también ampliar el mercado de consumidores de fármacos-, y que supuestamente deben apoyarse en la comunidad.¹⁰⁸

Pero cuando se habla de participación comunitaria en acciones de salud, no queda claro cómo se dará ésta y, generalmente, la comunidad es sólo receptora de acciones de salud o, en todo caso, ejecutora de las mismas. Estos programas pretenden que cada quien es responsable de su salud, pero aunque se reparten responsabilidades, no se permite el acceso al poder.¹⁰⁹

Los principales aspectos que tocan los programas de extensión de cobertura son: la reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles, el mejoramiento de la nutrición, el saneamiento básico del medio ambiente y la atención materno-infantil.¹¹⁰

Se da gran importancia a este último rubro pues, como se decía, la mortalidad infantil es aún muy alta, y la primera causa de muerte para las mujeres entre 15 y 37 años es la relacionada

¹⁰⁸ Sangines. *Op. cit.*

¹⁰⁹ Testa, M. Citado en: Ulate, Keyzer. *Op. cit.*

¹¹⁰ Robledo, Santamaría. *Op. cit.*

con el parto,¹¹¹ además de que el número de mujeres aseguradas permanentemente es mucho menor que el de los hombres como se puede ver a continuación:

	Total	Mujeres	
1965	1 772 605	408 270	23 %
1970	2 459 901	572 513	23.2 %
1976	3 756 164	903 385	24 %

fuentes: S.P.P. La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar. México 1979. 112

Para lograr estas metas propuestas se plantea, además de la formación de promotores de salud y la participación comunitaria, que ya se mencionaron, la incorporación a los programas de atención primaria en salud, de los médicos tradicionales.

¹¹¹ IEPES. . *Op. cit.*

¹¹² CONAPO. *Breviario demográfico... Op. cit.* p. 47.

Cuando fray Bartolomé Arrazola se sintió perdido aceptó que ya nada podría salvarlo. La selva poderosa de Guatemala lo había apresado, implacable y definitiva...

Al despertar se encontró rodeado por un grupo de indígenas de rostro impenetrable que se disponía a sacrificarlos ante un altar...

Entonces floreció en él una idea que tuvo por digna de su talento y de su cultura universal y de su arduo conocimiento de Aristóteles. Recordó que para ese día se esperaba un eclipse total de sol. Y dispuso, en lo más íntimo, valerse de aquel conocimiento... para salvar la vida.

-Si me matáis -les dijo- puedo hacer que el sol se oscurezca en su altura.

Los indígenas lo miraron fijamente y Bartolomé sorprendió la incredulidad en sus ojos. Vio que se produjo un pequeño consejo, y esperó confiado, no sin cierto desdén.

Dos horas después el corazón de fray Bartolomé Arrazola chorreaba su sangre vehemente sobre la piedra de los sacrificios (brillante bajo la opaca luz de un sol eclipsado), mientras uno de los indígenas recitaba sin ninguna inflexión de voz, sin prisa, una por una, las infinitas fechas en que se producirían eclipses solares y lunares, que los astrónomos de la comunidad maya habían previsto y anotado en sus códices sin la valiosa ayuda de Aristóteles.

Augusto Monterroso. "El eclipse"

Capítulo III

A pesar de los poseedores de la verdad... Persistencia de la denominada medicina tradicional

Los amplios sectores de población que no tienen, en la práctica, derecho a una vivienda decorosa, a servicios, a alimentación adecuada o a educación, tampoco tienen acceso a los servicios organizados de salud.

En el Programa Nacional de Salud el Poder Ejecutivo reconoce que en México hay cerca de 14 millones de pobladores que no pueden pagar un médico privado, que tampoco gozan de seguridad social, ni son atendidos por la asistencia social.¹

Algunos autores dan cifras de hasta 20 millones de mexicanos sin acceso a los servicios modernos de salud.² Sin embargo, sería incorrecto pensar que ellos no poseen recursos médicos. Una de las razones del fracaso de algunos centros del programa IMSS-COPLAMAR, por ejemplo, fue precisamente que se establecieron en comunidades donde no habían médicos occidentales pero sí una gran cantidad de médicos tradicionales, como en Pasté, cerca de Zinacantán, donde hay un ilol por cada 70 habitantes.³

¹ Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. México. 1984.

² Laurel, Asa Cristina. "La política de salud en los 80". En: *Cuadernos Políticos* No. 23. México. Enero-marzo 1980. p. 89-97.

³ Zolla, Carlos. "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En: Lozoya y Zolla (comp.) *La medicina invisible*. México. Folios. 1983. p. 14-37.

Por "médico tradicional" se entiende a la "persona reconocida por la comunidad en la que vive como competente para prestar atención de salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad, en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez".⁴

A la "medicina tradicional" se le define como "la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención o supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra".⁵

Algunos autores critican el término de medicina tradicional pues, por un lado -dicen-, da éste la idea de estatismo y, por el otro, la de ser un fenómeno único, cuando, en realidad, los sistemas curativos de cada grupo o comunidad son muy dinámicos y tienen características específicas.⁶

Se afirma, por otro lado, que toda medicina que se practica

⁴ AFRO Technical Report Series No. 1. Citado en Expertos de la OMS. *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. OMS. Ginebra, Suiza. 1978. p. 9.

⁵ *Ibid.* p. 8.

⁶ Cardoso, Rosario. "Medicina tradicional en México: algunos cuestionamientos al término". En: *Argonautas*. No. 3. México. Revista de Etnología. Noviembre 1985. p. 7-13.

actualmente y está dirigida al logro de la asistencia sanitaria es moderna.⁷

Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, recurrimos al término por su conveniencia académica al ser éste generalmente aceptado y no existir, hasta el momento, otro mejor que lo sustituya.

La medicina tradicional es diferente en cada país. Por ejemplo, en México, la acupuntura es una terapia relativamente reciente, pero en China es parte de la medicina tradicional.

La medicina tradicional mexicana es heredera de la medicina indígena mesoamericana: el hierbero de los conocimientos sobre más de 3 000 plantas medicinales, los sobadores y hueseros del saber sobre el cuerpo humano, los curanderos de los valores sociales y morales de la comunidad.⁸

En la región de Mesoamérica no había una sola medicina, sino varias que correspondían a la pluriculturalidad de la zona. De ellas, la mexicana fue la que alcanzó mayor difusión, como resultado del dominio económico que ejercían los aztecas sobre otros pueblos sujetos a tributo. A su vez, dicha medicina era herencia de varios pueblos que habían ya desaparecido.⁹

Los mexicanos distinguían el asma, la tuberculosis, la pleuritis y muchísimas enfermedades más; realizaban trepanaciones, aplicaban anestesia y se dieron cuenta de la circulación de la

⁷ Expertos de la OMS. *Op. cit.*

⁸ Antochiw, Michel. "La medicina indígena". En: *México Indígena*. No. 9. Marzo-abril 1986. México. INI. p. 8-9.

⁹ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Medicina y Magia. Proceso de aculturación en la estructura colonial*. México. INI. Serie de Antropología Social. Colección SEP/INI. No. 1. 1980.

sangre.¹⁰

Dividían a las enfermedades, así como a las plantas y a los alimentos, en fríos y calientes y pensaban que el exceso de frío o calor debía tratarse con su contrario. Es decir, un mal frío con un alimento o planta caliente y a la inversa.¹¹

A la llegada de los españoles Nezahualcōyotl y Moctezuma tenían jardines zoológicos y botánicos, y clasificaban a las plantas por sus raíces, tallos, hojas, flores y usos, y tenían una división equivalente a la de familias, géneros y especies que dos siglos más tarde establecería Linneo.¹²

Cortés se puso en manos de los médicos indígenas para curar sus heridas de la Noche Triste,¹³ y en 1522 rogó al emperador Carlos V que no autorizara la venida a las "nuevas" tierras de clérigos, licenciados o médicos. Su petición no fue escuchada y, efectivamente, todos fueron voraces. Relata Motolinía que después de pagar botica y médico, no quedaba dinero para el entiero.¹⁴

Algunos misioneros franciscanos -fray Bernardino de Sahagún

¹⁰ García Villeneuve, Carlos, Perera Quintana, Susana. *Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina*. México. IMSS. 1981.

¹¹ López Austin, Alfredo. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Tomo I. México. UNAM. 1984.

¹² Anzures y Bolaños, Ma. del Carmen. *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. México. Tesis de maestría en Antropología. SEP. ENAH. 1984.

¹³ Aguirre Beltrán. *Op. cit.*

¹⁴ Benítez Fernando. *Los primeros mexicanos*. México. Era. 1975.

entre ellos-, trataron de reunir los restos del protomedicato azteca y tezcocano, y fundaron el Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco donde se formaban los indígenas en la antigua medicina.¹⁵

Sin embargo, la Inquisición y el clero acabaron con estos intentos. Los médicos indígenas fueron perseguidos. Pedro Ruiz de Alarcón obtuvo, bajo tortura, los conjuros mágicos empleados por los médicos indígenas, para atacar después a éstos en los procesos que se les seguían.¹⁶ De la Serna y Farfán también investigaron la medicina precolombina para tratar de destruirla. A pesar de eso, este saber no pudo ser aniquilado, pero sí se le tasajeó y ésto impidió que fuera sistematizado teóricamente. Es imposible asegurar cómo habría evolucionado la medicina indígena si esto no hubiese ocurrido.

El 7 de enero de 1579 se creó la cátedra de medicina en la Real y Pontificia Universidad, a la cual no tuvieron acceso ni los naturales, ni los hombres de mezcla, y de la cual salieron unos cuantos médicos que atendían en las ciudades y sólo a la población española y criolla. Esto quiere decir que, durante la colonia, los indígenas no fueron atendidos por la medicina occidental, y, en realidad, ellos tampoco lo procuraron, sino que conservaron sus antiguas formas de interpretar, prevenir y tratar a la enfermedad.¹⁷

¹⁵ Aguirre Beltrán. *Op. cit.*

¹⁶ López Austin, Alfredo. *Textos de medicina náhuatl*. México. UNAM. 1984.

¹⁷ Aguirre Beltrán. *Op. cit.*

La coexistencia de sistemas médicos era reflejo de la estructura económica dual: mercantilismo capitalista y economía de subsistencia, la cual se mantuvo, aunque sí se acabó la economía tribal sustentada en los grandes centros ceremoniales.¹⁸

Las concepciones y terapias de los indígenas no permanecieron, desde luego, inalterables, sino que fueron modificadas por el cristianismo -impuesto a la población- y por otras prácticas médicas.

Como en todos los demás aspectos de la vida hubo un proceso de aculturación. Precisamente por medicina tradicional mexicana se entiende aquella que fue producto de los sincretismos, desde la época colonial, de:

- La medicina española del siglo XVI, que contenía tanto a la medicina europea del Medievo, de carácter religioso y con elementos de medicina clásica, como a la medicina del folclore español, la cual había sido influida, entre otros, por los sistemas médicos celta, judío y árabe.

- La medicina indígena mesoamericana formada -se decía- por un mosaico de sistemas médicos.

- Y la medicina negra que llegó con los esclavos entre 1580 y 1640.^{19, 20}

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. México. IMSS. 1980.

²⁰ Foster, George M. "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La antropología médica en España*. Barcelona, España. Anagrama. 1980. p. 123-147.

Es necesario recalcar que estas medicinas no confluyeron en situación de igualdad pues la española "oficial" era dominante, mientras que la indígena y la negra, así como la popular ibérica fueron perseguidas.

Los españoles se llamaban a sí mismos gente de razón y trataron de imponer al indígena, al hombre de mezcla y al negro una medicina que tenía la función de mantener el orden del sistema de explotación colonial donde, por ejemplo, la envidia de los bienes ajenos era causante de enfermedad.²¹ Esto tuvo su contraparte. Así como la brujería prosperó en el Medievo europeo en la época de mayor desesperación para los campesinos, durante los siglos de dominio de la corona española se usó la magia contra la explotación. Una gran cantidad de causas de la Inquisición se siguieron contra negros y mulatos que trabajaban en minas o ingenios y que después de rogar sin éxito a Jesucristo, que interviniese contra la explotación y maltrato de la que eran víctimas, imploraban al demonio,²² personaje por cierto, importado también durante la colonia.

Pero la medicina tradicional no se detuvo ahí, sino que se siguió desarrollando en un proceso de aculturación con la medicina occidental y con otras terapias,²³ pero siempre como práctica marginada, si bien las Leyes de Indias permitieron que los indí-

²¹ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Medicina y magia... Op. cit.*

²² *Ibid.*

²³ Anzures y Bolaños. *Op. cit.*

genas conservasen sus sistemas curativos.²⁴

Ejemplos de sincretismos son los siguientes:

El mal de ojo es un síndrome proveniente del Medievo europeo.²⁵

La pérdida del tonalli, en cambio, es autóctona, pero aquí hay también una amalgama pues se traduce como pérdida del alma -de origen cristiano-, o como pérdida de la sombra -idea que procede de la medicina africana-, cuando, según Ruiz de Alarcón, la traducción de tonalli podría ser fortuna, hado o estrella.²⁶

Al lado de plantas medicinales indígenas se emplean ruda, boldo, hinojo y llantén,²⁷ así como ruibarbo, artemisa, estafiate y zarzaparrilla,²⁸ que vinieron de Europa.

Aun hoy las diferentes terapias continúan interactuando. Los médicos tradicionales usan productos asiáticos como el yen-shen y medicamentos de patente, en algunos lugares desde los años 30.²⁹

Después de la independencia los criollos, que representaba únicamente el 15% de la población, trataron de imponer el español y la medicina occidental -para entonces la versión francesa de la

²⁴ Aguirre Beltrán. *Medicina y Magia... Op. cit.*

²⁵ Aguirre Beltrán. *Programas de salud en la ... Op. cit.*

²⁶ Aguirre Beltrán. *Medicina y Magia... Op. cit.*

²⁷ Lozoya, Xavier, Zolla, Carlos. "Medicina tradicional en México". En: *colección de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 96. No.4. Abril 1984.p.360-364.

²⁸ Viesca, Carlos. "De la medicina indígena a la medicina tradicional". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 3-5.

²⁹ Fernández, Eduardo. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México. Casa Chata. 1981.

medicina galénica- a una población que tenía otras lenguas y una manera diferente de enfrentar los problemas de salud-enfermedad. La medicina indígena que había sido anteriormente acusada de supersticiosa por los religiosos, fue acusada de prelógica por los positivistas.³⁰

A lo largo de siglo XIX hubieron en México epidemias de tifo exantemático, fiebre amarilla, viruela, sarampión y cólera morbus, las cuales no desaparecieron sino hasta las primeras décadas del siglo XX, debido fundamentalmente al mejoramiento de las condiciones de vida. Es decir, ni la medicina occidental, ni la medicina tradicional pudieron enfrentarlas mientras existieron, pero a pesar de ello, la medicina universitaria nunca dejó de despreciar a la tradicional.³¹

Ni los liberales, ni los intelectuales del porfirismo revaloraron a esta medicina. Los segundos editaron algunos libros sobre plantas medicinales, pero afirmando que había que investigar sobre ellas antes de reconocer su valor.³²

Los efectos del tacuache, como estimulante de las contracciones uterinas, por ejemplo, fueron estudiados por los investigadores del Instituto Médico Nacional a fines del siglo pasado,³³

³⁰ Aguirre Baltrán, Gonzalo. "La medicina indígena en el siglo XIX". En: *México Indígena*. No. 9. Op. cit. p. 6-7.

³¹ *Ibid.*

³² Gómez Jara, Francisco. *Aspectos económicos de la medicina*. México. UNAM. Facultad de Medicina. Conferencia dictada en el curso Medicina y Sociedad. Octubre 1986.

³³ Viesca, Carlos. *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los náhuas*. México. Panorama. 1986.

pero, en general, se ocuparon sólo de los aspectos racionales de la medicina tradicional.

No fue sino hasta el surgimiento del Instituto Nacional Indigenista, en 1940, que se reconoció que los indios de México contaban con sistemas terapéuticos que eran producto de su sabiduría y muestra de la capacidad de respuesta que tenían ante sus problemas de salud. Después volvería este organismo a ver a la medicina tradicional como obstáculo, para, desde hace algunos años, tener nuevamente un cambio y plantear que la medicina tradicional es un recurso que debe ser respetado e impulsado.³⁴

Durante el gobierno de Luis Echeverría se creó IMEPLAM dentro del CONACYT, para el estudio de plantas medicinales, pero este proyecto se acabó durante el gobierno de López Portillo.

A pesar de retrocesos, en años recientes han habido encuentros de curanderos en la península yucateca.³⁵

También en Chiapas se han realizado congresos indígenas con tzotziles, ch'oles, tojolabales y tzeltales donde, además de los puntos de tierra, comercio y educación, se ha tratado el de salud.³⁶

La antropología social ha ayudado a la revaloración de la medicina tradicional, pues, a diferencia del positivismo comtiano

³⁴ Subdirección de Atención a la Salud y Bienestar Social del INI. "El INI y la medicina indígena". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 49.

³⁵ Balam, Gilberto. "Medicina indígena en la península yucateca". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 20-22.

³⁶ Juárez, Pedro. "Declaración tzotzil sobre salud. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 1974." En: Lozoya y Zolla (comp.) *La medicina invisible*. *Op. cit.* p. 11-13.

que niega valor a cualquier hecho que no pueda ser demostrado objetivamente, esta ciencia demanda que los fenómenos sean analizados de acuerdo al contexto en el que se producen.³⁷

En la medicina tradicional el hombre es el punto de partida de la cultura y ésta no es explicable sin él, pero, a diferencia de los occidentales que concebimos nuestro quehacer como especialidad, para ella la cultura es un todo coherente,³⁸ donde el hombre es considerado de manera holística y dentro de su organización social y su sistema ecológico.³⁹

En otras palabras, para la medicina tradicional existe una interrelación entre cuerpo humano, cuerpo social y universo,⁴⁰ y la enfermedad no procede sólo del agente causal, sino de una alteración de las relaciones armónicas de los hombres entre sí o de éstos con el universo.⁴¹

Por lo anterior, la enfermedad no es un problema individual, sino colectivo, cuya solución es fundamental para el equilibrio de la sociedad. La medicina buena es entonces la que da cohesión y seguridad al grupo y la mala, la que causa ansiedad.⁴²

Entre los otomíes, por ejemplo, los chamanes no tienen sólo

³⁷ Aguirre Beltrán. "La medicina indígena en el..." *Op. cit.*

³⁸ Herrasti, Lourdes, Ortiz, Andrés. "Medicina tradicional y cultura indígena. Entrevista a Andrés Fábregas". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 10-15.

³⁹ Expertos de la OMS. *Op. cit.*

⁴⁰ Galinier, Jacques. "Cosmología e interpretación de la enfermedad". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 23-25.

⁴¹ Antonchiv. *Op. cit.*

⁴² Aguirre Beltrán. *Medicina y Magia... Op. cit.*

la responsabilidad de curar, sino también la de asegurar el bienestar de la comunidad.⁴³

La medicina tradicional no solamente concibe, sino también previene, diagnóstica, realiza el tratamiento y hace el pronóstico de las enfermedades de acuerdo a claves profundas de la cultura del grupo.⁴⁴

Para los españoles existía, en el momento de la conquista, separación entre razón-revelación, cuerpo-alma, hombre-divinidad, vida-muerte; mientras que para el indígena había unidad entre físico y metafísico, divino y humano, vida y muerte, hombre y cosmos, vigilia y sueño.⁴⁵ Actualmente aún se observa esta unidad, la cual se refleja en el saber y la práctica médicos.

El médico tradicional no trata enfermedades sino enfermos y piensa, incluso, que aquéllos se presentan de manera diferente en cada individuo.⁴⁶

Durante siglos ha dado gran importancia a los aspectos psíquicos, aun en enfermedades que se consideran de causa natural. Estos aspectos fueron durante mucho tiempo negados por la medicina occidental hasta que la medicina psicosomática empezó a mostrar que, en la etiología de los males, hay factores racionales -físico-biológicos-, así como aspectos irracionales -emotivo-cul-

⁴³ Galinier. *Op. cit.*

⁴⁴ Zolla, Carlos. "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* P. 16-19.

⁴⁵ Aguirre Beltrán. *Medicina y magia. Op. cit.*

⁴⁶ *Ibid.*

turales. Para la medicina tradicional, quienes experimentan emociones fuertes como vergüenza, envidia, tristeza, celos o incluso alegría pueden sufrir enfermedades.⁴⁷

En medicina tradicional la explicación y terapia de la enfermedad son místicas. Para los zoques de Chiapas, como para muchos otros grupos, el cuerpo -al que dividen en ocho partes asociadas a ocho aspectos de su cultura- trabaja a tal perfección que no podría fallar si una fuerza sobrenatural no lo ordenase así.⁴⁸

El curandero actual, al igual que el médico precortesiano, sabe elegir las yerbas apropiadas a las diferentes enfermedades, a pesar de no haber seguido los criterios de precisión, exactitud, dosificación, experimentación y reproductibilidad del camino científico, sino la práctica y el camino místico.⁴⁹

La medicina occidental critica de la tradicional la dosificación. A este respecto, en medicina tradicional la dosis del medicamento está en concordancia con el medio ambiente donde se emplea -por ejemplo, la noción de puñado en la selva-. Como dice Zolla, "dos semillas en un vaso de agua" es tan precario o tan efectivo como "dos tabletas con cada alimento".⁵⁰

Por otro lado, el hecho de que en medicina tradicional las plantas se usen completas evita iatrogenias pues, por ejemplo, la

⁴⁷ Aguirre Beltrán. *Programas de salud en la...* Op. cit.

⁴⁸ Herrasti, Ortiz. Op. cit.

⁴⁹ Aguirre Beltrán. *Medicina y magia...* Op. cit.

⁵⁰ Lozoya, Xavier. "A manera de introducción". En: *Medicina Tradicional*. No. 5. México. 1978. p. 3-9.

planta de la que se extrae la cortisona contiene elementos que _
 contrarrestan los efectos negativos del elemento que cura, los _
 cuales ya están excluidos de la cortisona sintética,⁵¹ lo cual _
 no quiere decir que no haya plantas tóxicas, que incluso pueden _
 provocar la muerte.

Hay en medicina tradicional una eficacia simbólica.⁵² Levy
 Bruhl ha propuesto que la supuesta extracción de objetos extra-
 ños del cuerpo que realiza el médico tradicional, no es una men-
 tira, sino un acto simbólico,⁵³ de la misma manera que los na-
 huas antes de salir a pescar simulaban el acto de la pesca.⁵⁴

El médico tradicional, como se decía al principio del capítu-
 lo, es respetado por la comunidad en la que practica. Entre _
 huicholes, mayas y tarahumaras hay familias y linajes que se dedi-
 can al estudio de la medicina.⁵⁵

En este último grupo, los omeríames o médicos más reconoci-
 dos son elegidos para el cargo supremo de siríame o gobernador. _
 Tienen ellos carácter sacro y resuelven no sólo los problemas in-
 dividuales de salud, sino otros como la ansiedad relativa a la _
 muerte o la caída de las lluvias.⁵⁶

⁵¹ Anzures y Bolaños. *Op. cit.*

⁵² Menéndez, Eduardo. *Clases subalternas y el problema de la medicina denomi-
 nada tradicional*. México. Casa Chata. 1986.

⁵³ Levy Bruhl. Citado en Aguirre Beltrán. *Medicina y magia... Op. cit.*

⁵⁴ Ruiz de Alarcón. Citado en *ibid.*

⁵⁵ Aguirre Beltrán. *Medicina y magia... Op. cit.*

⁵⁶ Aguirre Beltrán. *Programas de salud en la ... Op. cit.*

Entre los nahuas y los grupos de Tepetlixpa hay graniceros_ que piden lluvia cuando hay sequía y también protegen contra las tormentas.⁵⁷

Entre los curanderos de Morelos hay sentido de pertenencia_ y compromiso con su comunidad, así como de responsabilidad hacia los conocimientos recibidos,⁵⁸ y es que, generalmente, los médicos tradicionales creen que sus conocimientos proceden de revelación divina.⁵⁹

Este sentido de responsabilidad con la comunidad llega a _ tal grado que, por ejemplo en Chamula, cuando se presenta una _ epidemia contra la cual son impotentes los remedios de la medicina tradicional, muchos iloles se suicidan.⁶⁰

Los aspectos anteriormente descritos: la preocupación por_ el ser humano como un todo y no sólo por sus partes, el hecho de que la estructura del pensamiento del terapeuta tradicional sea_ común con la de la población a la que atiende,⁶¹ el cuidado de _ los aspectos psíquicos, la eficacia y el menor riesgo que la medicina tradicional implica son algunos de los principales factores que permiten explicar la persistencia de la práctica médica_

⁵⁷ Herrasti, Ortiz. *Op. cit.*

⁵⁸ Baytelman. Citado en Mora, Fernando, Hersh, Paul. *Introducción a la medicina social y salud pública*. México. Terra Nova-UAM X. 1984.

⁵⁹ Aguirre Beltrán. *Programas de salud en la... Op. cit.*

⁶⁰ Pozas. Citado en Herrasti, Lourdes. "Curanderías y medicina: conceptos antagónicos". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* p. 74-76.

⁶¹ Collado Ardón, Rolando. *Medicina científica y medicinas paralelas. Relaciones y perspectivas*. México. UNAM. Facultad de Medicina. Documento mimeografiado. S. F.

tradicional.

Esto no quiere decir que la medicina occidental no haya accedido hasta las comunidades más alejadas y tampoco que no haya reportado a éstas ninguna ventaja.

Por el contrario, se ha visto que la mortalidad ha disminuido donde la medicina oficial ha penetrado.⁶²

Muchas veces la medicina occidental es bien recibida porque tiene mayor eficacia y cantidad de recursos,⁶³ así como porque en las comunidades aparecen, como resultado de la introducción de nuevas formas de trabajo y de vida, enfermedades contra las que no hay inmunidad natural y que la medicina tradicional no sólo no puede curar, sino ni siquiera explicar.⁶⁴

Pero el hecho de que las comunidades recurran a la medicina occidental, no quiere decir que abandonen a la tradicional. En un estudio realizado en un servicio del Hospital General de la SS se encontró que el 99% de los pacientes habían asistido o pensaban asistir a algún tipo de medicina alternativa.⁶⁵

La OMS propuso desde 1977 lograr la colaboración de la medicina moderna y de la medicina tradicional de cada país, y México se ha comprometido a nivel internacional con esta política, existiendo algunos organismos -como el INI que se mencionaba- están

⁶² Menéndez, Eduardo. *El modelo médico hegemónico y los modelos de autoatención en salud, Transacciones y alternativas*. Ponencia presentada en el curso de verano de medicina social. UAM-X. 1981.

⁶³ Antonchiw. *Op. cit.*

⁶⁴ Menéndez. *Clases subalternas... Op. cit.*

⁶⁵ Martínez, C.F., Vargas, L. Citados en Collado. *Op. cit.*

llevándola a cabo.

Pero, mucho antes de 1977, la población mexicana ha empezado a ponerla en práctica al recurrir a ambos saberes, comprendiendo, antes que los planificadores de salud, el principio pragmático de que dos medicinas son mejores que una.⁶⁶

La medicina tradicional es, desde luego, limitada, pero a la medicina occidental se le hacen varias críticas. Entre ellas:

- El alto costo de la atención y de los fármacos.
- El aumento de la intervención médica -frecuencia de amígdalalectomías y cesáreas.⁶⁷
- La peligrosidad que la medicina implica. Hoy son cuestionados remedios que antes se consideraban muy confiables,⁶⁸ y se reconoce una iatrogenia positiva, es decir un daño que no se debe a errores de un médico en particular, sino a la intervención médica misma.⁶⁹
- Las deficiencias en la relación médico-paciente. Algunas comunidades indígenas se han quejado de que los médicos no conocen sus lenguas, ni sus costumbres, ni su medicina, así como que sienten que éstos los desprecian y no encuentran con ellos posibilidad de comunicación.⁷⁰

⁶⁶ Zolla. "Terapeutas, enfermedades..." *Op. cit.*

⁶⁷ Menéndez. *El modelo médico...* *Op. cit.*

⁶⁸ Lozoya. "A manera de..." *Op. cit.*

⁶⁹ Foucault, Michel. "Crisis de un modelo en la medicina". En: *Medicina Tradicional*. No. 9. México. 1980. p. 5-18.

⁷⁰ Juárez, P. *Op. cit.*

- La dificultad para encontrar médicos dispuestos a permanecer por largos períodos en zonas alejadas.

- El constante intento de exclusión teórica y jurídica que la medicina oficial hace de la tradicional, al plantear que no sirve porque no es científica, y que no es legal pues no está reconocida,⁷¹ como si la medicina occidental, basada en el método científico, fuera una medicina patrón con la cual se pudiera medir a la medicina tradicional que se basa en otra concepción del hombre y de la vida.⁷²

Estas críticas también explican la persistencia de la práctica y del saber médico tradicional. Existen pocos datos en cuanto al número de terapeutas. Según Álvarez y Bustamente para los años 60 había en México alrededor de 185 mil curanderos,⁷³ y en un estudio realizado por el IMSS, en 3 000 localidades rurales, se encontró que existían 13 067 terapeutas tradicionales, entre los que había parteras, rezadores, hierberos, hueseros, curanderos, mediums, sobadores, brujos, rameadores, hechiceros, graniceros, pulsadores, ensalmadores y culebreros, que se distribuían de la siguiente manera:

⁷¹ Menéndez, Eduardo. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención, gestión en salud*. México. Casa Chata. 1983.

⁷² Díaz. "En búsqueda de una definición de medicina tradicional. Síntesis del taller de trabajo Núm. 1. Segundo Coloquio IMEPLAM. En: *Medicina Tradicional*. No. 1. México. 1977. p. 47-54.

⁷³ Menéndez. *El modelo médico... Op. cit.*

Parteras	78.8%
curanderos	17.4%
hueseros	12.6%
hierberos	3.9%
otros	27.3%
T o t a l	100.0%

Aunque las mujeres también cumplían otras funciones médicas, destacaba su papel en la atención al embarazo, al parto y al puerperio.⁷⁴

Como los otros terapeutas tradicionales, las parteras empíricas son herederas de sus antecesoras -en este caso las médicas del México prehispánico- y son las parteras nahuas sobre las que se tiene más información.

⁷⁴ Zolla. "Terapeutas, enfermedades..." *Op. cit.*

Doña Cele, la de las trenzas largas, la partera más vieja de Tepoztlán... estaba allí, cerquita... con su cara y sus manos de mujer que parecían decir, te entiendo, te acompaño ... "Pero tú ves, mi niña, mejor caminaban las cosas cuando la casa te recibía y te despedía de este mundo. ¿Qué cosa tiene uno que andar haciendo en las clínicas? Nomás causan do lástima y recibiendo desprecios. No están bien en eso, los modernos, m'hijita..."

Y mi niña nació en su casa, rodeada de padres, amigos y parientes. Sin frío, ni luces, ni asepsia, ni separaciones bruscas de la madre. Mientras afuera, por la ventana, podían escucharse claramente los cuetes de la Candelaria.

Paloma Bonfil. "VEMEA Informa. Folleto acerca de la vejez".

Capítulo IV

¿Brujas o médicas?... Las parteras tradicionales en el México de ayer y de hoy

En el México prehispánico la partera gozaba de un inmenso prestigio, y los eventos del embarazo, el parto y los primeros días de la vida del recién nacido eran altamente significativos.

Lo anterior se puede constatar al leer la obra de fray Bernardino de Sahagún, *Historia general de las cosas de la Nueva España*,¹ escrita a partir de las respuestas de ancianos principales que contestaron en náhuatl a preguntas que se les hacían sobre su religión y costumbres,² donde, como el fraile franciscano dice, hay muchas cosas apetitosas y gustosas de saber, y se emplean delicadas metáforas y un esperado lenguaje.*

Tan importante era estar embarazada entre los mexicas que -cuenta Sahagún- los parientes reunidos en convivio le aconsejaban a la recién preñada que no se ensoberbeciera por el joyel con que el señor la había adornado y por ese don de dios que parecía como un sueño.³

* Estas respuestas fueron registradas en México-Tlatelolco, por jóvenes indígenas conocedores del náhuatl, del castellano y de la escritura latina, siendo sus resultados el *Códice Florentino* del que *Historia general de las cosas de la Nueva España* es la parte redactada en castellano. Varios autores coinciden en afirmar que ésta es la obra colonial que más profundamente expresa el pensamiento indígena.

¹ Sahagún, fray Bernardino. *Historia general de las cosas de la Nueva España*. México. Porrúa. 1985.

² López Austin, Alfredo. *Textos de medicina náhuatl*. México. UNAM. 1984.

³ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXIV. p. 366-370.

Cuando la preñada tenía siete u ocho meses de embarazo se_ volvían a reunir sus parientes a comer y beber, rodeados de flores olorosas y cañas de bambú, y hablaba un anciano que pedía a_ los padres que pusieran a la preñada en manos de una partera, _ diestra en el oficio, a la que denominaba *tlcítl*, y le rogaran _ que se ocupara de ese trabajo.⁴

Otros textos recogidos por el mismo Sahagún, hablan de cui_ dados a la mujer gestante, por parte de la partera, desde el ini_ cio del embarazo.

En ese momento salía la partera y los viejos le hablaban, _ llamándola persona honrada y digna de veneración, enviada por el señor, diciéndole que ahí estaba la mozuela N., que se la presen_ taban y encomendaban, y que también se encontraba ahí su esposo_ N. quien la ponía en sus manos, en su regazo, sobre sus espaldas.

La invitaban a meterla en el baño *xochicatztin* (temazcal), * casa florida de su señor, donde arreciaba y esforzaba los cuerpos de los niños, la madre y la abuela, la diosa *Yoaltlcítl*.⁵

El baño era una costumbre no sólo entre los mexicas, sino_ también entre los mixtecos, los zapotecos, los matlazincas y los

* Clavijero dice que el *temazcalli* o temazcal se fabricaba de adobes y tenía_ en la parte opuesta a la entrada una hornilla con su boca hacia afuera por_ donde se metía el fuego y una agujero arriba por donde respiraba el humo. _ Comenta que metían en el horno una estera, una vasija de agua y un manojo _ de hierbas o de hojas de maíz; encendían el fuego de la hornilla y lo mante_ nían ardiendo hasta dejar inflamadas las piedras porosas que dividían al ba_ ño de la hornilla. Dejaban un momento el respiradero abierto para evacuar _ el humo de la leña. Después lo cerraban y apagaban con agua las piedras in_ flamadas y de ellas se levantaba un denso vapor.

⁴ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXVI. p. 373-374.

⁵ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXVII. p. 374.

otomíes. A la diosa de los temazcales se le llamaba también *Te-mazcaltoci*, madre de los dioses, diosa de la fecundidad y patrona de las parteras.⁶

Los ancianos le decían después a la partera que, no habiendo otra persona más hábil para hablarle con la cortesía que se merecía, le pedían ellos que ejercitara su oficio y facultad. Le deseaban, finalmente, larga vida a la que el señor había hecho maestra y médica.

Luego tomaba la palabra la partera, dirigiéndose a los padres y madres de los esposos, como espina del árbol de la que los recién casados, pedazo de su cuerpo, habían tenido principio.

Manifestaba que era en las manos de *Voatiticitl* que ellos ponían a su piedra preciosa, y se refería a sí misma como tonta e indigna de haber sido elegida frente a otras siervas del señor sabias, prudentes, experimentadas y enseñadas.

Volvían a agradecerle llamándola "muy amada señora y madre nuestra espiritual".

La misma partera encendía el fuego para calentar el baño y le palpaba el vientre a la preñada ya dentro de él, para ver si la criatura no venía mal colocada y debiera enderezársela. Se refiere aquí a las versiones externas del feto que constituían y constituyen una medida preventiva de la medicina tradicional.

⁶ Moedano, Gabriel. "El temazcal, baño indígena tradicional". En: Lozoya y Zolla (comp.) *La medicina invisible*. México. Folios. 1983. p. 279-303.

Algunas veces a los que se bañaban les azotaban suavemente las espaldas con hojas de maíz cocidas en la misma agua del baño, pero la partera mandaba que no se hiciese esto con la preñada, así como que no se calentase mucho el agua pues eso podía afectar a la criatura, y ya fuera volvía a palparle muchas veces el vientre, lo que denominaban palpar a secas.

Hacia luego la partera una serie de recomendaciones preventivas a la embarazada como no calentarse mucho al fuego, dormir demasiado o mirar lo colorado.

Le pedían también que se abstuviese del acto carnal cuando llegase el momento de parir, pues de lo contrario la criatura nacía cubierta de viscosidad blanca, que le ocasionaría a la preñada pena y dolor; pero que en los primeros meses "tuviera cuenta con su marido" pues de abstenerse del todo, la criatura podía salir enferma y con pocas fuerzas.

Para los mexicas la sexualidad, al igual que el oficio de la generación, la risa, el sueño, el comer y el beber, eran disfrutes otorgados por merced divina.⁷

Le indicaba que no ayunase para que no pasara hambre la criatura, y que no trabajase mucho, ni "presumiese de diligente", ni corriera, porque esas cosas causaban aborto.

La partera recomendaba a los parientes que la preñada no recibiese pena, enojo o espanto para que no abortase, o sufriese da

⁷ viesca, Carlos. *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas*. México. Panorama. 1986.

no la criatura, que le dieran manjares calientes y bien guisados y, en general, los instaba a no descuidar a la "mozuela preñadilla".⁸

Todo lo anterior es importante pues los conocimientos de la medicina popular en torno al embarazo eran y son más preventivos que curativos. Se busca que la gestación desemboque en un parto normal.⁹

Llegado el tiempo del nacimiento llamaban a la partera quien aguardaba con ellos la hora del parto 4 ó 5 días y preparaba la comida para la preñada.

Cuando veía que ya había comenzado el parto, la bañaba y le daba a beber una yerba que se llama *cihuapatli* molida, con lo que paría fácilmente.¹⁰

En la *Relación de Tetzcoco* de 1582, se dice que *cihuapatli* quiere decir "medicina de mujer" y que bebida las hace parir y echar las pares.^{*11}

También se habla de ella en el *Códice Badiano*.¹²

A veces -continúa Sahagún- le daba medio dedo de la cola

* Se refiere a la placenta y a las membranas.

⁸ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXVII

⁹ Limón Delgado, Antonio, Castelote, Eulalia. "La medicina popular en torno al embarazo y al parto a principios de siglo". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La antropología médica en España*. Barcelona, España. Anagrama. 1980. p. 227-248.

¹⁰ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXVIII. p. 379.

¹¹ Bautista de Pomar, Juan. Citado en López Austin, Alfredo. *Op. cit.*

¹² Cruz, Martín de la. *Libellus Medicinalibus Indorum Herbis*. (traducción de Juan Badiano). México. IMSS. 1964.

del animal que se llama *tlacuatzin* molida, lo que la ayudaba a parir fácilmente. **13

También -según Hernández- el cocimiento del *nahuitéputz* se introducía a la parturienta para que pariera con facilidad.¹⁴

Datos etnográficos indican que ninguno de estos recursos se empleaba siempre. Por el contrario, recurrían a ellos sólo en partos prolongados o con dificultades para la expulsión.¹⁵

El parto en el México precolombino se realizaba en cuclillas como muestran figurillas mayas de Caminaljuyu, un bajo relieve de Sayil y otro de Monte Albán, estatuillas procedentes de Colima y Nayarit y varios pictogramas de códices antiguos,¹⁶ lo que permitía orientar la fuerza de la contracción de todos los músculos del cuerpo hacia el canal del parto.

En el momento del parto se hacían invocaciones mágico-religiosas como la que citamos a continuación, traducida por Angel María Garibay.

En un lugar, en un lugar en la casa de Ayopechtli
con adorno de collares está dando a luz.

En un lugar, en un lugar de la casa de Ayopechtli
con adorno de collares está dando a luz.

* Tlacuache, sarigüeya, marsupial mexicano.

** Cuenta Sahagún que llegaron a utilizarla después de observar a un perro que se comió entero a uno de esos animales y echó todas las tripas.

¹³ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXVIII. p. 379.

¹⁴ Hernández, Francisco. Citado en López Austin, Alfredo. *Op. cit.*

¹⁵ Viesca, Carlos. *Op. cit.*

¹⁶ Shein, Max. *El niño precolombino*. México. Villicaña. 1986.

En un lugar en su casa, los vientres maduros se hacen vida.
 ¡Levántate, ven, sé enviado,
 levántate ven, niño nuevo.
 Levántate ven!
 ¡Levántate, ven, sé enviado,
 levántate ven, niño joya,
 levántate, ven!

También existían conjuros sin los que el parto no se iniciaba, donde se empleaba el *nahuallatolli* o lenguaje de los espíritus.¹⁷

Si la mujer no paría, la partera tomaba a la preñada por la cabeza con ambas manos, animándola a esforzarse para que saliera la criatura, llamándola mujer fuerte e instándola a hacer como *Cihuacóatl** que fue la primera diosa que parió.

Si en 24 horas no había parido la metía al baño, le enderezaba la criatura en caso de que se hubiera volteado, y si aun así no paría, se encerraba con ella en un cuarto a orar. Si la criatura moría la partera con un cuchillo de obsidiana cortaba el cuerpo muerto dentro de la madre, y ya en pedazos lo sacaba para liberarla a ella de la muerte.**¹⁸

Si los padres no permitían que despedazase a la criatura, la partera cerraba la cámara donde estaba y la dejaba sola, y si

* Otras diosas del parto eran *Quilaztli*, *Ixcuina*, *Cuato* y *Caxoch*.

** Fetotomía que se realizaba en India como se expuso en el capítulo I, pero que en la medicina occidental no se practicó sino hasta el siglo XIX.

¹⁷ López Austin, Alfredo. *Op. cit.*

¹⁸ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXVIII. p. 379-380.

moría de parto la llamaba *moçihuaquetzque* que quiere decir mujer valiente.

Cuenta Sahagún que a los familiares esta muerta no les daba tristeza, pues creían que la mujer iba a la casa del sol, igual que los soldados muertos en la guerra.

Los guerreros habitaban -según sus creencias- en la parte oriental del sol y cuando éste 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, y que vivían en la parte occidental del sol, los alcanzaban, uniéndoseles con regocijo.¹⁹

A estas mujeres también se les llamaba *çihuateteo* que quiere decir mujeres diosas, o *çihuapipiltin* que significa mujeres preciosas, y esta divinización era igual entre los totonacas, los mayas y los huastecos.²⁰

A las parteras, a diferencia de los familiares, sí les daba tristeza este fallecimiento, pero hablaban así a la muerta: "Mujer fuerte y belicosa, hija mía muy amada, valiente mujer, hermosa y tierna palomita, señora mía", y le decía que había peleado valientemente y que por ello iba a la casa del sol.²¹

Claro que en los partos había diferencias de acuerdo al papel que se ocupara en la sociedad. Relata Sahagún que si la preñada era rica o principal, se quedaban con ella hasta tres parte-

¹⁹ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXIX. p. 380-381.

²⁰ Coury, Charles. Citado en Shein, Max. *Op. cit.*

²¹ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXIX. p. 381-382.

ras. Pero casi siempre había una partera atendiendo a la mujer, especialmente si era primípara.*

Cuando la criatura nacía, si era niño la partera le decía: "Seáis muy bien llegado, hijo mío muy amado", y a la niña: "Señora mía muy amada, seáis muy bien llegada".²²

La distinción anterior es sustancial porque en el México prehispanico no se discriminaba a la niña.²³

En un lugar de la casa enterraban el cordón umbilical si el recién nacido era niño, y la placenta si era niña.²⁴

Al niño se le decía que debía ser guerrero y a la niña, que su tarea sería dedicarse a la casa.²⁵

En casa de la recién parida ardía el fuego cuatro días para buena ventura de la criatura que había nacido.²⁶

Daban luego las gracias a la partera, y ella a su vez les decía que el señor había puesto en sus manos un manojito de plumas ricas.²⁷

Quienes visitaban al niño le decían: "¡Oh nieto mío, oh señor mío, persona de gran valor, de gran precio, de gran estima,

* Que paría por primera vez.

²² *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXX. p. 383.

²³ Quezada, "Oemí. "Creencias tradicionales sobre embarazo y parto". *Anales de Antropología*. Volumen XIV. México. 1977. p. 307-326.

²⁴ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXX. p. 384.

²⁵ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXXI. p. 384-385.

²⁶ *Ibid.* Libro cuarto. Capítulo XXXIV. p. 250.

²⁷ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXXIII. p. 387-388.

oh piedra preciosa, oh esmeralda, oh zafiro... séais muy bien llegado!". Además de los nombres anteriores se referían a él como brotón (renuevo) de sus antepasados, joyel y sartal de piedras preciosas²⁸

También a la madre le decían: "Seáis muy bien aventurada y próspera, señora nuestra muy amada".²⁹

En la época colonial, para los españoles, los hijos eran básicamente símbolo de prestigio social y, tanto ellos como las mujeres, eran discriminados.³⁰

Diferente era la situación en el México precolombino. Claro es que entre los mexicas la función de la mujer era valorada, en parte, pues dar a luz futuros guerreros era importante para el mantenimiento de su sociedad. Sin embargo -como dice Shein- hay pocas páginas en la literatura mundial de tanto respeto a la embarazada -y nosotros agregaríamos al niño- como las escritas por Sahagún. Esto no quiere decir que la mexica no fuera una sociedad machista.

Los pequeños no eran considerados como medida de riqueza personal, sino, como se vio al principio del capítulo, bendición de los dioses y continuación física y cultural de los antepasados.

También de acuerdo al nivel socioeconómico variaba la comida del bautizo o los regalos de los familiares. Era la partera quien bautizaba a la criatura que había parteado, pues también era sacerdotiza. Ella elegía el nombre de alguno de los antepasa-

²⁸ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXXIV. p. 389.

²⁹ *Ibid.* Libro sexto. Capítulo XXXV. p. 390.

³⁰ Farfán, Agustín. Citado en Quezada, Noemí. *Op. cit.*

dos del recién nacido y pedía que se apartara del niño todo lo malo y contrario que le había sido dado antes del principio del mundo.³¹

La actividad médica de la partera estaba ligada a aspectos religiosos y sociales. Ella se ocupaba de relaciones sociales como arreglar y officiar matrimonios, y de ceremonias como el ritual del parto, y como se acaba de mencionar, del bautizo del niño.³²

Para los mexicōs, el éxito del parto se debía a la decisión divina, lo cual no quiere decir que no proporcionaran cuidados médicos prácticos.

Tanto en el México indígena, como en el colonial, las parteras daban medicamentos si había problemas de esterilidad y luego durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia.

Así, para detener el aborto daban *acccentli*. Si no podían evitarlo, para aligerar su quebranto ofrecían *itzacazalic*. El embarazo lo diagnosticaban por adivinación ingiriendo peyote o con maíz. Si había dolor en el parto usaban *tlaquatl*. Para arrojar un feto muerto recurrían a supositorios de *hoitziloxitl* o a poner a la mujer en contacto con la planta *yawitli*. Para fortalecer a la mujer durante el puerperio le daban *quacotzon*, *xaltémecatl* para que bajara la leche y *achioll* para que aumentara la producción de la misma. Lavaban los ojos del recién nacido con un cocimiento de *xocopatli*. Para los cólicos le daban *teumoxtli* y *ecapatli* si vo-

³¹ Sahagún, fray Bernardino. *Op. cit.* Libro sexto. Capítulo XXXVII. p. 399.

³² Serna, Jacinto de la. Citado en Quezada, Noemí. *Op. cit.*

mitaba la leche.³³

Sólo se han mencionado algunos de los muchos remedios con que contaban para cada situación y que sobrepasaban, con mucho, a los de la medicina popular española.

El *cihuatalli* que -como se dijo- empleaban para ayudar al avance del parto, identificado como la montanoa tormentosa, ha mostrado, en pruebas de laboratorio, su efectividad en partos retardados.³⁴ Sus extractos provocan un aumento de la tonicidad y actividad espontánea del útero grávido.*³⁵

Para los españoles el mal parir se debía a los malos humores de la madre, y lo recomendable era que ésta bebiere acero.³⁶

Pensaban también que ayudaría al parto el probar leche de otra mujer, pero se ha comprobado que la leche humana no tiene estas propiedades. Para arrojar fetos muertos ellos proponían dar a comer a la mujer cabellos o estiércol de cabra con vino.³⁷

Entre los habitantes del México prehispánico se cuidaba el aspecto psíquico de la mujer durante el embarazo y los procesos relacionados con él. Según Noemí Quezada, esto se debe a que la mujer tenía un papel diferente en la sociedad, pero nosotros con

* Tono muscular es la característica del tejido muscular vivo que consiste en un grado de contracción, en este caso del útero de la embarazada.

³³ Varios autores, Citados en *ibid.*

³⁴ Derbez, J., Pardo, E., Pozo, E.C. del. Citados en *ibid.*

³⁵ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial.* México. INI. Serie de Antropología social. Colección SEP-INI. Número 1. 1980.

³⁶ Farfán, Agustín. Citado en Quezada, Noemí. *Op. cit.*

³⁷ López, Gregorio. Citado en *ibid.*

sideramos que, aunque esto era importante, esta preocupación por lo psíquico más bien tenía que ver con el hecho de que la medicina era distinta y otorgaba un papel fundamental a lo emotivo.

A la mujer se le seguía cuidando durante el puerperio. Por ejemplo, entre los mayas la *x-alanzah* o partera daba masajes para reinstalar el útero a su posición natural.³⁸

En la atención al embarazo y al parto había, entonces, una integración de elementos religiosos, creencias mágicas y aplicación de conocimientos adquiridos por observación, habiendo congruencia entre fines y contenidos.³⁹

Después de lo relatado es posible de imaginar lo que significó para los indígenas la persecución a parteras, como a otros médicos tradicionales, durante la época colonial.

El Santo Oficio de la Inquisición, que funcionó en la Nueva España, desde su establecimiento en 1571 hasta 1812 en que la constitución liberal de Cádiz declaró inoperantes sus funciones, tuvo como objetivo fundamental combatir lo que catalogó como hechicerías y supersticiones.

No hubo muchos procesos contra indios porque ellos caían fuera de la jurisdicción de la Inquisición, ya que de juzgarlos se encargaba el clero regular y secular. "Eran los obispos y sus juzgados quienes castigaban a los "neófitos obstinados que pretendían volver al dominio de Satán del que habían sido... liberados

³⁸ Guerra, Francisco. Citado en Shein, Max. *Op. cit.*

³⁹ Viesca, Carlos. *Op. cit.*

por los cristianos".⁴⁰

Sin embargo, los procesos que se siguieron contra parteras y personas que realizaban actividades relacionadas con el parto o el embarazo, pueden dar una idea de cómo se les concebía y trataba, además del conocimiento sobre algunos aspectos de la medicina popular española y de los sincretismos que, desde el principio de la colonia, se dieron con la medicina indígena entre los grupos de mezcla.

Algunos de los procesos son:

AGN. Inquisición. 1608. 283. 3.* Memoria de oraciones y ensalmos. Poner una oración sobre los pechos de la mujer que va a parir, diciendo en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo, para que para luego.

AGN. Inquisición. 1608. 283. 25. Cuaderno que contiene oraciones prohibidas (incluyendo algunas rezadas en el parto).

AGN. Inquisición. 1614. 302. 8. Información contra Magdalena, mulata libre de Cuautla Amilpa, por haber tomado el peyote para saber si estaba preñada.

AGN. Inquisición. 1627. 360. 157. Testificación contra Isabel de Arias, mulata, partera de Culiacán, por supersticiosa.

AGN. Inquisición. 1627. 360. 159. Testificación contra sí**

* Las siglas AGN significan Archivo General de la Nación. El primer número se refiere al año del proceso, el segundo al volumen y el tercero al expediente. Toda la información sobre los procesos fue tomada de Aguirre Beltrán. *Op. cit.* y de Quezada, Noemí. *Op. cit.*

** Existieron muchas autoacusaciones, especialmente de "mezclados".

⁴⁰ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Op. cit.* p. 360.

de la mulata vieja, partera, Inés Osorio de México, por supersticiosa. En este caso la acusación se refiere al hecho de que, para acelerar el parto, como acción simbólica, se ponía una chinela, símbolo de pie y de salida, en el vientre de la parturienta. Lo anterior unido a la actividad del *cihuapatli*.

AGN. Inquisición. 1627. 360. 482. Denunciación que de sí hizo Catalina González por superstición. En este caso para acelerar el parto se daba a la preñada una pócima con tierra de los quicios, lugares conectados con la salida.

AGN. Inquisición. 1777. 873. 12. Audiencia de cargos a una mujer llamada María Luisa, en el caso de que fuera encontrada, sobre la costumbre general que hay en Pachuca de escribir en una oblea la palabra del verso *in conceptione* y darlas a comer a las parturientas.

AGN. Inquisición. 1776. 1028. 7. Contra Petra Torres, española, natural y vecina del pueblo de Tlanepantla, por partera supersticiosa.

AGN. Inquisición. 1789. 1313. 12. Denuncia de una mujer llamada Lorenza, cuyo apellido no se dice, partera de Zacatecas, por el uso de yerbas.

AGN. Inquisición. 1792. 1378. 10. Contra Agustina Carrasco, vecina de Zapotlán, por maléfica de oficio partera.

Por otros medios también se hacían afirmaciones que dejan ver la actitud que existía ante las costumbres indígenas. El obispo fray Diego de Landa menciona que para sus partos las mujeres acudían a las hechicerías y ponían debajo de la cama un ídolo

llamado *Ixchel*.⁴¹

Para los indígenas el *cihuapatli* actuaba emocionalmente por su poder mágico, debido a la diosa en ella contenida, la cual obligaba al producto a salir del vientre. Esta idea como tantas otras fue perseguida.⁴²

Sin embargo, las prescripciones mágico-ritualistas de la época prehispánica se fundieron con las hispánicas en la colonia y no son muy diferentes de las que aún persisten en México.

Se ve así que a lo largo de la colonia el culto por *Temazcaltoci* fue perdiéndose pero se reinterpreto, como el de otros dioses, dentro de las nuevas formas culturales y religiosas. En algunos lugares se le sustituyó con una cruz de diversos materiales, que aún se usa en Puebla y Tlaxcala, y en algunas culturas hubo sincretismo, como entre los mixtecos para quienes Santa Magdalena es jefa de los espíritus del temazcal.

Sin embargo, en otros lugares como San Miguel el Grande, Oaxaca, hay todavía la creencia en una señora o deidad del temazcal.⁴³

A pesar de denuncias y juicios, las parteras empíricas siguieron ejerciendo a lo largo de la colonia, y luego, desde la independencia hasta nuestros días.

Hace 20 años se sostenía que los médicos atendían sólo el

⁴¹ Landa, fray Diego de. Citado en Shein, Max. *Op. cit.*

⁴² AGN. Inquisición. 1627. 360. 159.

⁴³ Moedano, Gabriel. *Op. cit.*

20% de los partos en las ciudades de provincia y el 2% de los de las zonas rurales, prácticamente como ocurría en la época colonial y siguió ocurriendo durante el siglo XIX y la primera parte del siglo XX.⁴⁴

Esto se explica, en primer lugar, porque si la atención médica a la población mayoritaria es insuficiente y deficiente, hay todavía más problemas en la atención maternoinfantil, que no se considera fundamental para el buen desarrollo del proceso productivo,⁴⁵ pero, además, por toda una serie de factores que rodean a la práctica oficial y a la tradicional.

Desde el siglo pasado han habido intentos por parte del estado de reemplazar a las parteras tradicionales con personal de salud entrenado, alfabetizado y más joven.

Una capacitación para parteras que funcionó desde 1867 en la Escuela de Medicina, contaba para 1888 con 140 parteras recibidas. En esos años también existía la carrera de partera en la Universidad de Oaxaca y en la de Michoacán, pero, al mismo tiempo, las parteras empíricas ejercían su práctica.⁴⁶

A partir de 1911 cuando la Escuela de Enfermería día de la de Medicina se incorporó a la Universidad Nacional, se ofrecían tanto la carrera de enfermera como la de partera profes-

⁴⁴ Flores de Ramírez, Ma. de la Luz. Citada en Martínez Benítez, Ma. Matilde, Latapi, Pablo, Hernández Tezoquipa, Isabel, Rodríguez Velázquez, Juana. *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*. México. Nuevomar. 1985.

⁴⁵ Martínez Benítez, et. al. *Op. cit.*

⁴⁶ Valle Caloca, René. Citado en *ibid.*

sional. Ambas nacieron con el doble carácter de actividades necesarias para la profesión médica y subordinadas a ella, y de prácticas represoras de la actividad -también femenina- de las parteras empíricas, competitiva de la medicina hegemónica.⁴⁷

En 1912 los estudios de las parteras profesionales se ampliaron a dos años.⁴⁸

Desde 1920 se formaron parteras homeopáticas en la Escuela de Medicina Homeopática.

En las maternidades construidas a partir de la revolución, aunque restringida por los médicos, la enfermera partera estaba encargada del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido.

Para la carrera de partera se fueron exigiendo cada vez más requisitos, hasta que, en la década de los 50, se suspendió ésta, y se empezó a hablar de que, a mediano plazo, todos los partos fuesen atendidos por médicos especialistas. Para los años 60 la partera profesional se había extinguido prácticamente.⁴⁹

Dicen Martínez Benítez y colaboradores que la partera profesional fue desplazada de las ciudades, con el desarrollo del IMSS y del ISSSTE por la profesión médica. El ginecólogo, el anestesiólogo y el pediatra fueron desempeñando cada vez más actividades que ellas habían realizado antes en las maternidades, lo que

⁴⁷ Martínez Benítez, *et. al. Op. cit.*

⁴⁸ Valle Caloca, René. Citado en Martínez Benítez, *et. al. Op. cit.*

⁴⁹ Martínez Benítez, *et. al. Op. cit.*

es cierto.

Afirman también que la partera profesional fue desplazada del campo por la partera empírica, con lo que no estamos de acuerdo. Nosotros diríamos que la partera profesional nunca pudo desplazar a la empírica, que por siglos ha permanecido en el campo, sin apoyo ni reconocimiento del estado.

Actualmente en México, los que pueden pagar recurren para sus partos al médico obstetra privado; muchos de los afiliados de la clase obrera y de los trabajadores al servicio del estado, a obstetras de instituciones de seguridad social; el campesinado pobre y los sectores urbanos marginados, en muy pequeña medida a médicos de instituciones de asistencia social y, casi siempre, a parteras tradicionales.

Un programa de capacitación de parteras en Comarca Lagunera, reportó que, entre 1937 y 1960, el 85% de los nacimientos de la zona fue atendido por parteras empíricas, y que 19% de las parteras entrevistadas por ellos practicaba en comunidades donde había médicos.⁵⁰

En 1971 ocurrieron, según datos del registro civil, 2 231 399 nacimientos de niños vivos, y, de ellos, sólo 824 999 fueron atendidos en unidades profesionales: 424 847 en instituciones de segu

⁵⁰ Hernández de Sandoval, Guadalupe. "Programa piloto de adiestramiento y control de parteras empíricas en la Comarca Lagunera. (SS)". En: Subsecretaría de Salud de la SSA / UNICEF. *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*. Tepoztlán, México. Noviembre 6-9. 1985. p. 7-10.

ridad social, 189 728 en hospitales privados y 73 097 en otros tipos de unidades médicas.⁵¹

Según los datos anteriores, 36% de los partos fue atendido por la medicina hegemónica y el 64% restante, por las parteras empíricas.

De acuerdo con COPLAMAR si bien de 1970 a 1975 la atención institucional de partos aumentó en un 41% en números absolutos, a partir de 1975 se observó un notable descenso en la tasa de partos atendidos en las instituciones de salud (de 478.8 x 1 000 nacidos vivos registrados en 1975, a 326.1 por los mismos 1 000 en 1978 -cifra inferior incluso a la de 1970). Según cálculos de esta institución, el 70% de los partos no era atendido por instituciones de salud.⁵²

Los datos sobre partos atendidos proporcionados por la Secretaría de Programación y Presupuesto para 1977, aparecen en las páginas siguientes. Entendieron ellos quizá -dice Zolla-⁵³ por "partos atendidos" los que realizan las unidades médicas descentralizadas, civiles, estatales y municipales, Cruz Roja, universitarias, sindicales o patronales y otras pertenecientes a dependencias oficiales, así como clínicas y hospitales privados que proporcionaron información. Cuestionaríamos el término pues, con rarísimas excepciones

⁵¹ López Acuña, Daniel. *La salud desigual en México*. México. s. XXI. 1984.

⁵² COPLAMAR. *Necesidades esenciales de México. Salud. Situación y perspectivas al año 2000*. s. XXI. 1983.

⁵³ Zolla, Carlos. "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En: Lozoya y Zolla (comp.) *La medicina invisible*. México. Folios. 1983. p. 14-37.

nes como la de las tarahumaras que dan a luz solas en el bosque,⁵⁴ las mujeres son atendidas durante su trabajo de parto.

Resulta importante, sin embargo, resaltar el gran número de partos no atendidos por la medicina hegemónica, particularmente en algunos estados donde el porcentaje de partos atendidos por ella fue notoriamente bajo: 15% en Zacatecas, 14.1% en Guerrero, 12.9% en Quintana Roo, 9.5% en Tabasco, 8.8% en Chiapas y 6.8% en Oaxaca.

Más recientemente, el programa IMSS-COPLAMAR de capacitación de parteras reportó que durante 1984 las unidades médicas cubrían el 18.5% de los partos de las zonas donde trabajaban y las parteras tradicionales el 81.5% restante.⁵⁵

Comenta Zolla que el registro relativo a partos atendidos, en algunos lugares donde se establecieron unidades médicas rurales, permanecía en blanco después de meses de trabajo en la comunidad.⁵⁶

Es evidente que ni el proceso de urbanización, ni el desprecio de la profesión médica hacia ellas, ni las políticas estatales han logrado acabar con las parteras empíricas. Ellas continúan practicando y sus servicios, siendo demandados.

⁵⁴ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. México. IMSS. 1980.

⁵⁵ Reyes Castillo, Manuel, González, Laura Rosa. "El modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-COPLAMAR y la partera empírica (IMSS). En: SSA / UNICEF. *Op. cit.* p. 20-23.

⁵⁶ Zolla, Carlos. *Op. cit.*

-PARTOS ATENDIDOS Y SU RELACION CON LOS NACIMIENTOS
REGISTRADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA

1 9 7 1

ENTIDAD FEDERATIVA	PARTOS ATENDIDOS	NACIMIENTOS REGISTRADOS	PARTOS ATENDIDOS - POR C/100 NACIMIENTOS REGISTRADOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	824 275	2 231 399	36.9
AGUASCALIENTES	5 613	17 827	31.5
BAJA CALIFORNIA NORTE	22 850	40 078	57.0
BAJA CALIFORNIA SUR	2 763	6 456	43.5
CAMPECHE	3 141	11 985	26.2
COAHUILA	36 498	62 143	58.7
COLIMA	5 135	11 093	46.3
CHIAPAS	5 807	66 108	8.8
CHIHUAHUA	29 020	69 155	42.0
DISTRITO FEDERAL	233 373	309 448	75.4
DURANGO	17 084	47 123	36.3
GUANAJUATO	29 766	107 971	27.6
GUERRERO	11 519	81 592	14.1
HIDALGO	12 159	56 501	21.5
JALISCO	72 022	155 672	46.3
MEXICO	25 011	145 360	17.2
MICHOACAN	26 634	115 239	23.1
MORELOS	9 826	30 275	32.5
NAYARIT	7 593	26 224	29.0
NUEVO LEON	57 172	80 309	71.2
OAXACA	6 478	94 866	6.8
PUEBLA	25 605	125 530	20.4
QUERETARO	8 225	26 630	30.9
QUINTANA ROO	626	4 858	12.9
SAN LUIS POTOSI	17 941	65 909	27.2
SINALOA	23 982	64 439	37.2
SONORA	32 426	52 095	62.2
TABASCO	3 663	38 469	9.5
TAMAULIPAS	30 173	59 108	51.0
TLAXCALA	4 103	23 349	17.6
VERACRUZ	37 809	150 699	25.1
YUCATAN	12 785	35 076	36.4
ZACATECAS	7 473	49 922	15.0

FUENTE: La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar.
Coordinación General del Sistema Nacional de Información. SPP.
México, D. F., 1979. p. 335.

La partera empírica, esa mujer especializada en el arte médico relacionado con las madres y los niños, que emplea en su práctica recursos tradicionales como masajes, hierbas, baños y otros remedios, no ha recibido instrucción formal, pero sí tiene conocimientos, así como más experiencia en atender partos que muchos médicos.⁵⁷

Vive al lado de las mujeres a las que atiende en prácticamente todos los poblados, por lo que es más accesible a ellas, y no tiene prisa para prestarles sus servicios pues, siendo generalmente mayor de 50 años, no está sujeta a los hijos.⁵⁸

Habla el mismo lenguaje que ellas, figurativa y literalmente, y su actividad refleja las costumbres y creencias de la comunidad.

Este trabajo, que es muchas veces de medio tiempo pues con frecuencia la partera es también artesana y se dedica a la agricultura, lo aprende, generalmente, de otra partera y hereda de ella el grupo que la consulta y busca sus servicios.

No tiene, en muchos casos, especial interés por la paga, sino que, por lo común, considera que está llamada por fuerzas sobrenaturales para cumplir ese servicio a la comunidad, por eso cobra en efectivo -según la condición de la parturienta y con di

⁵⁷ Population Information Program. "Traditional Midwives and Family Planning". *Population Reports*. Series J. November 22. Maryland, USA. The Johns Hopkins University. May 1980.

⁵⁸ Velimirovic, B. ed. *Modern Medicine and Medical Anthropology in the United States-Mexico Border Population*. PAHO Scientific Publication No. 359. Pan American Health Organization. 1978.

ferencias de partera a partera y de lugar a lugar- o en especie, y, en ocasiones, ofrece sus servicios gratuitamente a las mujeres pobres.⁵⁹

Posee un desarrollado sentido del tacto, de modo que con ma saje relaja músculos, calcula la evolución del embarazo, coloca _ al feto en presentación cefálica y ayuda al desprendimiento de la placenta.

Los antropólogos que han tenido contacto con alguna partera, la describen, casi siempre, como una mujer de gran personalidad _ que goza de una alta estima entre la comunidad.

Todavía se da, en muchos lugares, una comida en su honor _ después del parto y se le nombre madrina del niño al que ayudó a _ dar a luz.⁶⁰

La partera trata al parto de acuerdo a las costumbres de la comunidad, no como un acto médico, sino social, lo que no quiere _ decir que no cumpla funciones médicas.

Además de las habilidades técnicas cubre los aspectos cultu rales y religiosos del proceso. Por ejemplo, hay comunidades en _ que la manera en que se trata a la placenta es responsabilidad de la partera y tiene un significado ritual. No saber qué pasa con _ la placenta puede ser la causa de que las mujeres no acudan a un _ centro de salud.⁶¹

⁵⁹ Parteras y mujeres atendidas por ellas. Comunicación personal.

⁶⁰ Jordan, Brigitte. *Birth in Four Cultures*. Montreal, Canada. Eden Press _ Women's Publications. 1978.

⁶¹ Population Information Program. *Op. cit.*

Bendice a los recién nacidos y sabe cómo lograr la purificación de la mujer después del parto.

En Texcoco, por ejemplo, a los cuatro días del parto se da a la madre un baño y una copa de jerez con dos huevos. En Puebla, se le dan 12 baños -uno cada tercer día- y atole y caldo de gallina.* 20 son los baños que la mujer debe recibir entre los mixtecos, siendo el último día de fiesta y aquél en que se realiza el bautizo del niño.⁶²

México es un mosaico cultural y lo mismo puede decirse de las prácticas de las parteras, que se adaptan, o más bien son fruto, de las características de las diferentes regiones.⁶³

No parece entonces extraño que muchas mujeres prefieran a una partera tradicional que a un médico hombre, una partera gubernamental o un hospital.

Las parteras critican que en los servicios organizados de salud, los médicos utilizan sustancias peligrosas para inducir el parto, colocan a las mujeres en posiciones incómodas y deshonestas, impiden que los familiares y amigos de la mujer participen en el parto y realizan demasiadas cesáreas.

Los médicos, por su parte, dicen, entre otras cosas, que

* Este esfuerzo porque la mujer tome mejores alimentos durante el embarazo y el puerperio es importante, sobre todo si se considera que la mujer es el miembro de la familia con más problemas nutricionales como se vio en el capítulo II.

⁶² Moedano, Gabriel. *Op. cit.*

⁶³ Elú de Leñero, Ma. del Carmen. "Presentación". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 1-6.

las parteras tradicionales no son limpias, realizan masajes dañinos, se tardan demasiado en referir a las mujeres con problemas y causan, con sus sucios instrumentos, infecciones en la madre y en el recién nacido de las que el tétanos neonatal, por drástica, resulta ser la más importante. En general, consideran que su práctica es superior en todos los aspectos a la de las parteras tradicionales.⁶⁴

Si esto fuera cierto, sería de esperar que el único motivo por el que las mujeres recurrirían a ellas sería el de la imposibilidad de ser asistidas por los servicios organizados de salud, y sólo se presentarían en las zonas rurales aisladas.

A pesar de ello, en México hay una alta proporción de mujeres que prefieren a las parteras empíricas aún cuando cuentan con seguridad social o han, por diferentes razones, sido atendidas en alguna ocasión por profesionales de la salud.

En un estudio sobre parteras empíricas en Milpa Alta, se vio que de 184 mujeres que eran derechohabientes del IMSS, 28 habían sido atendidas siempre ahí; 76, algunas veces y 80, nunca. Asimismo se encontró que de 156 mujeres derechohabientes del ISSSTE, 12 siempre fueron atendidas en sus partos por esa institución; 70, en ocasiones y 84, nunca.⁶⁵

¿Se debe esto sólo a los aspectos culturales y religiosos que se han mencionado o tiene también que ver con los aspectos médicos?

El capítulo siguiente tratará de responder a esta interrogante.

⁶⁴ 16 fuentes. Citadas en Population Information Program. *Op. cit.*

⁶⁵ Waltraud, Leiter. "Parteras empíricas en Milpa Alta". En: *Antropología y práctica médica*. México. UNAM. Facultad de Medicina. PMGI. 1987. p.264-280.

...Hasta entonces todos sus hijos nacieron en la casa, con la ayuda de Mamita Encarnación, quien controlaba el embarazo desde los primeros meses y aparecía la víspera del alumbramiento, quedándose hasta que la madre pudiera ocuparse de sus quenaceros. Llegaba con sus yerbas para parir rápido, sus tijeras benditas por el obispo, sus trapos limpios y hervidos, sus compresas cicatrizantes, sus bálsamos para los pezones, las estrías y los desgarrros, su hilo de coser y su incuestionable sabiduría. Mientras preparaba el ambiente para la criatura en camino charlaba sin cesar entreteniendo a la paciente... Cuando la comadrona estaba en la cárcel por ejercicio ilegal de la medicina y no pudo atenderla... Digna acudió al hospital... donde se sintió tratada peor que un condenado. Al entrar le pusieron un parche con un número en la muñeca, le afeitaron sus partes pudorosas, la bañaron con agua fría y desinfectante, sin considerar la posibilidad de secarle la leche para siempre y la colocaron en una cama sin sábanas con otra mujer en las mismas condiciones. Después de hurgar sin pedirle permiso en todos los orificios de su cuerpo, la hicieron dar a luz debajo de una lámpara a la vista de quien quisiera curiosear.

Isabel Allende "De amor y de sombra".

Capítulo V

Como el fruto que cae del árbol... Comparación entre la atención al parto y al recién nacido en la medicina oficial y la medicina tradicional mexicanas

La preferencia de un gran número de mujeres por las parteras empíricas, en México como en otros países subdesarrollados, tiene que ver en gran medida con el hecho de que la atención al parto fundada en el saber médico hegemónico trata a éste como un proceso no fisiológico, sino fisiopatológico. En otras palabras, lleva al nacimiento al campo del riesgo y del experimento, mientras que la atención al parto basada en la experiencia estaba, y sigue estando, en el campo de la armonía y de la vida.

Pero como ésta es una hipótesis que puede provocar, y seguramente provocará, polémica, creemos oportuno tocar la puerta de los hospitales y de los lugares donde atienden las parteras empíricas, para comprobar qué es lo que sucede antes del parto y una vez que el niño ha nacido.

Un primer elemento que salta a la vista, es que el hospital es, casi siempre, un ambiente extraño para la mujer que va a dar a luz, donde se le pasa, sin ningún familiar o conocido, de la sala de recepción a la sala de primera consulta de valoración, de ahí a la sala de trabajo de parto -lugar lúgubre donde no sabe qué es lo que está sucediendo-, luego a la sala de expulsión -en la que encuentra médicos y enfermeras con gorros y tapabocas, un esterilizador, una vitrina llena de instrumentos, frascos, compre

sas, toallas y cilindros de gas,¹ y, finalmente, a un cuarto con otras madres pero sin su hijo.*

Su trabajo de parto es un trabajo abandonado, pues aunque haya visita periódica del médico, nadie la acompaña permanentemente. Una persona hace el primer tacto,** otra aplica la anestesia, un especialista recibe al bebé, otro lo atiende hasta los 28 días, etc., lo cual, por cierto, provoca también que las responsabilidades se diluyan.

Lo peor es que la mujer está abandonada pero no sola, sino con otras abandonadas, y aunque esto puede generar solidaridad, como hay quejas y gritos también se provoca angustia colectiva.

En el caso de las parteras tradicionales, por lo general, atienden a la parturienta en su propia casa, donde ella está rodeada, dependiendo de la cultura, de su madre, sus vecinas o su esposo.

Lamaze, en 1952, como algo novedoso, empezó a hablar de la necesidad de la presencia del padre en el hospital durante el na

* Durante el tiempo que dure su estancia en el hospital permanecerá separada del resto de sus hijos a quienes la entrada no les es permitida, y de su recién nacido, si bien hay unos pocos hospitales privados que, a petición de la madre, le permiten el alojamiento conjunto con su hijo, y el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA, el Hospital Iero. de Octubre del ISSSTE y la Clínica 28 del IMSS en el Distrito Federal y algunos hospitales en provincia tienen el sistema de habitación compartida, después de que el recién nacido pasa por lo que llaman cunero de transición, en el que se le tiene en observación.

** Exploración digital de la vagina.

¹ Gutiérrez, José. "El parto sin dolor". *Salud Pública de México*. Vol. 1. México. Julio-diciembre 1959. p. 184-189.

cimiento de su hijo.

Actualmente hay estudios que muestran que la asistencia del compañero o de otras personas conocidas de la madre durante el parto, hace que disminuya la tensión y el dolor,² pero esto se permite sólo en un pequeño número de casos.

En la atención tradicional al parto, en cambio, el hombre continúa participando como lo hacía en la época prehispánica. Por ejemplo, entre los tzotziles, la partera se coloca de pie por detrás de la mujer, mientras que su esposo está sentado en una silla baja, enfrente a ella reconfortándola. Incluso, si la partera no está, el marido toma su lugar.³

La partera que, en ocasiones, es parienta próxima de la mujer, no sólo está con ella desde el principio de las contracciones* hasta la expulsión de la placenta, sino que quizá la conoce desde que se casa, y cumple funciones que escapan a la competencia de los servicios oficiales de salud, como quedarse después del alumbramiento** para preparar la comida, lavar la ropa y cuidar a los hijos mayores de la recién parida, de modo que ella pueda atender a su pequeño.⁴

* Que señalan el inicio del parto.

** Desprendimiento y expulsión de la placenta.

² Poseiro, J.J., Storch, E., Ballejo, J., Izquierdo, A.M., Cordano, C. Citados en Caldeyro-Barcia. *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Montevideo, Uruguay. OPS/OMS/CIAP. Publicación científica 858. 1979.

³ Guiteras Holmes, Calixto. "El ciclo de vida". En: Zolla y Lozolla (comp.) *La medicina invisible*. México. Folios Ediciones. 1983. p. 223-233.

⁴ Menéndez, Eduardo. *Casos subalternos y el problema de la medicina denominada tradicional*. México. Cuadernos de la Casa Chata 32. 1981.

Además, los métodos tradicionales de atención al parto y al recién nacido poseen valores sociales, religiosos, psicológicos y culturales para los grupos donde se practican. Las parteras empíricas cumplen funciones de control de la ansiedad psicológica que provocan ciertos miedos relacionados con la posibilidad de que nazcan niños hechizados,⁵ siguen preceptos mágicos y religiosos que se piensa facilitan el parto,⁶ son consultadas en cuanto a la crianza del niño más allá del mes de vida, se ocupan de rituales, oraciones y obligaciones sociales,⁷ y en general, reflejan en su trabajo las costumbres y creencias de la comunidad donde realizan su práctica.⁸

Como la partera es parte de esa comunidad, no tiene problemas para entenderse con la mujer a la que atiende, en caso de que ella no habla español (quizá ninguna de las dos lo haga). Además, la comunicación entre parturienta y partera es permanente. Ésta le informa sobre el desarrollo del proceso, y la instruye para que saque el mayor provecho posible de sus esfuerzos.⁹

No sucede lo mismo con el médico que casi nunca comunica a la mujer sus progresos, retrasos, buenas señales o dificultades.

⁵ *Ibid.*

⁶ Foster, George M. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La antropología médica en España*. Barcelona, España. Anagrama. 1980. p. 249-263.

⁷ Grant, James. *Estado mundial de la infancia 1985 (UNICEF)*. Madrid, España. S. XXI. 1985.

⁸ Population Information Program. "Family Planning Programs". *Population Reports* 22. Baltimore, USA. John Hopkins University. Mayo 1980.

⁹ Townsend, John (relator). "Conclusiones de la reunión técnica". En *La partera y su participación en la atención primaria de salud*. Tepoztlán, Morelos. SSA-UNICEF. 1985. p. 58-72.

En la atención oficial al nacimiento, la parturienta se siente o segura al no participar pues tiene una incapacidad aprendida, o impotente para enfrentar a las leyes rígidas y la organización jerárquica y burocrática,¹⁰ en la que el paciente no sólo no puede opinar, sino ni siquiera preguntar.¹¹

En cuanto al trabajo de parto en sí, se han realizado estudios con mujeres a las que se permitió caminar durante él, comparándolas con otras que permanecieron acostadas, y se ha visto que en las primeras el tiempo de trabajo de parto es más corto, hay menor necesidad de analgésicos* y los latidos del corazón del feto son más regulares.¹² Sin embargo, en el hospital, generalmente, a la mujer no se le permite movilizarse. Tampoco puede comer o beber ningún alimento o líquido. Ante el esfuerzo físico sólo se le ofrece suero glucosado.**

La partera tradicional permite que la mujer adopte diferentes posturas y que tome pequeños bocados, té con azúcar y atoles, para recuperar la pérdida energética.

En una institución, la mujer no puede conservar su reloj para medir sus contracciones, ni sus lentes, aun cuando sin ellos

* Inyección continuada de una solución anestésica que se emplea en obstetricia y que busca la privación parcial o total de la sensibilidad.

** Agua con azúcar.

¹⁰ Kitzinger, Sheila. *Birth at Home*. Great Britain. Oxford University Press. 1980.

¹¹ Frenk, Julio. "La jerarquía hospitalaria". *Siempre* 1206. México. Agosto 4. S.A. S.P.

¹² Flynn. Citado en Kitzinger. *Op. cit.*

no pueda ver nada. Aunque lo desee, no le es permitido bañarse.

Las parteras emplean el baño del temazcal* durante el parto,** pues entre los indígenas mexicanos esta práctica tiene la misma importancia que antes de la conquista,¹³ si bien en la época prehispánica el nacimiento ocurría en el temazcal mismo, y ahora, hasta donde se tienen referencias, esto sólo sucede en las comunidades tzeltales donde, cuando llega el momento del parto, el hombre carga a la mujer sobre sus espaldas, y la lleva de su lecho al baño, como se ve en los códices.¹⁴

El agua para bañar a las que van a parir debe estar hervida con hierbas que varían de región en región. En Xochitlán, Puebla, por ejemplo, se emplean omequelite, zoapatli, maltantzin y malva.¹⁵

En el hospital se realizan con la mujer una serie de rutinas:

La tricotomía*** que en países desarrollados ya se está eliminando, pero que en México es todavía la regla, que no solamente es muy molesta para la mujer, sino que lacera folículos pilosos de la zona púbica, causando pequeñas cortaduras, pudiendo ser és-

* Descrito en el capítulo III. Tiene formas variadas según la región. En México se usa actualmente en Tlaxcala, Puebla, Estado de México, Morelos, Veracruz, Chiapas y Oaxaca.

** En realidad desde el inicio del embarazo hasta tiempo después de que la mujer ha dado a luz.

*** Rapado del vello perineal.

¹³ Moedano, Gabriel. "El temazcal, baño indígena tradicional". En: Lozolla y Zolla (comp.) *La medicina...* Op. cit. p. 279-303.

¹⁴ Castro, Carlos A. Citado en Moedano. Op. cit.

¹⁵ Moedano. Op. cit.

tas en algunos casos, causa de infecciones, precisamente lo que se trata de evitar.

También se utiliza una solución profiláctica* como vía permeable, que quizá vaya a necesitarse en una de cada 10 mujeres, y que no sólo es entonces inútil en las nuevas restantes, sino que, como una interferencia extraña más, provoca angustia en ellas, siendo ésta enemiga principal en la relajación necesaria para el buen éxito del parto.

Otra rutina es la de los tactos continuos, que son especialmente repetidos en los hospitales de asistencia social porque ahí es donde los estudiantes aprenden a hacerlos.

Estas tres prácticas: tricotomía, utilización de sueros y tactos continuos, no son realizados por las parteras empíricas. En cuanto al último aspecto, ellas generalmente comprueban la evolución del parto viendo si hay borramiento y dilatación del cuello uterino** y si el feto está descendiendo.

En forma rutinaria también se emplean en el hospital ocitócicos*** que, ciertamente, pueden ser muy útiles cuando el útero

* Suero

** Términos que se refieren a la cantidad de abertura -medida en dedos o centímetros- del cérvix o cuello uterino, durante la primera de las tres etapas del parto. Estas son: 1a. desde el inicio del trabajo de parto hasta que se completa la dilatación del cérvix, 2a. desde que la dilatación está completa (10 cm.) hasta la expulsión (salida del feto), y 3a. desde la salida del feto hasta que se completa la expulsión de la placenta y de las membranas carioamnióticas.

*** Hormona artificial que produce efectos similares a los de la ocitocina que estimula al útero a contraerse.

de la mujer no responda porque la cantidad de ocitocina en sangre es pequeña o porque no la produce en cantidad adecuada, pero que, muchas veces, si bien se dice que se les emplea para "conducir" el parto, en realidad cumplen la función de inducirlo y de acelerarlo, en ocasiones, al ritmo del siguiente cambio de guardia o de la cantidad de partos que deban ser atendidos.

La inducción puede ser peligrosa porque reduce la cantidad de oxígeno disponible para el feto y provoca desaceleración del ritmo cardíaco fetal. Es posible que esto sea causa de lesiones cerebrales y deje secuelas neurológicas. Importante es notar que no hay una dosis de ocitocina estándar segura, pues la única manera de saber la cantidad de ella que un útero o un feto es capaz de tolerar es administrándola. Unas mujeres requieren dos mil unidades, otras 30.¹⁶

El encarcelamiento de placenta o placenta retenida* es otra de las posibles consecuencias de la inducción pues la contracción no es natural.¹⁷

Mujeres que han tenido partos con y sin ocitocina reportan que en el primer caso las contracciones son mucho menos controlables.

Hay poca capacidad en la atención hospitalaria para aguardar con paciencia a la naturaleza. El desencadenamiento y desa-

* El que ésta no se desprenda y sea expulsada después del nacimiento.

¹⁶ Kitzinger, Sh., David, J. (eds.) *The Place of Birth*. Great Britain. Oxford University Press. 1978.

¹⁷ *Ibid.*

rollo del parto son casi siempre espontáneos, pues éste es un proceso natural e ininterrumpido.¹⁸ El útero mismo libera prostaglandinas* que inducen y mantienen las contracciones,¹⁹ de modo que el niño nace, no por la intervención médica, sino por el trabajo de parto. Por eso hay quien dice que el arte del buen parir es el arte del buen esperar.

La inducción del parto -repetimos- en algunos casos estará indicada, pero si éste no es el caso podrá provocar contracciones a tal velocidad que dejen de ser útiles al trabajo de parto.

Las partes empíricas en México sí emplean plantas medicinales, en forma de tés, como la ruda, el orégano o el cihuapatli -conocido actualmente como zoapatli-,²⁰ para regularizar la contractilidad uterina, por ejemplo en las multíparas,** pero la parturienta bebe sólo pequeños tragos, de modo que no puede tomar dosis tóxicas. Ella trata de aligerarle a la mujer su trabajo de parto, no irse, como lo muestra el hecho de que permanece con la recién parida durante varios días.

En la medicina oficial, dependiendo del hospital o clínica y del médico, se pretende que el trabajo de parto no dure más de 24, 12 ó hasta 8 horas, por eso muchas veces se recurre a los oci

* Factores que existen en el líquido seminal humano y en varios tejidos orgánicos, que además de otras funciones son ocitócicos.

** Que ya han parido varios hijos.

¹⁸ Dick-Read, Grantly. *Childbirth without Fear*. New York. Harper Colophon Books. 1972.

¹⁹ Gutiérrez. *Op. cit.*

²⁰ Juárez, Esperanza (yerbatera), Comunicación personal.

tócicos y también a la amniotomía* como forma de abreviar la primera etapa de parto, lo cual efectivamente sucede, pero esta maniobra artificial suprime los efectos protectores de las membranas, en particular sobre la cabeza del feto, con posibles lesiones para madre y niño siendo las principales que reduce la oxigenación cerebral en el feto, produce riesgo de infección postparto y neonatal (si transcurren más de 6 horas hasta el alumbramiento), aumenta desaceleración precoz del ritmo cardíaco fetal y, aunque no está demostrado, es posible que aumente el riesgo de retraso mental.²¹ La amniotomía también se puede dar por razones indicadas.

La investigación sobre el nacimiento en Gran Bretaña afirma que el trabajo de parto prolongado no es causa de mayor mortalidad neonatal,** siempre y cuando el parto sea natural.²²

Cualquier intervención obstétrica, a menos de ser inteligente y moderada, tiende a producir una situación en que se requerirá otra intervención posterior. Por ejemplo, los ocitócicos, al provocar que las contracciones sean más cercanas, fuertes y prolongadas, son causa de mayor recurrencia a analgésicos,²³ y éstos

* Ruptura de las envolturas o membranas fetales que encierran al feto y al líquido amniótico.

** Mortalidad del niño entre 0 y 28 días de nacido.

²¹ Schuarc, Ricardo. Caldeyro-Barcia, R. *Amniotomy*. Uruguay. OPS/OMS/CLAP. Publicación científica 931. 1982.

²² British Birth Survey. Citado en Kitzinger. *Birth at... Op. cit.*

²³ Kitzinger. *Birth at... Op. cit.*

pueden inhibir en la mujer el deseo de pujo, lo que posiblemente conduzca a la necesidad de usar fórceps.

Está después el aspecto de la posición. Engelman, médico inglés de fines del siglo pasado, emprendió una investigación para encontrar la postura más natural en que una mujer podía dar a luz. Encontró que existían "mil y una maneras de parir", pero que la cama obstétrica sólo era empleada en la Europa de la época, mientras que las mujeres de los pueblos primitivos parían en posiciones verticales (paradas o colgadas) o inclinadas (de rodillas, en cuclillas, sentadas, semiacostadas, en cuatro puntos).²⁴

En el presente siglo, estudios hechos por Ford en 1945, Howard y Naryl en 1961 y Newton y Newton en 1972, entre etnias no influenciadas por la obstetricia occidental, mostraron que en la mayoría de ellas se empleaban las posiciones verticales o inclinadas.²⁵

La posición supina o de decúbito dorsal quizá se llama ginecológica porque es la más adecuada para la vigilancia y la intervención médica en el proceso del parto, pero no es natural. Por ello, los músculos perineales** pueden ser forzados y desgarrarse, además de tener otros efectos como ineffectividad de contracciones y palpitations por hipertensión, debidos a la opresión de la ve-

* Sobre la espalda.

** Situados entre el subpubis y la punta del cóccix.

²⁴ Engelman, G.J. *Labor Among Primitive People*. St. Louis, J. H. Chambers and Col. 1883.

²⁵ Atwood, Richard J. "Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant". En: *Rapport (comp.) Corps de mère. Corps d'enfant*. France. Stock. 1980. p. 73-124.

na cava inferior,^{*26} lo que también puede ocasionar hipoxia fetal.^{**27}

Estudios hechos en hospitales de América Latina, en 324 partos de bajo riesgo, mostraron que en posición vertical se reducía la duración del período de dilatación en 25% en el total de mujeres, y en 36% en el caso de las primíparas.²⁸

Las posiciones verticales o inclinadas que favorecen las parteras -a veces la mujer pare mientras el marido la sostiene sentada sobre sus muslos,²⁹ otras más colgada del cuello de su esposo,³⁰ unas agarradas de cuerda que cuelga de una viga para no desperdiciar ninguno de sus esfuerzos⁻³¹ son más efectivas pues, entre otras muchas consecuencias, tienen un efecto ocitócico que aumenta de manera natural la intensidad de las contracciones uterinas,³² y también más lógicas pues aprovechan la ley de la gravedad como si la madre fuera un árbol y su hijo su fruto que cae y que, a su vez, será germen, se ha dicho.

Con estas posiciones que la mujer toma instintivamente,

* Que recibe a las venas del abdomen y a las genitales.

** Insuficiente oxidación.

²⁶ Kitzinger. *The Place of...* *Op. cit.*

²⁷ Husson, Jean-François, Yanotti, Sylvain. "Y a-t-il un obstétricien dans la salle? En: Rapport. *Op. cit.* p. 31-35.

²⁸ Caldeyro-Barcia, R. *Op. cit.*

²⁹ Limón Delgado, Antonio, Castelote, Eulalia, "La medicina popular en torno al embarazo y al parto a principios de siglo". En: Kenny y de Miguel. *Op. cit.* p. 227-248.

³⁰ Foster. *Op. cit.*

³¹ Guiteras. *Op. cit.*

³² Husson y Yanotti. *Op. cit.*

ella puede pujar de manera adecuada, el feto tiene la posibilidad de rotar más fácilmente y su cabeza, con la ayuda de la ley de la gravedad que ya se mencionaba, distiende mejor los músculos perineales y evita la necesidad de muchas episiotomías,* que en la medicina oficial también se hacen en casi el 100% de los casos. Además, la partera suele detener con sus manos la coronilla, lo que le da fuerza al tejido y evita que el niño salga demasiado de prisa.

Un elemento más presente en la atención al parto en los servicios organizados de salud es la anestesia, que se hace necesaria porque la mujer no está preparada ni física, ni psíquicamente para el parto natural. Ya Dick-Read decía que desde el origen del hombre se ha reconocido el dolor en el parto, pero sólo cuando hay complicaciones, y que, sin embargo, cuanto mayor ha sido el desarrollo cultural de los pueblos, más grande también ha sido el énfasis en decretar el parto como una prueba dolorosa.³³

Al inicio de la Colonia, los cronistas españoles hablaban de la facilidad que para parir tenían las mujeres en la Nueva España. En cambio, con la práctica y el saber médico hispanos llegó la asociación del parto con el dolor, idea que dominó en la Edad Media como herencia de la medicina hebrea antigua.³⁴ Leemos en La Biblia: Dijo Dios a Eva, "multiplicaré tus trabajos y mise

* Incisión quirúrgica lateral del orificio valvular en el momento del desprendimiento de la parte fetal, para evitar desgarramiento.

³³ Dick-Read. *Op. cit.*

³⁴ Lyons, Petrucelli. *Historia de la medicina*. Barcelona, España. Doyma. - SF.

rias en tus peñeces: con dolor parirás los hijos, y estarás bajo la potestad o mando de tu marido."³⁵

Cada nacimiento recordaba el pecado original que debía ser expiado por medio del sufrimiento al parir.³⁶ El temor, a través de reflejos condicionados, causa dolor, éste más temor, el que a su vez produce tensión muscular donde debería haber relajación, y así una cadena de dolor-tensión-dolor, cada vez más intensa,³⁷ además de que la secreción de adrenalina provoca que la sangre se vaya hacia las extremidades y lejos del útero, lo que implica una reducción del suministro de oxígeno y sangre al feto.³⁸

Bajo esas circunstancias la mujer "necesita" algo que la calme.

Toda droga que se ponga en el torrente sanguíneo de la madre, influye en sus mecanismos muscular, nervioso y circulatorio³⁹ y viaja, a través de la placenta y del cordón umbilical, hasta el feto.⁴⁰ Por eso, si bien hay anestésicos cada vez más seguros -el epidural, por ejemplo- ** todos pueden tener efectos iatrogénicos

* Según Dick-Read esto tiene su explicación en el hecho de que las traducciones del hebreo de La Biblia se hicieron entre 1604 y 1616, época en que había en Europa sentimientos negativos hacia el parto.

** Anestesia introducida a través del espacio extradural, en la parte baja de la espalda, que no deja de tener sus riesgos.

³⁵ Génesis 3, 16. Sagrada Biblia. Madrid, España. Apostolado de la Prensa. 1964. p. 6.

³⁶ Dick-Read. *Op. cit.*

³⁷ Bean, Constance. *Methods of Childbirth*. New York, USA. Dolphin Books. 1974.

³⁸ Davis, Elizabeth. *A guide to Midwifery Heart and Hands*. Santa Fe, Nuevo México. John Muer Publications. 1981.

³⁹ Kitzinger. *Birth at...* *Op. cit.*

⁴⁰ Dick-Read. *Op. cit.*

cos* en la madre y en su producto, por lo que sólo deberían usarse en casos indicados.

Excepto en situaciones especiales, la mujer no necesitaría ser medicada durante su trabajo de parto, pues en este proceso hay una exaltación de la mente.⁴¹

Nuevamente aquí, la partera no los emplea. Las mujeres hincholas en el trabajo de parto piensan en el día en que engendraron a su hijo para que ese momento pueda ser tan placentero como aquél.

Se afirma que el número de casos en que se emplean anestésicos, fórceps y ocitócicos, en que se realizan cesáreas y episiotomías, no guarda proporción alguna con el porcentaje natural de casos patológicos en obstetricia.⁴²

Lo anterior se debe a que, a diferencia de las parteras que atienden casos individuales -lo que como ya se decía en otro capítulo es una característica de toda la medicina tradicional-, donde se parte de que cada parto y mujer son diferentes; el hospital emplea rutinas que no serían necesarias en el 90% de los partos que son normales, o sea, pone en el mismo plano a una mujer embarazada que presenta un alto riesgo y a una mujer con embarazo normal.

La partera tradicional espera que en el parto de la mujer

* Daños causados por una intervención médica.

41 *Ibid.*

42 Gutiérrez. *Op. cit.*

a la que atiende no haya complicaciones, pues en ello pueden ir la vida de la madre y la viabilidad del feto.*

En cambio, los ginecobstetras publican cientos de trabajos sobre anomalías y complicaciones en el parto, y los estudiantes esperan que éstas se presenten. En general, el sistema de maternidad está orientado hacia la enfermedad.

Atención especial merecen las cesáreas, a las que se recurre con frecuencia cada día mayor. Sirva como ejemplo el hecho de que el sindicato del Metro, llevó en 1984 a la mesa de las negociaciones con la empresa, el alto porcentaje de ellas -cerca del 40%- que eran practicadas a las trabajadoras o esposas de los trabajadores en el hospital que la empresa había destinado para su atención.⁴³

Esto puede tener que ver con el hecho de que las cesáreas son hoy más seguras -la anestesia permite la cirugía y salva muchas vidas que en otros tiempos se habrían perdido-, y, por lo tanto, pueden realizarse en todos los casos necesarios: madre diabética, pelvis estrecha, bebés prematuros que no soportan bien las condiciones del parto; pero está relacionado también con la posición horizontal durante el trabajo de parto,⁴⁴ con el hecho de que una madre anestesiada no puja adecuadamente pues se necesita una coordinación perfecta entre los esfuerzos pulsativos y las contracciones, o con la idea que se sostuvo durante mucho tiempo

* Posibilidad de que nazca y sobreviva.

⁴³ Reza, Jesús. Comunicación personal.

⁴⁴ Odent, Michel. "Les positions de la mère pendant l'accouchement". En: Rapport. *Op. cit.* p. 13-28.

de que parto pélvico era equivalente a cesárea. En los hospitales privados con frecuencia, se hace por razones pecuniarias, y en los hospitales de seguridad social porque ahí se forman los médicos privados, además de que es más rápida y permite tener todo bajo control.

En el IX Congreso Mexicano de Ginec Obstetricia, que se llevó a cabo en octubre de 1986 en la Ciudad de México, se habló de que el parto vaginal es el ideal en cualquier presentación, e incluso de la posibilidad de nacer versiones externas, que durante mucho tiempo estuvieron completamente contraindicados en la medicina occidental, y por las que se criticó severamente a las parteras, no sólo en México, sino en todos los lugares en que se practicaban y practican. * 45

Hubo también exhortación a limitar el uso de ocitócicos y se resaltó la importancia de no sólo no interrumpir, sino de fomentar las relaciones sexuales durante el último trimestre del embarazo, por la gran cantidad de prostaglandinas que contiene el semen y que favorecen el reblandecimiento paulatino del cuello del útero y hacen más fácil el trabajo de parto.

Esa fue una práctica favorecida en el México precolombino, por ejemplo entre los mayas,⁴⁶ y que la medicina española convir-

* Existe una película que muestra esta técnica "Turning the Baby External Cephalic Version" (Versión externa del bebé a la posición cefálica). Yucatán 1979. Crosscultural Productions.

⁴⁵ Balam, Gilberto. "Medicina indígena en la península yucateca". En: *México Indígena* No. 9. México. Instituto Nacional Indigenista. Marzo-abril 1986. p. 20-22.

⁴⁶ Whittlock. Citado en Shein. *El niño precolombino*. México. Villicaña. 1986.

tió en tabú. Ya se vió en el capítulo III que tampoco se daba entre los mexkas para quienes la religión y la organización política eran también frenos a la sexualidad.⁴⁷ Era necesario tener relaciones sexuales durante la primera etapa del embarazo, pero prohibido en la última.⁴⁸ Entre los tzotziles y otros grupos, las relaciones sexuales continúan durante todo el embarazo, todavía actualmente.⁴⁹

Una vez que el niño ha nacido, generalmente vuelve a administrársele a la mujer un ocitócico para acelerar el alumbramiento. Un texto para estudiantes de medicina dice: "La expulsión de la placenta raramente se hace en forma espontánea, por lo que es necesario aplicar algún método artificial para terminar el tercer período del parto".⁵⁰ Es difícil imaginar qué harían sin syntocinon las mujeres durante los quizá dos millones de años de evolución humana que precedieron a su invención.

Otra vez el procedimiento de la partera tradicional es más suave. Ella, vuelve a dar tes, pone lienzos calientes en el abdomen de la parturienta y le da masajes con movimientos hacia abajo, como se indica en algunos manuales para parteras empíricas.⁵¹

Además de que, en respuesta al llanto de su hijo, la matriz

⁴⁷ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Serie Antropología Social. Col. SEP-INI. México. Instituto Nacional Indigenista. 1980.

⁴⁸ Sahagún, fray Bernardino de. *Historia general de las cosas de la Nueva España*. México. Porrúa. 1985.

⁴⁹ Guiteras. *Op. cit.*

⁵⁰ Veramedí Carciner, Jorge (coordinador). *Parto y período perinatal*. México. UNAM. Facultad de Medicina. MGI. 1986. p. 92.

⁵¹ Ministerio de Salud Pública de Honduras. *Manual de la partera*. Honduras. OPS/OMS. 1983.

de la madre se contrae fuertemente, si se pusiera al neonato* al pecho de su madre inmediatamente después de su nacimiento, él con su estimulación, provocaría la producción de ocitocina y, por lo tanto, el rápido desprendimiento y expulsión de la placenta.⁵²

Cuando a la madre no se le han dado sedantes, los instintos de búsqueda,** implantación,*** succión**** y deglución***** son muy fuertes en el recién nacido, pero si no los pone en práctica en el momento de su nacimiento, puede perderlos durante 24 y hasta 48 horas.⁵³

En los hospitales rutinariamente se separa a las madres de sus hijos inmediatamente después del nacimiento, para no volver a llevárselos, dependiendo del hospital o clínica, hasta que se les da de alta, o tres veces al día, empezando a las 24 horas. Al niño -que está solo a pesar de las luces del cunero y del llanto de los otros recién nacidos- se le ofrecen biberones con agua glucosada y fórmulas lácteas.*****

El sistema hospitalario no sólo frustra así el deseo de la madre de sostener en brazos a su hijo y observarlo de la cabeza a

* Recién nacido hasta los 28 días.

** Consistente en que si se toca una de las comisuras de los labios del niño, éste volteará la cara hacia el lado de donde provino el estímulo.

*** Su capacidad de tomar el pecho con la boca.

**** Su capacidad de mamar.

***** Su capacidad de tragar.

***** Preparados artificiales para niños hechos a base de leche de vaca.

⁵² La leche League International. *The Womanly Art of Breastfeeding*. USA. La Leche League International. 1982.

⁵³ *Ibid.*

los pies, sino la relación maternoinfantil misma, iniciada desde el momento de la gestación.⁵⁴ Durante los días que dure su estancia en el hospital, el recién nacido no pertenece a sus padres, sino a aquél. Casi siempre los padres observan a su hijo a través de cristales en un ambiente esterilizado.

La separación de madre e hijo, aunada a la sujeción del amamantamiento a horarios rígidos y a la introducción de complementos, interfiere con el buen inicio de la alimentación al pecho y reduce la frecuencia y la duración de ésta.⁵⁵

Esto es especialmente grave si consideramos que desde hace varias décadas se conocen las propiedades benéficas de la leche humana.

La Ig^{*} A, por ejemplo, importante como protectora en vías de entrada al organismo, no pasa a través de la placenta sino que sólo puede transmitirse de la madre al niño a través del calostro.^{** 56}

Por medio del interferón^{***} la leche materna prolonga el pe

* Inmunoglobulina. Anticuerpos presentes en la leche humana y especialmente en el calostro.

** Sustancia amarillenta producida por las mamas (pechos) antes de que baje la leche.

*** Proteína que inhibe la multiplicación de muchos virus.

54 Kennell, J., Klaus, M. Citados en Spock, Benjamín "How mothers learn to love their newborn babies". *Redbook*, USA. May 1976. (reimpreso).

55 Mandl, Pierre-E. "Algunos ejemplos de los muchos modelos de alojamiento con junto madre-niño. En Mandl (comp.) *Alimentación al pecho. El mejor comienzo para la vida*. México. Pax-México. 1981. p. 101-109.

56 Mata, Leonardo J., Wyatt, Richard. "Amamantamiento y resistencia del huésped a la infección". En: OPS/OMS. *El valor incomparable de la leche materna*. Ginebra. 1980. p. 11-21.

ríodo de inmunidad natural a muchas enfermedades virales -como el sarampión, la hepatitis, algunas neumonías, etc.-, la lactoferrina* y la transferrina** que hay en ella evitan el crecimiento de bacterias dañinas en el tracto intestinal y el factor bífido promueve el crecimiento de bacterias benéficas para el niño.⁵⁷

Lo anterior sólo por lo que se refiere a aspectos inmunológicos.*** Estamos enterados también de las ventajas nutricionales, psicológicas, prácticas, económicas y fisiológicas tanto para la madre, como para su hijo,⁵⁸ y es que la leche humana, como la de cualquier otro mamífero, es, después de milenios de adaptación selectiva, particularmente específica para los recién nacidos de su especie.⁵⁹

Alentadas por doctores y hospitales, que son los medios por los que en México se hace promoción a las fórmulas lácteas, cuya publicidad abierta está prohibida,⁶⁰ miles de madres abandonan la lactancia materna, incluso muchas de las que nunca acudirían a ellos.⁶¹

* Compuesto que ejerce acción antimicrobiana fijando el hierro.

** Proteína encargada del transporte del hierro, en este caso de la madre a su hijo.

*** Protectores contra enfermedades.

⁵⁷ Jelliffe, Derrick, Jelliffe, E. F. Patrice. *Human Milk in the Modern World*. Great Britain. Oxford University Press. 1979.

⁵⁸ Carrillo, Ana María. "Alimentación al pecho materno". En: Gallardo (comp.) *Prácticas de comunidad y seminarios de integración*. Fascículo IV. UNAM. Facultad de Medicina. SF. p. 29-41.

⁵⁹ Blaxter. Citado en Jelliffe, Derrick, Jelliffe, E.F. Patrice. "Introducción". En: OPS/OMS. *El valor...* *Op. cit.* p. 1-3.

⁶⁰ Isunza, Alberto. "Abandono de la lactancia materna: un ejemplo de la deformación médico-académica." *Cuadernos Médico Sociales* No. 23. Rosario, Argentina. Mayo 1983. p. 39-52.

⁶¹ Grant, James. *Op. cit.* .

Si bien en algunos lugares existe la idea de que el calostro es dañino y debe ser tirado, la partera después de proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido lo coloca al lado de su madre y promueve la alimentación al pecho materno.⁶² Los patrones de amamantamiento a libre demanda harán que la madre no se separe ni un minuto del niño durante los primeros meses de su vida,⁶³ y la partera tradicional la aconsejará sobre una variedad de plantas y remedios que se dice ayudan a la producción de leche.⁶⁴

Enfrentada a este saber popular en cuanto al amamantamiento y al saber técnico de compañías transnacionales, la práctica médica ha adoptado por el segundo.⁶⁵

En el temazcal, madre y recién nacido se dan su primer baño juntos.

El que madre e hijo permanezcan muy cerca uno del otro después del nacimiento está naturalmente establecido, pero, debido a la medicalización del parto, ha ido desapareciendo y es que aunque el parto y los períodos que le anteceden y siguen están llenos de emotividad, la medicina institucional no toma en cuenta los aspectos afectivos que difícilmente pueden medir y menos aún controlar.

⁶² Péchevis, Michel. "Formación del personal de salud en materia de lactancia materna". En: Mandl (comp.) *Op. cit.* p. 85-100.

⁶³ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. México. IMSS. 1980.

⁶⁴ Grupo de músicos e historiadores de Tenejapa, Chiapas. "La medicina y las hierbas". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* p. 44-46.

⁶⁵ Isunza. *Op. cit.*

La valoración del recién nacido -métodos Apgar* y Silverman -Andersen**, la profilaxis ocular*** y la colocación del brazalete con su nombre podrían hacerse al niño en brazos de su madre, además de que sería posible dejarlo con ella en la sala de recuperación con unas mantas, para que no bajara su temperatura,⁶⁶ pero en lugar de eso, se le lleva a una cuna con control térmico.

Si en este capítulo hemos puesto énfasis en los aspectos positivos de los métodos tradicionales de atención al parto y al recién nacido, y criticado, en cambio, la práctica obstétrica y pediátrica hegemónica, no es porque en esta última no veamos nada positivo o creamos que la primera es perfecta, sino porque los servicios médicos oficiales censuran la práctica de las parteras tradicionales e, incluso, cuando se acepta que ellas tienen algo que enseñar, se especifica poco qué es aquello que pueden aportar.

Entendemos que gracias a los avances de la ginecología moderna -registro del ritmo cardíaco fetal, ultrasonografía**** amniocentesis***** -entre otros-, en nuestros días es posible detectar aneuploidías

* Que mide la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la respuesta a estímulos y la coloración.

** Que valora la función respiratoria.

*** Limpieza de los ojos del niño.

**** Estudio por el que se obtiene una imagen por el eco reflejado por órganos internos cuando se les envían ondas ultrasónicas.

***** Punción de la cavidad amniótica para sacar líquido.

⁶⁶ Smith, Paulina. "Las rutinas hospitalarias y su influencia en la lactancia materna". *Memorias del Primer Encuentro Nacional, Transnacionales y Alimentación Infantil*. México. RE XAMUNI-UNICEF. 1985.

malias morfológicas* y cromosómicas** en el feto, evaluar la maduración pulmonar y controlar la integridad anatómica de cualquier órgano, lograr que sobrevivan recién nacidos de un kilo y medio, prevenir problemas por incompatibilidad sanguínea***, hacer mucho más seguros el embarazo y el parto para las mujeres con diabetes o hipertensión arterial y, en general, disminuir la mortalidad materno-infantil.

Por lo que respecta a las parteras tradicionales hay prácticas que consideramos nocivas, como limpiar a la parturienta con papel periódico,⁶⁷ o meter el pico de un pollo por el ano del recién nacido que tarda en respirar, para que le comunique su aliento.⁶⁸

Sin embargo, como dicen unos expertos de la OMS, antes de opinar acerca de la efectividad o nocividad de la mayoría de las técnicas y recursos, vegetales, animales y minerales, así como de otro tipo de prácticas de las parteras empíricas, hay que hacer una investigación.

El Grupo de Antropología Médica llama a un folleto dirigido a estudiantes de medicina**** a prohibir radicalmente la práctica

* Disrrafias como que dejen de fusionarse algunas de las partes que cubren el sistema nervioso.

** Por ejemplo la conocida como Síndrome de Down.

**** Que por otro lado, es una excelente introducción a algunos de los aspectos de la medicina tradicional.

⁶⁷ Waltraud, Leiter. "Parteras empíricas en Milpa Alta". En: *Antropología y práctica médica*. México-UNAM. Fac. de Medicina. DMGI. 1987. p. 264-280.

⁶⁸ Kelly, García y Gárate. Citados en Foster. *Op. cit.*

de la medicina tradicional de poner telarañas en las heridas.⁶⁹ Precisamente en México, las parteras tradicionales usan telas de araña para vendar el cordón umbilical, lo que durante mucho tiempo fue considerado por los médicos occidentales como nocivo. Sin embargo, recientemente, se ha descubierto que la saliva de las arañas y las propias telas, poseen propiedades antibióticas.⁷⁰

También se ha visto que cauterizar el ombligo con cera caliente, como se hace en las comunidades mayas en México, puede ser tan seguro como usar tijeras esterilizadas.⁷¹

Además de no tratar de suprimir usos que son benéficos, hay que procurar no contaminar a las parteras tradicionales con otras prácticas. En algunos lugares las parteras hacen maniobras internas y amniotomías, acuestan a la paciente y emplean ocitócicos, a partir de su contacto con los servicios organizados de salud.⁷²

Como conclusión, en nuestra opinión, la contradicción principal de la atención ginecoobstétrica hospitalaria es haber avanzado en los campos técnico y científico y hacer más seguros los partos distócicos* y más viable la vida del recién nacido con problemas, pero convirtiendo, en el 100% de los casos que ellos atienden, al proceso del parto en un procedimiento, y a las parturien-

* Aquéllos que se enfrentan a dificultades para su libre realización por las vías naturales.

⁶⁹ Grupo de Antropología Médica. *¿Qué debo saber de medicina tradicional durante el mi servicio social?* México. Luis Alberto Vargas (ed.). 1980.

⁷⁰ Grupo de expertos de la OMS. *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional.* Ginebra. OMS. 1978.

⁷¹ Jordan, Brigitte. *Birth in four cultures.* Montreal, Canada. Eden Press, Women's Publications. 1978.

⁷² Aguirre Beltrán. *Programas de salud...* Op. cit.

tas en pacientes enfermas.

La de las parteras tradicionales, el haber conservado el parto como un acto natural y familiar, donde padre y madre tienen un papel activo en el nacimiento de su hijo, pero sin hacer uso de todos los recursos -como la higiene- que incluso en sus contextos podrían aplicar.⁷³

Con el propósito manifiesto de mejorar la actividad de las parteras empíricas y de revalorar su práctica, existen actualmente políticas nacionales e internacionales dirigidas a ellas.

⁷³ Carrillo, Ana María. *Comparación entre la atención al parto y al recién nacido en la medicina alpata y la medicina tradicional*. Ponencia presentada en el coloquio "La medicina tradicional. ¿Un saber en extinción?". UNAM Zaragoza. 10 de noviembre de 1986.

Las promotoras (y los promotores también), especialmente si son jóvenes, solteras y de la comunidad donde trabajan, muchas veces tienen dificultades en promover actividades prenatales y para madres y niños. Quizás parezca ridículo o hasta ofensivo que ellas den consejos a mujeres mayores sobre el embarazo, el parto y el cuidado infantil.

En tales casos es buena idea que la promotora joven explique su problema a algunas de las mujeres mayores de más respeto, incluso a las parteras locales. En vez de decirles lo que deben hacer, la promotora les puede pedir consejo y ayuda para organizar un programa... De este modo la promotora joven no dirige las actividades, sino que se queda a un lado compartiendo... información... e ideas: que las madres y parteras tomen el mando.

David Werner y Bill Bower. "Aprendiendo a promover la salud".

Capítulo VI

Los que saben y las que necesitan aprender... Políticas nacionales e internacionales en relación a las parteras empíricas

Según la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes o más de los partos en el mundo son atendidos, no a nivel hospitalario, ni por médicos, sino por parteras tradicionales.¹ Esto es especialmente válido para África, Asia y América Latina, y, dentro de ella, como se vio en el capítulo IV, para México.

Precisamente argumentando que en algunos lugares ellas son el único recurso para la asistencia maternoinfantil, la OMS mostró desde la Reunión de Alma-Ata en 1976,² y un año después, en la Reunión de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, realizada en Ginebra, interés por ellas, y se planteó la necesidad de emplearlas, junto con el resto de recursos de la medicina tradicional, para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2000".

Cuestionaríamos de entrada que el verdadero objetivo de los actuales programas sea el de "salud para todos en el año 2000". Coincidiríamos con los autores que afirman que más bien debiera decirse "atención para todos en el año 2000",³ pues, en la prácti

¹ Comité de expertos de la OMS. *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. Serie de informes técnicos 622, Ginebra. OMS. 1978.

² OMS. *Declaración de Alma Ata*, URSS. OMS. Septiembre 1978.

³ Navarro, Vicente. "A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration". *Social Science and Medicine*. Volume 18. Number 6, Great Britain. Pergamon Press. 1984. p. 467-474.

ca, es en ella en donde se está poniendo el acento, y no en la _
 nutrición adecuada, el abastecimiento de agua potable, la elimi-
 nación sanitaria de excretas, la instrucción, el saneamiento del
 medio y las mejoras en el transporte, si bien sí se mencionan, ⁴ _
 y mucho menos en transformaciones más profundas que pudiesen con-
 ducir a la salud.

En segundo lugar, objetaríamos el término "emplearlas", -
 pues las parteras tradicionales están siendo ya empleadas por _
 las comunidades. * Como dice UNICEF, el que dos terceras partes _
 de las mujeres en el mundo no tengan acceso a los servicios obs-
 tétricos modernos, no quiere decir que no cuenten con nadie a _
 quien recurrir. De hecho, la partera local es su principal ayu-
 da durante el embarazo, el parto y los primeros momentos de la _
 crianza de sus hijos. ⁵

Por lo tanto, se está en realidad hablando, básicamente, de
 capacitar y controlar la atención al embarazo, al parto y al re-
 cién nacido que ya existe.

Los organismos internacionales han propuesto que se creen _
 programas nacionales y que un comité de expertos de diferentes _
 áreas coordine la capacitación de las parteras tradicionales. ⁶

* Esto aplica igualmente para todos los recursos humanos de la medicina tradi-
 cional.

⁴ OPS-OMS. *Estrategias. Salud para todos en el año 2000*. SLP. OMS. 1980.

⁵ Grant, James. *Estado mundial de la infancia 1985*. Nueva York, USA. UNICEF. _
 1986.

⁶ Du Gas, Beverly, Mangay-Manglacas, Amelia, Pizurki, Helena, Simons, John. _
Parteras tradicionales. Suiza. OMS. Publicación en offset 44. 1979.

En algunos países como Filipinas, Tailandia y Sudán, la preocupación de los gobiernos por las parteras empíricas es aún anterior a la de la OMS y UNICEF, de modo que se les reconoce y adiestra desde hace 25 años.⁷

En México, en el siglo XVI ya existía una cartilla para parteras empíricas, y en el siglo pasado, además de cursos esporádicos, la Escuela de Medicina daba una capacitación para parteras de un año de duración, donde era requisito haber terminado la primaria,⁸ pero la capacitación de parteras empíricas ya existentes se organizó más permanentemente desde las primeras décadas de este siglo.

A partir de 1926 las misiones culturales de la SEP impartieron cursos para ellas. En Monterrey, Nuevo León, de 1929 a 1935, la enfermera Josefina Luna coordinó un programa de capacitación de parteras empíricas. Desde entonces se dedicaron a la capacitación de parteras, en diferentes zonas del país, el Departamento de Salubridad y Asistencia, las enfermeras sanitaristas de la SSA, los servicios médicos rurales cooperativos y la Dirección de Asistencia Maternoinfantil.⁹

⁷ Mangay-Manglacas, Amelia, Pizurki, Helena. "Introducción". En: Mangay-Manglacas, Pizurki (comp.) *La partera tradicional en siete países. Ejemplos prácticos de su utilización y adiestramiento*. Ginebra. OMS. Cuadernos de Salud Pública 75. 1981. p. 7-9.

⁸ Valle Caloca, René. Citado en Martínez, María Matilde, Latapí, Pablo, Hernández de Isabel, Rodríguez Juana. *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*. México. Nueva Imagen. 1985.

⁹ Sordo Noriega, Antonio. Citado en Martínez, María Matilde et. al. *Op. cit.*

En ninguno de esos cursos se integraban los conocimientos de las parteras.

En 1937, con Cárdenas, se inició un programa de capacitación de parteras en la Comarca Lagunera. Se logró adiestrar a 396 parteras entre ese año y 1960, fecha en que terminó el programa. Como resultado del mismo, los hospitales atienden hoy más partos distócicos y de primíparas.¹⁰

El Instituto Nacional Indigenista tiene dos programas. Uno en Chiapas y otro en Yucatán, que se iniciaron en 1973 y 1977, respectivamente.

El primero, hasta 1986, había trabajado en 25 comunidades de 3 municipios de la región denominada "Altos".

En Yucatán, en 11 años de programa, se habían capacitado, también hasta 1986, 660 parteras de 300 comunidades, en talleres participativos teórico-prácticos, de dos semanas de duración.¹¹

En estos programas se veía la necesidad de concebir la práctica de las parteras empíricas dentro de los contextos sociales, económicos y culturales que determinan las formas de trabajo y de vida y, por lo tanto, el proceso salud-enfermedad.¹²

¹⁰ Hernández de Sandoval, Guadalupe. "Programa piloto de adiestramiento y control de parteras empíricas en la Comarca Lagunera (SS)". En: Subsecretaría de Servicios de Salud de la SSA/UNICEF. *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*. Reunión técnica. México. 1985. p. 7-10.

¹¹ Solís Cervantes, Gonzalo. *et. al.* "Posición de la mujer dentro del sistema médico indígena. Organización de las mujeres para salud (INI)". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 13-15.

¹² *Ibid.*

En 1976 se promulgó el *Reglamento para parteras empíricas* especializados que buscaba autorizar su práctica convirtiéndolos en auxiliares de la salud en obstetricia.¹³

Un año después de que se dio a conocer el Programa Nacional de Planificación Familiar, es decir en 1977, se inició en las zonas rurales un programa denominado "Proyecto de Capacitación en Planificación Familiar a Parteras Empíricas" y luego otro llamado "Parteras Capacitadas y Controladas", que buscaba reducir la mortalidad maternoinfantil e incorporar la planificación familiar a las prácticas tradicionales de atención a la mujer.¹⁴

En Guerrero un programa de capacitación comenzó con un curso en 1978. Luego se dio otro en 1979 y dos más en 1980. La formación de las parteras estuvo a cargo de la SSA y del IMSS. Extender la planificación familiar era uno de sus objetivos; otro, reducir la mortalidad maternoinfantil. Los encargados del programa reportaron rechazo de la población a los servicios que brinda el personal médico y de enfermería.¹⁵

El programa IMSS-COPLAMAR capacitó parteras en las zonas rurales, de 1979, en que fue fundado, a 1983, año de su desaparición.

* Llama la atención el uso del género masculino, siendo la de las parteras una actividad netamente femenina.

¹³ SSA. *Reglamento de Parteras Empíricas Especializadas*. 1976.

¹⁴ Zittle Ferro, Evangelina, Camarena García, Rosa. "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional (SSA)." En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 11-12.

¹⁵ Chávez Cernas, Teófila. "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p.16-17.

ción. Sus objetivos, al igual que los de otros programas, eran reducir la morbi-mortalidad materno-infantil y ampliar el programa de control natal.¹⁶

En Tlaxcala el programa de capacitación de parteras funcionó de 1977 a 1984 con falta de recursos, y buscaba reducir la mortalidad materno-infantil.¹⁷

Otros programas han sido impulsados por el antes llamado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (IMPI), por la Confederación Nacional Campesina, el Consejo Nacional de Población y la Cruz Roja. Se calcula en 15 000 el número de parteras tradicionales capacitadas en México.¹⁸

Cuando se habla de capacitar a las parteras tradicionales, se piensa en combatir prácticas nocivas que varían de país en país y de región en región, así como el hecho de que utilicen instrumental no esterilizado para cortar el cordón umbilical o el vendaje del mismo con material sucio -ambas posibles causas en el recién nacido de tétanos neonatal-.¹⁹ Se busca, asimismo, enseñar a las parteras a identificar los partos complicados y refe

¹⁶ Reyes Castillo, Manuel, González, Laura Rosa. "El modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-COPLAMAR y la partera empírica". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 20-23.

¹⁷ López Rufz, Araceli. "Recopilación y sistematización de experiencias de la Secretaría de Salud en programas de parteras empíricas en el estado de Tlaxcala". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 23-26.

¹⁸ Secretaría de Salud. Citada en: Population Information Program. "Traditional Midwives and Family Planning". *Population Reports*. Series J-22. Broadway, USA. The John Hopkins University. May 1980. (existe copia en español).

¹⁹ Hernández de Sandoval, Guadalupe. *Op. cit.*

rirlos a centros de salud u hospitales,²⁰ y convertirlas en promotoras de los métodos modernos de planificación familiar.²¹

Los objetivos manifiestos de la capacitación son reducir la morbi-mortalidad maternoinfantil, lograr el descenso de las tasas de crecimiento de la población y, en ocasiones, incorporarlas a los servicios sanitarios asistenciales.²²

Los programas incluyen, generalmente, reclutamiento, capacitación y supervisión.

El primer problema para un programa nacional de capacitación sería identificar a las parteras empíricas. En diferentes documentos México es uno de los países sobre el que no aparece, aunque se le cita, el número de parteras tradicionales y, ni siquiera, el de enfermeras.^{23,24}

En México no ha habido un programa único de capacitación de parteras tradicionales, sino, como se ve, diferentes intentos aislados, con variados objetivos y metodologías.

La planificación de estos programas se hace no con participación de la comunidad en general, o de las parteras en particu-

²⁰ Araujo, Galba, Araujo, Lorena, Janowitz, Bárbara, Wallace, Silvia. "Parteras tradicionales en la atención obstétrica en el noreste de Brasil." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 96, núm. 2. Febrero 1984. p. 147-159.

²¹ Population Information Program. *Op. cit.*

²² Dus Gas. Beverly et. al. *Op. cit.*

²³ Draft. *Training of Traditional Birth Attendants. Notes on Evolution of Training Programmes Supported by UNICEF*. D. Banks. 1984. (mimeo).

²⁴ Norman Hofstatter. "Population per Physician, Nurse and Traditional Midwives in Selected Countries". En: Population Information Program. *Op. cit.*

lar,²⁵ sino por "expertos" en la capital de la república,²⁶ si bien hay algunos programas que antes de los cursos captan información sobre los conocimientos y la práctica de atención materno-infantil por parte de las parteras.²⁷ En Chiapas se encontró que ellas podían predecir el parto en 15 días de anticipación, que tenían conocimientos anatómicos e identificaban complicaciones como circular de cordón,* parto prolongado y retención de placenta.²⁸

A pesar de sugerencias internacionales en el sentido de hacer invitaciones abiertas a las parteras a los cursos de capacitación,²⁹ existen criterios de lo que llaman reclutamiento o selección para los mismos, donde se toma en cuenta: la edad -se les prefiere jóvenes porque tienden a estar más de acuerdo con la planificación familiar, aunque hay conciencia de que las mayores son más experimentadas, influyentes y respetadas-;³⁰ la instrucción -en México, de acuerdo al reglamento para parteros, se les exige como requisito saber leer y escribir, a pesar de que muchas de las parteras son analfabetas, y el programa de Comarca Lagunera pedía secundaria terminada-; la actitud ante la planificación fa-

* Cordón umbilical enredado alrededor del cuello del feto.

²⁵ Mangay-Angara, Amansia. "Filipinas. Establecimiento y utilización del registro nacional de parteras tradicionales". En: Mangay-Manglacas, Pizurki (comp.). *Op. cit.* p. 35-80.

²⁶ Townsend, John. Comentario personal en la reunión técnica SSA/UNICEF. *Op. cit.*

²⁷ López Ruiz, Araceli. *Op. cit.*

²⁸ Solís Cervantes, et. al. *Op. cit.*

²⁹ Du Gas, Beverly, et. al. *Op. cit.*

³⁰ Population Information Program. *Op. cit.*

miliar³¹ y la disposición a colaborar con los servicios organizados de salud,³² -que deben ser positivas-, y la existencia o no de médicos en la zona -prefiriendo capacitar sólo a las parteras que practican en comunidades donde no hay médicos.³³

Si bien se da prioridad verbal a los programas relacionados con la salud maternoinfantil, como éste de capacitación de parteras tradicionales, se les destinan poquísimos recursos,³⁴ de modo que no hay fondos para que las parteras asistan a los cursos, ni después para supervisarlas o gratificarlas.³⁵

Aunque el contenido de los cursos varía, en general comprenden medidas de higiene e identificación de signos de peligro durante el embarazo: toxemia,* hemorragia e infecciones; signos de alarma en el parto: obstruido,** prolongado, hemorrágico; signos de peligro en el puerperio inmediato: hemorragia, retención de placenta e infección. También incluye la atención del recién nacido sano y anormal, e información sobre métodos anticonceptivos.³⁶

La sencillez de los contenidos haría pensar que no es necesario capacitar al personal encargado del adiestramiento de las

* Presencia de tóxicos (venenos) de cualquier naturaleza en la sangre.

** Aquél en el que no es posible el paso del feto por el canal del parto por desproporción del tamaño de la pelvis de la madre y la cabeza del feto, o por algún otro motivo.

³¹ *Ibid.*

³² Du Gas, Beverly, *et. al. Op. cit.*

³³ Mangay-Angara. *Op. cit.*

³⁴ Townsend, John (relator). "Conclusiones de la reunión técnica". En: SSA / UNICEF. *Op. cit.*

³⁵ López Ruiz, Araceli. *Op. cit.*

³⁶ Reyes Castillo, Manuel. *et. al. Op. cit.*

parteras, pero, en general, no sólo se dan cursos de cómo dar los cursos, sino que incluso se contrata personal nuevo para este fin.³⁷

Con frecuencia, quienes imparten los cursos tienen poca o nula experiencia en la atención a partos, lo que les resta autoridad técnica y moral para enseñar a las parteras tradicionales que si algo tienen es experiencia.³⁸

En México,³⁹ como en otros países,⁴⁰ las auxiliares de enfermería -a las que se ubica en la escala más baja del equipo de salud- son, muchas veces, las encargadas de dar los cursos, pues se considera que las parteras tradicionales están aún por debajo de ellas. Lo anterior a pesar de que se reconoce que en Latinoamérica, si bien las parteras tradicionales no gozan de prestigio entre el personal hospitalario, los médicos o las personas instruidas de las grandes ciudades, son siempre respetadas en sus comunidades donde ejercen liderazgo, son fuente de información y consejo en materia de salud y tienen autoridad moral e influencia en el núcleo familiar.⁴¹

Sin embargo, hay programas en que fungen como maestros médicos bilingües y promotores de salud originarios de las comunida-

³⁷ SSA/UNICEF. "Conclusiones de la mesa de vinculación". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.*

³⁸ Townsend, John. Comentario personal en la reunión técnica SSA/UNICEF. *Op. cit.*

³⁹ Benítez Martínez, María Matilde *et. al.* *Op. cit.*

⁴⁰ Gómez, Elvia Cecilia de. "Proyecto para capacitación de parteras empíricas. Ministerio de Salud. Caldas, Colombia". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 27-31.

⁴¹ *Ibid.*

des indígenas, habiendo en estos casos identificación entre ellos y las parteras.⁴²

En los cursos se introducen en ocasiones ideas cuestionables. Por ejemplo, en una reunión realizada en Ginebra, en la sede de la OMS, un grupo de enfermeras en salud pública y otros especialistas de diversos países establecieron prácticas negativas de las parteras empíricas y los cambios por ellos propuestos.⁴³

Entre las prácticas que criticaban estaba el uso, por parte de las empíricas, de hierbas para acelerar el parto. No hicieron, desde luego, ninguna referencia a los métodos que se emplean en la medicina hospitalaria con el mismo fin, ni a sus efectos iatrogénicos.

Censuraban también las posiciones incómodas en que las parteras obligaban a las mujeres a parir. No pensaron en la posible efectividad de dichas posiciones, ni se les ocurrió discutir la incomodidad de la llamada posición ginecológica.

Desaprobaron la costumbre de algunas parteras de dejar sin alimento al recién nacido durante 24 horas, con lo que estaríamos de acuerdo; pero propusieron, en lugar de eso, además de amamantar al pequeño, darle agua hervida con azúcar, lo cual ha mostrado ser un importante factor de interferencia en el buen inicio de la alimentación al pecho.

Asimismo reprobaron el que las parteras tradicionales fomen-

⁴² Solís Cervantes, Gonzalo. *et. al. Op. cit.*

⁴³ WHO (documento inédito). Citado en: Du Gas, Beverly *et. al. Op. cit.*

taran el prolongado descanso -40 días-. En Latinoamérica, como en España, se habla, efectivamente, de este período de reposo, que es, además de purificación, de protección y consideración a la parida,⁴⁴ el cual puede parecer excesivo para mujeres que tienen agua corriente, coches u otros medios de transporte y que cuentan, quizá, con algún tipo de ayuda para el trabajo doméstico durante el puerperio; pero no lo es para las obreras ni para algunas campesinas que tienen que caminar 1 ó 2 kilómetros acarreando agua, ir al molino en la madrugada o moler ellas mismas el maíz, hacer 3 kilos de tortillas, llevar la comida al esposo al campo de labor, o trabajar ellas mismas la tierra, entre otras muchas actividades. Por otro lado, este descanso entre las mujeres de jornaleros o campesinos pobres dura, en realidad, de 7 a 15 días,⁴⁵ y es, probablemente, el único período en que la mujer se libera de su pesada carga de trabajo.*

Juzgaban también como nociva la promoción por parte de las parteras empíricas de métodos anticonceptivos dañinos e ineficaces. Sobre la eficacia y la nocividad de los métodos de anticoncepción modernos se hablará más adelante.

La medicina oficial ha empezado a reconocer algunas críticas a su práctica, por lo que en algunos momentos se censura lo

* Las esposas de jornaleros muy pobres suelen comenzar su rutina al día siguiente del parto.

⁴⁴ Limón Delgado, Antonio, Castelote, Eulalia. "La medicina popular en torno al embarazo y al parto a principios de siglo". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La antropología médica en España*. Barcelona, España. Anagrama. 1980. p. 227-248.

⁴⁵ Foster, George M. "Folklore y costumbres del nacimiento, parto e infancia". En: Kenny y de Miguel (comp.) *Op. cit.* p. 249-263.

que se acepta en otros. Por ejemplo, que la parturienta camine o se siente se criticó en otro tiempo; hoy se acepta por algunos.

Existen, además de los cursos, una serie de manuales que le indican a la partera cómo debe de actuar.

Uno, escrito por Eleosser y colaboradores, publicado en México por el Instituto Indigenista Interamericano,⁴⁶ recomienda en cuanto al cuidado del niño que se le dé agua en biberón en cada mamada, en vista de que no es posible satisfacerlo sólo con el calostro; que el pecho no se ofrezca antes de 3 ó 4 horas de la última tetada y tampoco durante más de 5 minutos, pues las tetadas breves estimulan la producción de leche; alerta contra la alimentación al pecho si la madre tiene pulmonía, un absceso en mama* o grietas en el pezón; indica que si la mujer no tiene suficiente leche, la leche humana se sustituya por leche de vaca, cabra o burra y, en general, dedica más páginas a la alimentación artificial que a la natural.

Una serie de trabajos muestran: que el recién nacido no necesita más que el calostro y que mientras más pronto y durante más tiempo se le ponga al pecho, más rápidamente también bajará la leche;⁴⁷ que alimentar a un neonato al pecho y al mismo tiempo con biberón, sólo logra confundirlo pues la succión es muy dife-

* Infección en mama por leche detenida en los conductos.

⁴⁶ Eleosser, Leo, Galt, Edith, Hemingway, Isabel. *El embarazo, el parto y el recién nacido. Manual para parteras rurales*. México. Instituto Indigenista Interamericano. 1963.

⁴⁷ Applebaum, Richard M. *Abreast of the Times*. Miami, USA. Applebaum. 1969.

rente en uno y en otro caso;⁴⁸ que las infecciones en mama⁴⁹ o las grietas en pezón⁵⁰ no son pretextos para descontinuar la lactancia natural pues no afectan al niño lactante, y que tampoco lo es el hecho de que la madre tenga pulmonía u otras enfermedades infecciosas, ya que el tiempo de incubación de la enfermedad es largo y cuando se manifiesta, el niño ya estuvo expuesto a ella, de modo que destetarlo sólo significa exponerlo doblemente, pues se le niegan los elementos inmunológicos presentes en la leche humana;⁵¹ que son verdaderamente raros los casos de agalactia fisiológica* y que no son las tetadas cortas, sino aquellas tan largas y frecuentes como el recién nacido las demande, las que estimularán una abundante producción de leche materna;⁵² finalmente, que promover la lactancia artificial en lugares donde no hay recursos económicos para comprar la fórmula y donde, por lo mismo, se le sobrediluye en agua, y donde tampoco hay agua corriente o cocinas limpias donde los biberones puedan esterilizarse, equivale a una sentencia de muerte para los niños.⁵³

* Escasez de leche.

⁴⁸ La Leche League International. *The Womanly Art of Breastfeeding*. USA. LLI. 1982. (por aparecer versión en español editorial Diana).

⁴⁹ Cutting, William. *Breastfeeding*. London. Foundation for Teaching Aids at Low Cost. Institute of Child Health. 1979.

⁵⁰ La Leche League International. *Op. cit.*

⁵¹ Brewster, Dorothy P. *You can Breastfeed Your Baby... Even in Special Situations*. USA. Rodale Press. 1979.

⁵² Pryor, Karen. *Nursing Your Baby*. USA. Pocket Books. 1973.

⁵³ Power, Jonathan. "El asesino de bebés del Tercer Mundo". En: Grupo Tercer Mundo. *Las multinacionales de la alimentación contra los bebés*. México. Nueva Imagen. 1982. p. 41-43.

Los autores afirman que el hecho de que las heces cambien de color, forma o frecuencia indica algún trastorno, lo cual no es válido para el niño alimentado al pecho cuyas heces pueden variar de color o consistencia sin que haya ningún problema de por medio.⁵⁴

Recomiendan en caso de que haya pulgas o chinches en el lugar en que va a dormir el niño, que se rocíe éste con DDT y se ponga arriba una sábana limpia para que el pequeño no se lleve el desinfectante ni a la boca, ni a los pulmones; cuando una sábana no evitaría que el niño absorbiera por piel el DDT que no es biodegradable y que podría causarle desde gastroenteritis hasta crisis convulsiva.⁵⁵ Agua y jabón podría ser una alternativa a considerar, si bien aquí lo fundamental es el hecho de que muchas viviendas no son adecuadas para la vida humana.

Si se presentan diarreas sugieren que el niño ayune, lo cual se recomienda en libros de texto médicos en los países desarrollados, e incorrectamente se ha aplicado a niños desnutridos de países subdesarrollados.⁵⁶

A la partera le pide que indique a la embarazada que coma carne, pescado, mariscos, huevo, queso y leche, casi todos alimentos que la mujer gestante de los sectores populares no va a tener

⁵⁴ Relucio-Clavano, Natividad. "Resultado de un cambio en prácticas hospitalarias". En Mandl (comp.) *Alimentación al pecho. El mejor comienzo para la vida*. México. Pax-México. 1981. p. 179-201.

⁵⁵ Vega, Sylvia, Rangel, Aarón. *Manual de plaguicidas*. México. Facultad de Medicina. UNAM. (por aparecer).

⁵⁶ *Foro Internacional de Planificación en Nutrición y Control de Enfermedades Diarreicas*. West Sussex, Inglaterra. Agosto 12-16. 1985.

a su disposición.

Para preparar los pezones en el embarazo recomienda agua y jabón que, en realidad, tiene el efecto de resecaarlos.⁵⁷

Dice, finalmente, que en cuanto el niño nazca se le levante por los tobillos con la cabeza hacia abajo, para que le salga el moco y los líquidos, lo cual tampoco se hace ya.

Muchas de las limitaciones de este manual se deben a que fue publicado en México hace más de 20 años. El problema es que aún se distribuye y promueve.

Otro manual para parteras, aparecido recientemente también en México⁵⁸ tiene un contenido mucho más actualizado. Sin embargo, aunque su lenguaje es claro, sus explicaciones podrían parecer, en ocasiones, poco sencillas, y ni por su extensión, ni por su precio resulta accesible a la mayoría de las parteras. Por otro lado, como en el resto de los manuales para parteras que consultamos, no se recupera nada del saber de éstas.

Algunos manuales constan de unas cuantas páginas,⁵⁹ y en ocasiones sólo tienen dibujos.⁶⁰ Estos básicamente enseñan a las parteras medidas higiénicas y a detectar casos de alarma.

Una crítica que se hace a los cursos es que dedican, quizá, dos meses y medio a la selección de parteras tradicionales, y lue

⁵⁷ La Leche League International. *Op. cit.*

⁵⁸ Gally, Esther. *Manual práctico para parteras*. México. Pax-México. 1977.

⁵⁹ Ministerio de Salud Pública de Honduras. *Manual de la partera*. Honduras. UNFPA, OPS/OMS. 1983.

⁶⁰ Ministerio de Salud. *Guía de parteras tradicionales*. Perú. SFP.

go 5 días a formarlas. En el proyecto de Comarca Lagunera, ya de saparecido, la duración de la capacitación era de 10 meses, pero en este caso formaba nuevas parteras; no instruían a las que ya existían.

La evaluación que sigue a los cursos puede crear expectativas infundadas, pues es posible que las parteras obtengan altas calificaciones sin que esto quiera decir que van a abandonar sus prácticas. Quizá no las abandonan porque no pueden cambiarse creencias de siglos, aunque sean incorrectas, en cinco días. Tal vez porque las prácticas no dependen de la idiosincrasia de las parteras, sino de la demanda de la comunidad, sobre la que en este caso habría que influir. Es posible también que no cambien algunas de ellas pues, a pesar de lo que se les haya enseñado, no son negativas o son necesarias. Por ejemplo, es mejor hacer una versión externa del feto, que tener que trasladarse a una ciudad grande para una cesárea,⁶¹ o morir ante la imposibilidad de hacerlo.

La supervisión, ya se mencionaba, generalmente falla por falta de recursos.

Muchas veces se ataca a las parteras tradicionales aunque acercándose a ellas se ve que trabajan con habilidad y regularidad considerables,⁶² y esta actitud no proviene sólo de gentes

⁶¹ Jordan, Brigitte. *Birth in Four Cultures*. Montreal, Canada. Eden Press. Women's Publications. 1978.

⁶² West, Kathleen M. "Sri Lanka: posibilidad de usar a las parteras tradicionales como medio poco costoso para atender las necesidades en materia de salud en la familia". En: Mangay-Manglacas, Pizurki (comp.) *Op. cit.* p. 129-174.

ajenas al programa, sino, a veces, hasta de quienes lo coordinan. Suele considerarse a la partera como un recurso provisional, y hay una valoración persistentemente negativa de su práctica.⁶³

Aun en programas donde se le revalora más, como los del INI, se le ve, en última instancia, como sujeto a aprender lo que debe hacer, habiendo incongruencia entre el marco referencial y la instrumentación de los programas.⁶⁴

Se sostiene que si las parteras llevan a cabo las prácticas higiénicas que se les enseñan, eliminan los hábitos que se consideran nocivos, canalizan los embarazos y partos de alto riesgo a los centros de salud y promueven el control natal, logrará reducirse la mortalidad maternoinfantil.

Por lo que toca al primer elemento -el de la higiene- ésta es, en efecto algunas veces, una falla de las parteras empíricas en la que hay que incidir. No es posible, sin embargo, dejar de considerar que esas condiciones en el nacimiento, no son otras si no aquéllas en las que se vive.⁶⁵

Las mejoras en materia de salud -dicen los expertos de la OMS- pueden deberse a una combinación de factores, por ejemplo, cambios en las condiciones de vida, aunados a capacitación de parteras tradicionales; pero donde haya insalubridad del medio, in-

⁶³ Eduardo Cayón. Comentario personal en la reunión técnica SSA/UNICEF. *Op. cit.*

⁶⁴ Elí de Leñero, María del Carmen. Comentario personal en *ibid.*

⁶⁵ SSA/UNICEF. "Consideraciones propositivas". En: *ibid.*

cluso las parteras mejor formadas serán incapaces de influir mucho sobre la salud de las mujeres a las que atienden. O sea, que para exigir a las parteras una práctica inocua, habría que ofrecerles a ellas y a la comunidad los medios para lograrla.⁶⁶

En 1980 los diferentes gobiernos se propusieron como meta a 10 años, que todos los habitantes de la tierra contasen, entre otros servicios, con disposición sanitaria de excretas, obras de alcantarillado y suministro de agua.⁶⁷ A pesar de ello, a dos años de esa fecha límite, las condiciones de las mayorías no han cambiado grandemente. Siguen habiendo quienes consumen 900 litros diarios de agua, mientras que otros disponen de 3.⁶⁸

De modo que la pobreza, y la falta de higiene y desnutrición que ésta conlleva, son las causas principales de la morbi-mortalidad maternoinfantil que, en ocasiones, se registra por otras causas, por ejemplo, atención inadecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En cuanto a la eliminación de prácticas nocivas de las parteras, hemos visto que hay que tener cuidado de no introducir las tecnologías modernas que las perjudican pues no son siempre inocuas,⁶⁹ y que se debe desechar únicamente lo que se haya proba

⁶⁶ Du Gas, Beverly et. al. *Op. cit.*

⁶⁷ OPS/OMS. *Estrategias...* *Op. cit.*

⁶⁸ Washington Post. Citado en: Vargas Tentori Fortunato. "Atención primaria de salud: estrategias para extender los servicios a la población marginada". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 96. Núm. 1. 1981. p. 1 - 9.

⁶⁹ SSA/UNICEF. "Consideraciones propositivas". *Op. cit.*

do nocivo, proponéndoles que adopten sólo lo absolutamente indispensable.⁷⁰

El tercer aspecto -el envío de pacientes- presenta tres problemas principales. El primero es el rechazo que se ha reportado de los médicos hacia las mujeres que refieren las parteras tradicionales.⁷¹ El segundo es la falta de carreteras, ambulancias y medios de transporte que comuniquen a las zonas aisladas y a los pueblos y ciudades con centros de salud.⁷² El tercero es la poca capacidad institucional para atender los casos que se les envían.⁷³

Finalmente, por el énfasis que la mayoría de los programas ponen en la utilización de las parteras tradicionales para distribuir anticonceptivos y, en general, para promover métodos de planificación familiar entre las mujeres que no tienen acceso a otros programas, nosotros queremos recalcar también este aspecto.

Hay quien afirma que las comunidades tradicionales rechazan el control natal.⁷⁴ No es así. La medicina tradicional cuenta con recursos tanto para prevenir el embarazo, como para interrumpirlo,⁷⁵ pero, ciertamente, en algunos sectores la concepción es tan fundamental que una mujer estéril es casi siempre abandonada.

⁷⁰ Du Gas, Beverly *et. al.* *Op. cit.*

⁷¹ Zittle Ferro, Evangelina. *Op. cit.*

⁷² Townsend, John. "Conclusiones..." *Op. cit.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural.* México. IMSS. 1980.

⁷⁵ Quezada, Noemí. "Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales". *Anales de Antropología.* Vol. XII. México. UNAM. 1975. p. 223-242.

La gran burguesía nacional y las corporaciones multinacionales están preocupadas por las altas tasas de natalidad. Se ha evaluado que el 6% de la población mundial -que es la de Estados Unidos- consume alrededor del 43% de los recursos de la tierra,⁷⁶ y ese 6% teme que la población mundial aumente y le demande dichos recursos. Como dice Vicente Navarro, lejos de pensar en multiplicar los alimentos, intenta reducir a los comensales.

La Fundación Rockefeller empezó a estar interesada en el control de la población en los países subdesarrollados desde 1930.⁷⁷ Dicho control se realizó originalmente por los servicios institucionales de salud, pero para llegar a los sectores que no acuden a ellos, y que son justamente los que más les interesan, a partir de 1960 la Federación Internacional de Planificación Familiar comenzó a estudiar el uso de las parteras tradicionales en los programas de control natal. Se realizaron reuniones regionales en varios países, México entre ellos,⁷⁸ y, a partir de entonces, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional y otras instituciones han colaborado en proyectos de planificación familiar que incluyen a las parteras.⁷⁹

Es decir, se ha cambiado el énfasis de programas que se apoyaban en hospitales o clínicas a otros con base en la comunidad,

⁷⁶ Julien, Claude. Citado en Chesnaux, Jean. *¡Hacemos tabla rasa del pasado?* Madrid, España. Siglo XXI. 1987.

⁷⁷ Barklay, William. "Control de la población en el Tercer Mundo". En: *Imperialismo y control de la población*. Buenos Aires. Periferia. 1973. p.151-195.

⁷⁸ World Health Organization Secretariat. *Traditional Birth Attendants: Activities, Problems and Prospects for the Future*. México. Diciembre 10-14. 1979.

⁷⁹ Population Information Program. *Op. cit.*

donde las parteras empíricas capacitadas envían a los centros de salud a mujeres dispuestas a emplear algún método de anticoncepción, realizan varios procedimientos ellas mismas, y venden o distribuyen gratuitamente anticonceptivos.⁸⁰

En México, al igual que en Guatemala, Haití y Nicaragua, se les permite distribuir preservativos, espumas e, incluso, anticonceptivos orales. A veces se les llama parteras pastilleras.⁸¹

En el país, estos programas de utilización de parteras tradicionales para el control natal se han visto especialmente favorecidos desde 1976 en que se promulgó la Ley General de Población, la cual sentó las bases jurídicas para la instrumentación de una nueva política demográfica, y con más énfasis desde 1983, año en que se elevó el derecho de la planificación familiar a rango constitucional,^{*} y de 1986 en que se estableció en el artículo 67 de la Ley General de Salud que la planificación familiar tenía carácter prioritario.⁸²

En el programa de capacitación de parteras en Guerrero, una de las metas era mantener bajo control al 15% de las mujeres de edad fértil y riesgo de embarazo, y, en general, motivar a la comunidad al uso de anticonceptivos.⁸³

* Artículo 4°. constitucional. "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Zolla, Carlos. "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales". *México Indígena*. Núm. 9. México. INI. Mayo-abril 1986. p. 16-19.

⁸² Poder Ejecutivo Federal. *Ley General de Salud*. México. Libros Económicos. 1984. p. 30.

⁸³ Chávez Cernas, Teófila. *Op. cit.*

En el programa IMSS-COPLAMAR, la capacitación de las parteras estaba a cargo de la jefatura de planificación familiar.⁸⁴

En el Estado de México se realizó un programa piloto de planificación familiar, con parteras y otros promotores de salud que regalaban píldoras y preservativos, y aplicaban contraceptivos inyectables. Los promotores, además, colocaban dispositivos, y todos referían a mujeres a esterilización voluntaria. El uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de entre 15 y 19 años aumentó del 6.6 al 34%.⁸⁵

También se ha incorporado a las parteras tradicionales a los programas de planificación familiar en Michoacán, Yucatán, Hidalgo y Oaxaca, donde al menos 52% de ellas -se reporta- colaboran.⁸⁶

Así, las parteras tradicionales no sólo permiten a los programas de control de la población llegar a sectores de otro modo difícilmente accesibles, sino, además, hacerlo con un bajo costo. Se calculaba que cuando reclutar a un nuevo usuario de anticonceptivos costaba \$ 8.50 si se hacía a través del programa nacional, requería de sólo \$.60 de dólar si lo lograba una partera.⁸⁷

En el Manual para parteras de Gally, del que ya se habló, se dedican más de 200 páginas a la planificación familiar.

⁸⁴ Reyes Castillo, Manuel *et. al.* *Op. cit.*

⁸⁵ United States Agency for International Development. Citada en Population Information Program. *Op. cit.*

⁸⁶ Zetina Lozano, G. Citado en *ibid.*

⁸⁷ Morisky, D. E., Thome, M. C., San Augustine, B. del Mundo, F. Citados en *ibid.*

Esta política conlleva problemas para las parteras porque la comunidad no acepta siempre los métodos modernos de planificación familiar como parte de la atención tradicional que ellas proporcionan, y, además, porque han tenido que enfrentarse a quejas tanto por la ineffectividad de los mismos, algunas veces; como por los efectos colaterales de los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales y los inyectables,⁸⁸ y es que los anticonceptivos se experimentan en las mujeres pobres y desnutridas que, por lo mismo, son las más susceptibles a tener complicaciones,⁸⁹ y se promueven más aquéllos que requieren menor conciencia de la mujer y poca o nula participación de su pareja,⁹⁰ independientemente de sus posibles efectos secundarios.

Veamos un ejemplo. El Depo-provera, anticonceptivo inyectable prohibido en Estados Unidos pues murieron la mitad de los animales con los que se le experimentó, pero cuya exportación se permite, se usa mucho en México, sobre todo en el campo.⁹¹

En Estados Unidos han habido denuncias en el sentido de que la población del denominado Tercer Mundo a la que se le administra la Depo-provera, es el grupo en período de lactancia,⁹² a pesar de que ha sido hallada una concentración extremadamente alta

⁸⁸ Population Information Program. *Op. cit.*

⁸⁹ Barclay, William. *Op. cit.*

⁹⁰ Cardaci, Dora, Alvarez K., Lourdes. "Introducción". En: Cardaci y Alvarez (comp.) *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México. UAM. 1980. p. I-XXXII.

⁹¹ Ehrenreich, Barbara, Dowie, Mark, Minkin, Stephen. "Cargo: genocidio, acusado: EUA". *Contextos*. Vol. 1. No. 11. oct. 2. 1980. p. 23-33.

⁹² Rosenfield. Citado en Minkin, S. "Depo Provera: un análisis crítico". Cardaci y Alvarez (comp.) *Op. cit.* p. 1-33.

en leche materna,⁹³ y que la capacidad del recién nacido para metabolizar y eliminar la droga casi no está desarrollada.⁹⁴

Riesgos de otros anticonceptivos son: sangrado irregular, dolores uterinos y pélvicos, infección y perforación de útero, en el caso de los dispositivos intrauterinos; y tromboembolismos,* aumento de abortos e hipertensión arterial, entre otros, en el caso de los anticonceptivos orales o inyectables.⁹⁵

Estamos de acuerdo en que el control de los nacimientos es un derecho básico de la familia y de la mujer, en particular, pero no en la forma ideológica en que se le utiliza, argumentando que tener muchos hijos es la causa de la pobreza de las familias y del subdesarrollo de nuestras sociedades, evitando así explicaciones más amenazadoras, como que la pobreza de las familias y de las naciones se explica a partir del intercambio desigual entre las naciones, y de la explotación de unas clases sociales por otra sobre todo.

La normalidad y anormalidad demográfica responden a la opinión de la clase en el poder, de acuerdo a las necesidades del momento histórico. Así, a principios de siglo cuando, como resultado de la revolución, la población era escasa y se necesitaba mano de obra para el desarrollo del sistema capitalista, tener hijos era hacer patria. Hoy, cuando el aumento de la población se ve

* Taponamiento de una arteria por coágulo desprendido de otra mayor.

⁹³ Saxena B. Citado en *ibid.*

⁹⁴ OMS. Citado en *ibid.*

⁹⁵ Tamir T., Bernardo. *Riesgos en el uso de anticonceptivos*. Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Medicina Familiar General. (mimeo).

como peligroso para la estabilidad política, tener pocos hijos es ser responsable.⁹⁶

Es cierto que la precocidad de la maternidad, el escaso espaciamiento entre los embarazos y la elevada tasa de fecundidad son elementos que contribuyen grandemente a la mortalidad materno infantil, lo que justifica los programas de planificación familiar,⁹⁷ pero no es posible ignorar que la alta tasa de nacimientos es una manera que tienen las clases populares de mantener o acrecentar la población, frente a los niveles también altos de mortalidad, sobre todo infantil.⁹⁸ Por eso UNICEF afirma que las mujeres recurrirán con más confianza a los métodos de planificación familiar, sólo hasta que sepan que sus hijos tienen mayores posibilidades de sobrevivir.⁹⁹

Las parteras tradicionales debieran ser informadas de los riesgos de las elevadas tasas de fecundidad, pero también de los posibles efectos colaterales de los anticonceptivos que van a distribuir. Las usuarias tiene, igualmente, derecho a esa información. Por otro lado, los anticonceptivos orales o inyectables no deben promoverse entre las mujeres lactantes para quienes están contraindicados,¹⁰⁰ y en su lugar podrían recomendarse métodos lo

⁹⁶ Gómez Jara, Francisco. "Multinacionales, anticonceptivos y política demográfica". *Material de Lectura, Serie Ensayo*. Núm. 2. México. UNAM. SFP.

⁹⁷ Du Gas, Beverly et. al. *Op. cit.*

⁹⁸ Barclay, William. *Op. cit.*

⁹⁹ Grant, James. *Op. cit.*

¹⁰⁰ Whyte, Gregory, Kerwin W., Mary. "Breastfeeding and Drugs in Human Milk". *Veterinary and Human Toxicology*. Kansas, USA. Kansas States University. 1980.

cales como los dispositivos, los óvulos y las espumas.

Para muchos, la aún alta tasa de mortalidad neonatal y materna se debe a que los partos y los recién nacidos son atendidos por parteras empíricas. Para otros, gracias a que hay parteras empíricas no es más alta de mortalidad maternoinfantil. Una tercera posición, a la que nos aunaríamos, es que ésta depende básicamente de las condiciones de vida y no de los conocimientos de las parteras.

Dos afirmaciones contradicen esta suposición. La primera es que en la campaña de capacitación de parteras, realizada en Nuevo León de 1929 a 1935, se reportó una disminución de la mortalidad materna.¹⁰¹ Esta conclusión, sin embargo, es cuestionable pues a nivel general del país, ésta se redujo, en el mismo lapso, por efecto del mejoramiento de las condiciones de vida.

La segunda es la que hace Costa Rica en su programa para parteras empíricas, de que la morbi-mortalidad maternoinfantil en partos atendidos por parteras empíricas capacitadas se ha reducido,¹⁰² pero no dan cifras, ni citan fuentes.

En realidad, no existe ningún estudio que pruebe que hay una relación causal entre la práctica de las parteras empíricas y la mortalidad materna y perinatal.¹⁰³ En cambio, la anemia se considera como una de sus principales causas.

¹⁰¹ Benítez Martínez, María Matilde. *Op. cit.*

¹⁰² Ministerio de Salud. *Programa de capacitación de parteras empíricas*. Costa Rica. SFP.

¹⁰³ West, Kathleen M. *Op. cit.*

La desnutrición materna durante el embarazo tiene como resultado, entre otros, el bajo peso al nacer de su producto.

La investigación latinoamericana sobre el bajo peso al nacer conducido por el CLAP, encontró que el 78% de las muertes neonatales precoces* se asoció con los nacidos de bajo peso (< 2500 g), y que, de éste, el 47%, casi la mitad, con los de muy bajo peso (< 1500 g). Además que, por su inmadurez, los recién nacidos de bajo peso tendieron a tener graves problemas para la adaptación extrauterina, como asfixia severa al nacer, mayor propensión a infecciones y hemorragias cerebrales y otra serie de complicaciones no menos graves.¹⁰⁴

Si en la atención al parto en las comunidades se requiere anestesia, cirugía y transfusiones sanguíneas, ni las parteras tradicionales, ni ningún otro miembro del personal de salud pueden evitar la mortalidad materna. Lo anterior fue mostrado por un estudio realizado en Bangladesh, en donde se vio que el 80% de las muertes maternas fue atribuido a causas obstétricas que escapaban al control inmediato de las parteras tradicionales.¹⁰⁵

No es posible dejar de enfatizar la importancia de los factores condicionantes de la morbi-mortalidad a los que, con frecuencia, se infravalora.

Se ha visto que con asepsia se salva a los recién nacidos

* Las ocurridas entre 0 y seis días de nacido el niño.

¹⁰⁴ CLAP. *El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal*. Publicación científica 975. Montevideo. CLAP. 1983.

¹⁰⁵ Chen, L. C., Gesche M. C., Ahmed, S., Chow d Nury, A. S., Mosley, W. Citados en Du Gas, Beverly *et al.* *Op. cit.*

de tétanos neonatal, pero que después mueren víctimas de otras enfermedades que habrían podido prevenirse con mejores condiciones de vida.¹⁰⁶

La investigación interamericana de mortalidad en la niñez encontró que la partera tradicional sería impotente para luchar, en una notable proporción de defunciones, contra la causa subyacente de la muerte, a saber: la insuficiencia ponderal,* la inmadurez y la deficiencia nutricional. Es más, sostuvo que incluso los servicios modernos de salud estarían incapacitados para evitar la muerte en la mayoría de dichos casos, y encontró que, de los niños que murieron en el período neonatal, 67% nació y falleció en el hospital y que otro 18.5% recibió tratamiento hospitalario.¹⁰⁷

Al tratar de analizar las diferencias entre las parteras tradicionales certificadas y las empíricas, de acuerdo a la utilización del instrumento para cortar el cordón umbilical, otro estudio en el Punjab rural mostró que el número de defunciones era mínimo, tanto entre las parteras capacitadas como entre las no capacitadas, y que no se presentaban casos de tétanos neonatal cuando se utilizaba el cuchillo.¹⁰⁸

* Retardo en el crecimiento fetal.

¹⁰⁶ Manley, Martha, Changs, Mayra I. "Honduras. Mecanismos administrativos para vincular a las parteras tradicionales con el sistema de salud oficial". En Mangay-Manglacas, Pizurki (comp.) *Op. cit.* p. 81-92.

¹⁰⁷ Puffer, Serrano. Citados en Du Gas Beverly *et. al. Op. cit.*

¹⁰⁸ Gordon. Citado en *ibid.*

En Filipinas, aunque la mortalidad por tétanos neonatal se ha reducido a partir de los cursos de capacitación de parteras, la mortalidad neonatal, en general, ha aumentado en los lugares del proyecto de capacitación de parteras tradicionales,¹⁰⁹ lo cual lleva a pensar en el empeoramiento que, a raíz de la crisis económica, se ha dado en las condiciones de vida de la población mundial.

Todo lo anterior permite ver que no se trata de promover comités de prevención de la mortalidad materno-infantil, como se ha expuesto en la Ley General de Salud,^{*} sino de transformar de raíz la situación económica y social de los sectores más vulnerables.

En términos generales, aunque es importante el cambio de actitud que se está dando hacia las parteras tradicionales, se observa que en las políticas hacia ellas se reproduce el comportamiento de cultura dominante de la medicina hegemónica, donde ésta es la que sabe cómo atender partos y tiene que enseñárselo a las parteras.

No hay información al respecto de lo que piensa la comunidad sobre los programas de capacitación de parteras empíricas y del beneficio por ellos recibido.

En general, en México tampoco se ha medido el impacto de los programas.¹¹⁰

* Artículo 62. p. 29.

¹⁰⁹ Mangay-Angara, Amansia. *Op. cit.*

¹¹⁰ Elú de Leñero, María del Carmen. Comentario personal en la reunión técnica SSA / UNICEF. *Op. cit.*

No se niega el valor que puedan tener los cursos de capacitación para parteras pero, como en el capítulo anterior, no estamos de acuerdo en que unos -los médicos- sean quienes saben y, por lo tanto, los que pueden hablar y enseñar, y otras -las parteras-, quienes no saben, y, por lo mismo, tienen que escuchar y aprender, a la manera de la enseñanza tradicional. Propugnamos, en cambio, como Freire, porque los educadores sean educados, y las educandos se conviertan en educadoras.

Un paso adelante, dos pasos atrás... A manera de conclusiones.

En México, como en otros países económica y políticamente subdesarrollados, existe un subdesarrollo de la salud.

Este se manifiesta, por un lado, en las altas tasas de mor-
bi-mortalidad de la población, especialmente de los grupos más vulnerables -como los niños y las mujeres de los sectores popula-
res- y, por otro, en la asimilación de las tendencias médicas prevalentes en los países centrales.

La medicina de especialidad con influencia de Estados Unidos que se volvió dominante en el presente siglo, se lleva a cabo principalmente en hospitales, tiene una tendencia marcadamente biomédica, es básicamente curativa y tiene como función principal la reproducción de las relaciones capitalistas de produc-
ción.

Lo anterior lo logra tanto, prácticamente, manteniendo a la clase obrera en condiciones para trabajar; como, desde el pun-
to de vista ideológico, otorgando poca o nula importancia a los aspectos sociales condicionantes y determinantes de la enferme-
dad.

Esta medicina a la que se denomina hegemónica por ser la que está respaldada y legitimada por el estado, sanciona a cual-
quier otro tipo de terapéutica.

Aunque, al menos en su estado actual, no puede solucionar todos los problemas de salud, se autoproclama poseedora de la ver-
dad; guardianas en las puertas del saber, y plantea que sólo es ...

válida la concepción cartesiana de demostración.

Sin embargo, esa sanción, que en los países industrializados se da en el plano de los hechos, en México no puede darse si no a nivel ideológico pues los servicios organizados de salud no cubren a un alto porcentaje de la población que es atendida básicamente por la medicina tradicional.

Incluso, la posición oficial ha cambiado desde principios de la década de los 70, en que la OMS empezó a marcar políticas que ven la necesidad de utilizar los recursos de la medicina tradicional de cada país, para lograr cobertura de atención médica universal para el año 2000.

Se han impulsado, por ello, políticas de carácter popular, a las que se conoce como extensión de cobertura y atención primaria de salud, que pretenden estar en consonancia con las necesidades del pueblo mexicano en materia de salud, con las que el estado trata de legitimarse, y la medicina hegemónica busca apropiarse a la atención tradicional.

Estos programas no han tenido éxito pues es difícil que la medicina tradicional apoye a programas institucionales, ya que se rige por una lógica diferente a la de éstos y se basa en otra filosofía del mundo y de la vida.

Obstáculo a ellos han sido también las autoridades sanitarias y el equipo de salud que, en los hechos, no han cambiado su actitud negativa hacia los médicos tradicionales.

En el caso de las parteras empíricas la valoración es particularmente negativa. En los servicios organizados de salud,

se considera más valiosos a quienes coordinan que a quienes ejecutan. Hay también una división sexual del trabajo donde las profesiones integradas casi en su totalidad por mujeres están subvaloradas. Al ser la de las parteras una actividad técnica y femenina, se le asigna una valoración muy baja.

Sin embargo, al interior de las comunidades se piensa en ellas como uno de los miembros más destacados de los sistemas médicos tradicionales, y sus servicios continúan siendo demandados.

Las parteras viven entre la población de las regiones rurales y suburbanas, pero no se les prefiere sólo por "estar ahí", sino porque se les tiene confianza, a diferencia de lo que sucede con muchos de los miembros del personal de salud que representan valores ajenos a los de la población y se muestran tan fríos que a gran cantidad de mujeres no les parece posible compartir con ellos algo tan íntimo como el parto.

La técnica de las parteras tradicionales está en consonancia con la realidad económica, política y sociocultural de las diversas regiones, por cierto muy distintas unas de otras.

Como desde hace casi 20 años la OMS planteó que las mujeres y los niños junto con los pobres de las zonas rurales eran los grupos prioritarios,* se ha dado importancia verbal al programa de capacitación de parteras y también a la salud de estos sectores. Asimismo se ha buscado que la medicina institucional

* Después se incluiría entre éstos a los pobres de las zonas suburbanas y a los trabajadores.

atienda un número mayor de partos.

Así como se pretende que si hay espaciamento entre los hijos se va a acabar con la pobreza, se sostiene que con la atención institucional de los partos se va a abatir grandemente la mortalidad maternoinfantil.

A pesar de persecuciones en el pasado y de intentos del estado de sustituirlas por personal joven y capacitado, en México las parteras empíricas atienden en la actualidad más del 70% de todos los nacimientos ocurridos en el país.

Esto puede tener como una de sus principales causas el hecho de que la ginecobstetricia y neonatología actuales significan intentos de aplicar la ciencia a algo que está más allá de ella.

Como el método científico da valor sólo a lo que puede reproducir en condiciones iguales o similares, a aquello que puede ser medido y comprobado objetivamente, a lo generalizable, la asistencia maternoinfantil fundada en el saber científico lleva a cabo experimentos y rutinas que, en ocasiones, provocan iatrogenias pues no toman en cuenta que cada nacimiento es único y, por tanto, irrepetible.

Es cierto que la atención hospitalaria ofrece más seguridad técnica a parturientas y recién nacidos con problemas. Sin embargo, existen contradicciones entre esta seguridad y el carácter natural y familiar del nacimiento.

Hay choques, también, entre la confiscación de la maternidad por parte de la profesión médica y la tradición de las mujeres de enseñarse -generación tras generación- las unas a las otras.

Si desde la Edad Media las parteras fueron acusadas como brujas, esto se debió a que su existencia permitía a las mujeres el control de su sexualidad -la anticoncepción y la atención en el parto, por ejemplo.

A lo largo del desarrollo del capitalismo, la medicina científica, caminando bajo la hegemonía de la clase dominante -la burguesía-, y con el respaldo del estado, ha pretendido confiscar el saber en torno a la salud y la enfermedad y monopolizar la práctica médica, convirtiendo a la organización sanitaria en instrumento de dominio ligado al poder político.

En el caso del control sobre el saber y la práctica en torno al embarazo, al parto y al cuidado del recién nacido no se trata sólo del dominio de unas clases por otra, sino del poder del sexo masculino sobre el femenino.

La medicalización del proceso fisiológico del nacimiento se ha vuelto contra la madre y el recién nacido porque las normas se oponen a la individualidad, y porque el médico ha ejercido un control rígido como si el embarazo y el parto fuesen anomalías o enfermedades.

Dos de los aspectos más significativos de la intervención médica en el parto son la posición horizontal para dar a luz, que va contra el deseo de la mujer, y el exceso de operaciones cesáreas; en Europa se considera como abuso el 10% de ellas que se practican. En México su porcentaje supera al 30%.

El problema central de la atención oficial al parto consiste en que se le ve como un evento médico, cuando es, en realidad,

un asunto social.

Algunas posibles alternativas a lo anterior serían las siguientes:

Por lo que se refiere a la medicina tradicional en general, el médico debería ser capaz de convivir con ella -entendiendo que la comunidad concibe, diagnostica y trata a la enfermedad de una manera diferente a la suya-, y de aprender de esta medicina a dar más importancia a los aspectos psíquicos, a ver al paciente como un todo y no sólo sus partes enfermas y a inclinarse por una práctica basada en la salud y no como hasta ahora en la enfermedad.

En relación a las parteras tradicionales, las mismas parteras podrían participar en encuestas nacionales que dieran luz sobre el número de ellas que hay en México y sobre sus características, * pero, para ello, primero tendrían que dejar de sentirse perseguidas.

A la cabeza de los programas de capacitación de parteras deberían estar personas con una actitud favorable hacia su práctica que pudiesen influir sobre el personal que depende de ellos. **

La formación de las parteras no debiera estar condicionada a que estuvieran o no dispuestas a colaborar con los servicios or

* Ya sea que se dediquen exclusivamente a atender a las mujeres en el parto, tengan ejercicio combinado como partera-hierbera, con influencia oficial como partera capacitada, o de tradición ancestral como partera consejera o partera consejera o partera chanequera.

** A veces las actitudes del personal de salud están influidas por otros factores, como el hecho de que los médicos ven sólo los casos en que las parteras no pudieron hacer ya nada.

ganizados de salud.

Incluso, pensando que tratar de incorporarlas al sistema de salud podría generar conflictos tanto entre el personal de salud y las parteras tradicionales, como entre las parteras tradicionales y la comunidad, varios autores sostienen que no se trata de integrarlas al sistema moderno de prestación de servicios, sino de encontrar la manera en que el sistema moderno puede ayudarle a realizar sus tareas con más seguridad.

Es decir, es preciso dejarlas actuar de manera independiente de acuerdo a sus capacidades, y no a lo que el personal que las prepara considera que deben o pueden hacer, y permitirles, asimismo, conservar su identidad como es percibida en el sentido tradicional. En todo caso hay que ser sensibles para conocer qué opina la comunidad de que la parteras colabore o se pretenda que colabore con los servicios organizados de salud.

Quienes instruyen a las parteras debieran conocer las condiciones ambientales y sanitarias de la comunidad y, de preferencia, haber vivido en la zona. No es posible tratar a las parteras tradicionales en los cursos como si no supieran nada sobre los partos, cuando muchas han atendido hasta 10 000 de ellos.* Ideal sería que las parteras fuesen maestras de parteras.

Las propuestas que hay en algunos lugares de que se les evalúe permanentemente y se les controle con permisos renovables cada año de acuerdo a la salud de las madres y los niños a los que

* Hay países como Taiwán donde las parteras empíricas asisten a los médicos jóvenes para que éstos aprendan de su técnica.

ellas atienden, no parecen muy operativas en un país donde no se hace lo mismo con los médicos, donde no procede una demanda por iatrogenia médica y donde jamás se evalúa ni siquiera a los pasantes en servicio social.

En cuanto a las prácticas de las parteras tradicionales que se deben fomentar o rechazar, Cicely William y Derrick Jelliffe proponen que se identifique dentro de ellas cuáles son benéficas, inofensivas, dañinas e inciertas, pero en este sentido -pensamos- no debiera considerarse sólo, ni principalmente, el punto de vista de la profesión médica, sino escuchar el de la comunidad, en general, y especialmente, el de las mujeres.

Sería importante que se invirtiesen las prioridades que actualmente son control natal en primer lugar y, luego, salud materno infantil. Puesto que las parteras tradicionales influyen en el cuidado del recién nacido y tienen oportunidad de discutir sobre la salud y la crianza de los hijos, los cursos para ellas podrían enfatizar los cuatro aspectos preventivos que el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ha planteado como prioritarios hasta el año 2000: lactancia materna, rehidratación oral, control del crecimiento e inmunizaciones.*

Las parteras tradicionales estarían en condiciones de proporcionar información sobre la situación sanitaria de algunas zonas del país, lo cual podría influir sobre las políticas de salud.

* Vacunación.

Ellas, por su parte, podrían aprovechar los avances de la ciencia y de la técnica, pero esto no se dará hasta que dejen de ser marginadas.

Con referencia a la salud de los sectores más vulnerables, hay que ver que éste, como cualquier otro fenómeno, no puede analizarse fuera del contexto en el que se presenta.

Es curioso observar que el mismo personal que se niega a prestar sus servicios en las zonas rurales, es el que achaca a las parteras tradicionales la mortalidad materna, sin ver que donde las parteras atienden hay, generalmente, además de otros factores negativos, explotación en el trabajo, mala nutrición materna y ambiente antihigiénico.

El mejoramiento de la salud materna no va a darse por decreto, sino incidiendo sobre esas condiciones.

La experiencia de las últimas décadas muestra que los cambios más significativos en la salud de la población de los países subdesarrollados, han ocurrido en países socialistas que han transformado de raíz sus estructuras económicas, políticas y sociales.

En cuanto a la atención hospitalaria del parto, ya que el 90% de los partos son normales, como tales debiera tratárseles.

En cualquier caso, las mujeres tendrían el derecho de contar en su trabajo de parto con lugares para caminar, salas de labor iluminadas y la posibilidad de escuchar música, tomar algunos líquidos o pequeños bocados y bañarse.

Importante también sería que el parto fuese lo menos traumá

tico posible, lo cual se lograría respetando a la madre y al niño, así como a la relación entre ambos.

Pero el respeto a la mujer y al infante no podrá darse sin conseguir respeto para el ser humano y democracia en la salud en general, y ésta no podrá obtenerse sin lograr antes democracia para toda la sociedad.

Como consumidoras de servicios las mujeres no pueden seguir estando excluidas del saber médico. Es necesario, por el contrario, que recuperen su cuerpo y su mente, en un proceso de cambio político y social.

Coincidimos con Navarro en que para cambiar la situación de la mujer es necesaria una redefinición del poder de la mujer y del hombre, en el contexto de una profunda redefinición de todas las relaciones de poder, incluyendo las de clase, en la sociedad.

Cuando lo anterior se logre, el nacimiento quizá deje de verse como un acto cotidiano en el cual los protagonistas no merecen un trato especial, y sea contemplado, de nuevo, como una ocasión para recordar el sentido de la vida de toda la humanidad.

Pero aún antes de que esta situación se dé, es necesario luchar porque la mujer, independientemente de que sea atendida por un médico en una institución oficial, o en su casa por una partera tradicional, reciba apoyo físico y emocional el día en que trabaja con el universo en hacer vida.

Anexo I

Aprendizaje y otras características de la partera y el médico alópata

Partera	I	Médico alópata
-Adquiere experiencia atendiendo partos		-Recibe instrucción formal para hacerlo
-Aprende de otra partera		-Estudia en hospitales y universidades
-Hereda de ella el grupo que la consulta y busca sus servicios		-Atiende a las mujeres que se le designan en el hospital o a las que lo buscan en su consulta privada
-Practica en comunidades alejadas		-Realiza su práctica en ciudades
-Habla el mismo lenguaje figurativa y literalmente de las mujeres a las que atiende		-No habla el mismo lenguaje de las mujeres a las que la partera atiende
-No tiene especial interés por la paga; cobra en dinero o especie y llega a ofrecer sus servicios gratuitamente		-Tiene generalmente interés por la paga (no da el mismo trato a las pacientes del hospital que a las de su práctica privada)
-Se considera llamada por fuerzas sobrenaturales para cumplir un servicio a la comunidad		-Puede o no tener voluntad de servicio
-Tiene gran personalidad y es estimada en la comunidad; se le llega a nombrar madrina del niño)		-Tiene prestigio en la comunidad pero las mujeres consideran que el parto es un acto demasiado íntimo como para compartirlo con él

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Tiene tiempo; está con la madre desde antes de que empiecen las contracciones -Se queda después del nacimiento para ayudar a la madre -Trata al embarazo, al parto y al puerperio como procesos fisiológicos y como hechos sociales, y de acuerdo a las costumbres de la comunidad -Espera que no se presenten problemas en el parto o en el embarazo -Permite que la mujer dé a luz en un ambiente familiar y rodeada de conocidos incluyendo al padre del niño por nacer -Da una atención integral al binomio madre-hijo -Trata a cada embarazada o parturienta de manera individual; única -La partera realiza todas las funciones | <ul style="list-style-type: none"> -Tiene prisa; llega en la tercera etapa del parto -Se va cuando el nacimiento ha concluido y no volverá a ver a la madre quizá nunca más -Trata al embarazo, al parto y al puerperio como procesos patológicos y de acuerdo a criterios uniformes de rigurosidad científica -Su interés por la investigación hace que le agraden los casos raros o anormales -Obliga a la parturienta a dar a luz en un lugar extraño y sola -Atiende a madre e hijo como entes separados -Trata a todos los partos de manera uniforme -Muchos especialistas realizan las diferentes funciones |
|---|---|

Las anteriores son generalidades y, por lo tanto, no aplican en todas las situaciones ni en el caso de las parteras ni en el de los médicos

Anexo II

Funciones de la partera tradicional

Antes de embarazo:

- Ofrece hierbas y otros remedios contra la esterilidad
- Proporciona hierbas y remedios para la anticoncepción

Durante el embarazo:

- Diagnostica el embarazo
- Calcula la evolución del mismo
- Ofrece hierbas o realiza maniobras para provocar el aborto _
(no en todos los casos)
- Da hierbas y remedios para evitarlo
- Con hierbas o masajes aligera el aborto si ya no es posible _
detenerlo, o logra que la mujer arroje un feto muerto
- Realiza funciones de control de la ansiedad psicológica que _
provocan ciertos miedos relacionados con la posibilidad de _
que nazcan niños hechizados
- Indica los cuidados que la mujer gestante ha de tener duran-
te el embarazo, incluyendo los alimentos convenientes e in-
convenientes
- Emplea el baño del temazcal a lo largo del embarazo
- Identifica complicaciones en el embarazo como sangrado y pre-
sentación anormal del feto.
- Con masajes relaja músculos y coloca al feto en presentación
cefálica

En el parto:

- Acompaña a la parturienta desde el inicio de las contracciones o incluso desde antes
- Baña a la mujer en el temazcal
- Comprueba la evolución del parto viendo si hay borramiento y dilatación del cuello uterino y si el feto está descendiendo
- Ofrece hierbas para evitar el dolor (si éste se presenta)
- Da zoapatli u otras hierbas para acelerar la contractilidad uterina (cuando así se requiere)
- Coloca al feto en presentación cefálica
- Favorece el que la parturienta dé a luz en posiciones verticales o inclinadas, el que camine y cambie de posturas
- Permite que la mujer tome tes y atoles para evitar la pérdida energética
- Con masajes, tes o lienzos calientes ayuda al desprendimiento y expulsión de la placenta
- Identifica complicaciones en el parto como parto prolongado, circular de cordón y retención de placenta
- Se ocupa de los rezos y rituales, además de cubrir otros aspectos culturales, religiosos o mágicos del proceso del parto, que se piensa lo facilitan

En el cuidado de madre e hijo inmediato posterior al parto:

- Da al neonato los primeros cuidados
- Cauteriza el ombligo de éste con alcohol, cera caliente, mezcaval o telarañas
- Bendice al recién nacido

- Coloca al niño junto a su madre y generalmente promueve la alimentación al pecho poco después del nacimiento del niño
- En el temazcal da a madre e hijo su primer baño juntos
- Entierra la placenta

En el puerperio y primeros días de la vida del niño:

- Se queda con la madre unos días para ayudarla con las tareas domésticas y con el cuidado del resto de sus hijos
- Sugiere hierbas u otros remedios para que baje la leche o aumente su producción, o cuando se presenta algún problema en la lactancia natural
- También ofrece remedios en caso de que el recién nacido tenga cólicos o vómitos
- Da a la madre alimentos y bebidas que la fortalecen
- Logra la purificación de la mujer después del parto con baños de temazcal y también con alimentos especiales

En algunos lugares la partera aconseja a los padres sobre el cuidado del niño más allá del año de vida. No todas las funciones son realizadas por la totalidad de las parteras.

Anexo III

Funciones de la partera tradicional y del médico alópata en el embarazo, el parto, el puerperio y el cuidado del niño

Partera	Médico alópata
Antes del embarazo:	
-Ofrece hierbas y otros remedios contra la esterilidad	-Diagnostica y trata la esterilidad (ginecólogo)
-Proporciona hierbas y remedios para la anti-concepción	-Promueve métodos de anticoncepción mecánicos, orales o inyectables
Durante el embarazo:	
-Diagnostica el embarazo	-Diagnostica el embarazo, generalmente con pruebas de laboratorio (laboratorista)
-Calcula la evolución del mismo	-Con la ayuda de técnicas puede calcular el período del embarazo con bastante precisión
-Ofrece hierbas o realiza maniobras para provocar el aborto (no en todos los casos)	-No practica abortos excepto cuando la vida de la madre está en peligro o de manera ilegal
-Da hierbas y remedios para evitarlo	-Ofrece medicamentos para evitar el aborto
-Realiza funciones de control de la ansiedad	

psicológica que provocan ciertos miedos relacionados con la posibilidad de que nazcan niños necrizados

-Indica los cuidados que la mujer gestante ha de tener durante el embarazo, incluyendo los alimentos convenientes e inconvenientes

-Empieza el baño del temazcal a lo largo del embarazo

-Identifica complicaciones en el embarazo como sangrado y presentación anormal del feto

-Con masajes relaja músculos y coloca al feto en presentación cefálica

En el parto:

-Acompaña a la parturienta desde el inicio de las contracciones o incluso desde antes

-Indica también los cuidados que la mujer debe tener, pero lo que prohíbe o permite no siempre está en consonancia con la cultura del grupo

-Con ultrasonografía detecta anomalías morfológicas y por medio de la amnioscentesis, otras cromosómicas; previene también problemas por incompatibilidad sanguínea y controla los embarazos con complicaciones

-A lo largo del proceso del parto ven a la parturienta una gran cantidad de especialistas (enfermera, estudiantes de medicina, obstetra, anestesiista, etc.)

-Baña a la mujer en el temazcal

-Comprueba la evolución del parto viendo si hay borramiento y dilatación del cuello uterino y si el feto está descendiendo

-Ofrece hierbas para evitar el dolor (si éste se presenta)

-Da zoapatli u otras hierbas para acelerar la contractilidad uterina (cuando así se requiere)

-Coloca al feto en presentación cefálica

-Favorece el que la parturienta dé a luz en posiciones verticales o inclinadas, el que camine y cambie de posturas

-Permite que la mujer tome tes y atoles para evitar la pérdida energética

-Con masajes, tes o lienzos calientes ayuda al desprendimiento y expulsión de la placenta

-Comprueba la evolución del parto con tactos

-Realiza rapado del vello perineal

-Emplea un suero como posible vía permeable

-Emplea anestésicos (anestesista)

-Administra ocitócicos para acelerar los partos

-Cuando el feto se presenta en una posición diferente de la cefálica realiza cesáreas

-Obliga a la mujer a parir en posición de decúbito dorsal (sobre la espalda)

-Ofrece a la parturienta sólo agua glucosada

-Realiza episiotomías en forma rutinaria

-Administra ocitócicos para la expulsión de la placenta

-Identifica complicaciones en el parto como circular de cordón, parto prolongado y retención de placenta

-Se ocupa de los rezos y rituales, además de cubrir otros aspectos culturales, religiosos o mágicos del proceso del parto, que se piensa lo facilitan

En el cuidado de madre e hijo inmediato posterior al parto:

-Da al neonato los primeros cuidados

-Bendice al recién nacido

-Coloca al niño junto a su madre y generalmente promueve la alimentación al pecho poco después del nacimiento del niño

-En el tomazcal da a madre e hijo su primer baño juntos

-Entierra la placenta

En el puerperio y primeros días de la vida del niño:

-Se queda con la madre unos días para ayudarla con las tareas domésticas y con el

1

-Identifica sufrimiento fetal, así como complicaciones en el parto y tiene soluciones para casi todas ellas

-Atiende y valora al recién nacido (neonatólogo)

-Separa a madre e hijo inmediatamente después del parto y favorece la alimentación artificial

-Desecha la placenta

cuidado del resto de sus hijos

1

- Sugiere hierbas u otros remedios para que bajé la leche o aumente su producción, o cuando se presenta algún problema en la lactancia natural

- También ofrece remedios en caso de que el recién nacido tenga cólicos o vómitos

- Da a la madre alimentos y bebidas que la fortalecen

- Logra la purificación de la mujer después del parto con baños de temazcal y también con alimentos especiales

- Cuando se presenta algún problema en la lactancia natural, sugiere la alimentación artificial

- Ofrece medicamentos y puede hacer cirugías en caso de que el niño presente algún problema (diferentes especialistas)

- Sugiere la misma alimentación y cuidados que propuso en el embarazo

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Medicina y magia. Proceso de aculturación en la estructura colonial*. México. INI. Serie de Antropología Social. Colección SEP/INI. No. 1. 1980.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*. México. IMSS. 1980.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. "La medicina indígena en el siglo XIX". En: *México Indígena* No. 9. INI. mayo-abril 1986. pp. 6-7.
- Alperovich, M. S. "El número de habitantes en México en el período colonial". En: Alperovich y Rudenko (comp.). *Ensayos de historia de México*. Cultura Popular. 1973. pp. 1-5.
- Antochiw, Michel. "La medicina indígena". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* pp. 8-9.
- Anzures y Bolaños, María del Carmen. *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. México. Tesis de maestría en antropología social. SEP, ENAH. 1984.
- Applebaum, Richard M. *Abreast of the Times*. Miami, USA. Applebaum. 1969.
- Araujo, Galba, Araujo, Lorena, Janowitz, Bárbara, Wallace, Silvia. "Parteras tradicionales en la atención obstétrica en el noreste de Brasil". En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 96. No. 2. febrero 1984. pp. 147-159.
- Arms, Sussane. *Immaculate Deception*. New York. Bantón Book. 1975.
- Atwood, Richard. "Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant". En: *Rapport (comp.) Corps de mère. Corps d'enfant*. France. Stock. 1980. pp. 73-124.
- Augustine, Saint. "The City of God". *Great Books* 18. Chicago, USA. Encyclopaedia Britannica. 1978. pp. 127-618.
- Balam, Gilberto. "Medicina indígena en la península yucateca". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 20-22.
- Barklay, William. "Control de la población en el tercer mundo". En: *Imperialismo y control de la población*. Buenos Aires. Periferia. 1973. pp. 151-195.
- Bean, Constance. *Methods of Childbirth*. New York, USA. Dolphin Books. 1984.

- Benítez, Fernando. *Los primeros mexicanos*. México. Era. 1975.
- Berlinguer, Giovanni. *Medicina y Política*. Buenos Aires. Cuarto mundo. 1975.
- Bernárdez Márquez, Marilia. *Breve historia de las disputas entre comadronas, parteras y médicos*. SLP. SSA. Documento mimeografiado. SFP.
- Brewster, Dorothy P. *You Can Breastfeed Your Baby... Even in Special Situations*. USA. Rodale Press. 1979.
- *Britannica Encyclopaedia*. Tomos 11 y 16. Chicago, USA. Britannica Encyclopaedia. 1979.
- Bronfman, Mario, Tuirán, Rodolfo, A. "La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". En: *Cuadernos Médico Sociales*. No. 29-30. Rosario, Argentina, noviembre 1984. pp. 53-75.
- Caldeyro-Barcia. *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Montevideo, Uruguay. OPS/OMS/CLAP. Publicación científica 858. 1979.
- Cardaci, Dora, Alvarez K., Lourdes. "Introducción". En: Cardaci, Alvarez (comp.) *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México. UNAM. 1980. p. I-XXXII.
- Cardera, María Elena. *El sistema capitalista contemporáneo*. México. UNAM. 1986.
- Cardoso, Rosario. "Medicina tradicional en México. Algunos cuestionamientos al término". En: *Argonautas*. No. 3. México. Revista de etnología, noviembre 1985. pp. 7-13.
- Carrillo, Ana María. "Alimentación al pecho materno". En: Gallardo (comp.) *Prácticas de comunidad y seminarios de integración*. Fascículo V. UNAM. Facultad de Medicina. SFP. pp. 29-41.
- Carrillo, Ana María. *Comparación entre la atención al parto y al recién nacido en la medicina alpata y la medicina tradicional*. Ponencia presentada en el coloquio *La medicina tradicional ¿un saber en extinción?* UNAM. Zaragoza. 10 de noviembre de 1986.
- Casanueva, Esther. *La nutrición, base de la salud*. En el ciclo: *El individuo sano*. UNAM. Facultad de Medicina. 10 de febrero de 1988.
- Celis, Alejandro, Nava, José. "Patología de la pobreza". En: Almada (comp.) *La mortalidad en México. 1922-1975*. México. IMSS. Colección salud y seguridad social. Serie manuales básicos y estudio. 1982. pp. 297-314.

- Cervantes, María Antonieta. *Del nomadismo a los centros ceremoniales*. México. SEP-INAH. 1975.
- CLAP. *El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal*. Publicación científica 75. Montevideo, Uruguay. CLAP. 1983.
- Clinton, Richard L. "América Latina, la región que nunca se desarrollará". En: *Comercio Exterior*. Vol. 30. No. 12. México, diciembre 1980. pp. 1329-1334.
- Collado Ardón, Rolando. *Medicina científica y medicinas paralelas. Relaciones y perspectivas*. México. UNAM. Facultad de Medicina. Documento mimeografiado. SFP.
- Consejo Nacional de Población. *Breviario demográfico de la mujer*. México. CONAPO. SFP.
- COPLAMAR. *Necesidades esenciales de México. Salud. Situación y perspectivas al año 2000*. México 5. XXI. 1983.
- Coury, Girod. "La medicina en los actuales pueblos primitivos". En: Entralgo (comp.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona, España. Salvat. 1972. pp. 41-69.
- Cruz, Martín de la. *Libellus Medicinalibus Indorum Herbis*. (traducción Juan Badiano). México. IMSS. 1964.
- Cutting, William. *Breastfeeding*. London Foundation for Teaching Aids at Low Cost. Institute of Child Health.
- Chávez Cernas, Teófila. "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero". En: *Subsecretaría de salud de la SSA, UNICEF. La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*. Tepoztlán, México, noviembre 6-9. 1985. pp. 7-10.
- Chesnaux, Jean. *¿Hacemos tabla rasa del pasado?* Madrid, España. Siglo XXI. 1987.
- Davis, Elizabeth. *A Guide to Midwifery. Heart and Hands*. Santa Fe, New México. John Muir Publications, 1981.
- Díaz. En: varios. "En búsqueda de una definición de medicina tradicional. Síntesis del taller de trabajo No. 1. Segundo coloquio IMEPLAM". En: *Medicina Tradicional*. No. 1, Año 1, 1977. pp. 47-54.
- Dick-Read, Grantly. *Childbirth without Fear*. New York, USA. Harper Colophon Books. 1972.
- Draft. *Training of Traditional Birth Attendants. Notes on Evolution of Training Programmes Supported by UNICEF*. D. Banks. 1984. Documento mimeografiado.

- Du Gas, Beverly, Mangay-Manglacas, Amelia, Pizurki, Helena, Simons, John. *Partenas tradicionales*. Suiza. OMS. Publicación en offset 44. 1979.
- Ehrenreich, Barbara, Dowie, Mark, Minkin, Stephen. "Cargo: genocidio, acusado: Estados Unidos". En: *Contextos*. Vol. 1. No. 11, octubre 2, 1980. pp. 23-33.
- Ehrenreich, Barbara, English, Deidre. "Inválidas o contagiosas". Sexismo en el saber y la práctica médica". En: Cardaci y Alvarez (comp.) *Op. cit.* pp. 57-142.
- Ehrenreich, Barbara, English, Deidre. *Hexen, Hebammen und Kranke in der westlichen Welt. The Witches are Back!* Munchen. Frauenoffensive. 1984.
- Eló de Leñero, María del Carmen. "Presentación". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 1-6.
- Engelman, G.J. *Labor among Primitive Peoples*. St. Louis. J. H. Chambers and Co. 1883.
- Entralgo, Loin. *la medicina actual*. Barcelona, España, Grijalvo. 1981.
- Escudero, José Carlos. "La desnutrición en América Latina". En: *Mercado et. al. ¡Medicina para quien?*. México. Nueva Imagen. 1980. pp. 117-138.
- Fernández de Castro, Ignacio. "La sociedad capitalista goza de mala salud". En: *Transición* No. 3. Año 1, España, diciembre 1978. pp. 17-20.
- *Foro Internacional de Planificación en Nutrición y Control de Enfermedades Diarreicas*. West Sussex, Inglaterra, agosto 12-16, 1985.
- Foster, George M. "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La Antropología médica en España*. Anagrama. 1980. pp. 123-147.
- Foster, George M. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". En: Kenny y de Miguel (comp.) *Op. cit.* pp. 249-263.
- Foucault, Michel. "Crisis de un modelo en la medicina". En: *Medicina Tradicional*. No. 9. Vol. III. México. 1980. pp. 5-18.
- Frenk, Julio "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana". En: *Nexos*. No. 1. México. 1978. pp. 21-24.
- Frenk, Julio. "La jerarquía hospitalaria". En: *Siempre*. No. 1206. México, agosto 4, SAP.

- Du Gas, Beverly, Mangay-Manglacas, Amelia, Pizurki, Helena, Simons, John. *Parteras tradicionales*. Suiza. OMS. Publicación en offset 44. 1979.
- Ehrenreich, Barbara, Dowie, Mark, Minkin, Stephen. "Cargo: genocidio, acusado: Estados Unidos". En: *Contextos*. Vol. 1. No. 11, octubre 2, 1980. pp. 23-33.
- Ehrenreich, Barbara, English, Deidre. "Inválidas o contagiosas". Sexismo en el saber y la práctica médica". En: Cardaci y Alvarez (comp.) *Op. cit.* pp. 57-142.
- Ehrenreich, Barbara, English, Deidre. *Hexen, Hebammen und Kranckenwestern. The Witches are Back!* Munchen. Pravenoffensive. 1984.
- Elú de Leñero, María del Carmen. "Presentación". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 1-6.
- Engelman, G.J. *Labor among Primitive Peoples*. St. Louis. J. H. Chambers and Co. 1883.
- Entralgo, Lafn. *la medicina actual*. Barcelona, España, Grijalvo. 1981.
- Escudero, José Carlos. "La desnutrición en América Latina". En: *Mercado et. al. ¿Medicina para quién?*. México. Nueva Imagen. 1980. pp. 117-138.
- Fernández de Castro, Ignacio. "La sociedad capitalista goza de mala salud". En: *Transición* No. 3. Año 1, España, diciembre 1978. pp. 17-20.
- *Fofo Internacional de Planificación en Nutrición y Control de Enfermedades Diarreicas*. West Sussex, Inglaterra, agosto 12-16, 1985.
- Foster, George M. "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana". En: Kenny y de Miguel (comp.) *La Antropología médica en España*. Anagrama. 1980. pp. 123-147.
- Foster, George M. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". En: Kenny y de Miguel (comp.) *Op. cit.* pp. 249-263.
- Foucault, Michel. "Crisis de un modelo en la medicina". En: *Medicina Tradicional*. No. 9. Vol. III. México. 1980. pp. 5-18.
- Frenk, Julio "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana". En: *Nexos*. No. 1. México. 1978. pp. 21-24.
- Frenk, Julio. "La jerarquía hospitalaria". En: *Siempre*. No. 1206. México, agosto 4, SAP.

- Friedson, Alliot. *La profesión médica*. Barcelona, España. Península. 1978.
- Galinier, Jacques. "Cosmología e interpretación de la enfermedad". En: *México Indígena*. No. 9. *Op. cit.* pp. 23-25.
- Gally, Esther. *Manual práctico para parteras*. México. Pax-México. 1977.
- García Villanueva, Carlos, Perera Quintana, Susana. *Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina*. México. IMSS. 1981.
- Ghalioungui, Paul. "La medicina en el Egipto faraónico". En: *Entraigo (comp.) Op. cit.* pp. 95-127.
- Giménez, Gilberto. *Discurso, poder y estado*. México. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1980.
- Gómez Elvía, Cecilia de. "Proyecto para capacitación de parteras empíricas". Ministerio de Salud. Caldas, Colombia. En: SSA/- UNICEF. *Op. cit.* pp. 27-31.
- Gómezjara, Francisco. "Fábricas y supermercados de salud". En: *Mercado et. al. Op. cit.* pp. 167-312.
- Gómezjara, Francisco. *Aspectos económicos de la medicina*. México. UNAM. Facultad de Medicina. Conferencia dictada en el curso: Medicina y sociedad. Octubre 1986.
- Gómezjara, Francisco. *Multinacionales, anticonceptivos y política demográfica*. México. UNAM. Material de lectura. Serie ensayo No. 2. SFP.
- Grant, James. *Estado mundial de la infancia 1985*. (UNICEF). Madrid, España. Siglo XXI. 1985.
- Grupo de músicos e historiadores de Tenejapa, Chiapas. "La medicina y las hierbas", En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 44-46.
- Guiteras Holmes, Calixto. "El ciclo de vida". En: Lozoya y Zolla (comp.). *La medicina invisible*. México. Folios. 1983. pp. 223-233.
- Hernández de Sandoval, Guadalupe. "Programa piloto de adiestramiento y control de parteras empíricas en la Comarca Lagunera (SS)". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 7-10.
- Herrasti, Lourdes. "Curandería y medicina: conceptos antagónicos". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 74-76.
- Herrasti, Lourdes, Ortiz, Andrés. "Medicina tradicional y cultura indígena. Entrevista a Andrés Fábregas". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 10-15.

- Huard, Pierre, Wong, Ming. "La medicina china". En: *Entralgo* - (comp.). *Op. cit.* pp. 159-195.
- Husson, Jean, Francois, Yanotti, Sylvain. "Y a-t-il un obstétricien dans la salle?". En: *Rapport* (comp.). *Op. cit.* pp. 31-35.
- IEPES. *Programa mínimo de integración de la mujer al desarrollo*. México. IEPES. 1982.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. SPP. *Información estadística. Sector salud y seguridad social*. Cuaderno 5. México 1986. pp. 35.
- Isunza, Alberto. "Abandono de la lactancia materna: un ejemplo de la deformación médico-académica". En: *Cuadernos Médico Sociales*. No. 23. Rosario, Argentina. Mayo, 1983. pp. 39-52.
- Jelliffe, Derrick, Jelliffe, Patrice. *Human Milk in the Modern World*. Great Britain. Oxford University Press. 1979.
- Jelliffe, Derrick, Jelliffe, Patrice. "Introducción". En: OPS/OMS. *El valor incomparable de la leche materna*. Ginebra. 1980. pp. 1-3.
- Jordan, Brigitte. *Birth in Four Cultures*. Montreal, Canadá. Eden Press. Women's Publications. 1978.
- Juárez, Pedro. "Declaración tzotzil sobre salud. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 1974". En: *Lozoya y Zolla* (comp.). *Op. cit.* pp. 11-13.
- Khama, Sumedha. "Las condiciones de salud de la mujer en América Latina y el Caribe". En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. LXXVIII. No. 6. junio 1957. pp. 552-562.
- Kitzinger, Sheila, David, J. (eds.) *The Palace of Birth*. Great Britain. Oxford University Press. 1978.
- Kitzinger, Sheila. *Birth and Home*. Great Britain. Oxford University Press. 1980.
- La Leche League International. *The Womanly Art of Breastfeeding*. USA. La Leche League International. 1982.
- Laurell, Ása Cristina. "Medicina y capitalismo en México". En: *Cuadernos Políticos* No. 5. México, julio-septiembre 1975. pp. 80-93.
- Laurell, Ása Cristina. "Proceso de trabajo y salud". En: *Cuadernos Políticos*. No. 17. México, julio-septiembre 1978. pp. 59-79.
- Laurell, Ása Cristina. "La política de salud en la crisis económica 1976-1978". En: *Territorios* No. 2. UAM-X. 1980.

- Laurell, Ása Cristina. "La política de salud en los 80". En: - Cuadernos Políticos No. 23. México, enero-marzo 1980. pp. 89-97.
- Laurell, Ása Cristina. *Tendencias de la investigación científico social en la salud del trabajador*. México UAM. Documento mimeografiado.
- Laurell, Ása Cristina, Márquez, Margarita. *El desgaste obrero en México*. México. Era. 1983.
- Limón Delgado, Antonio, Castelote, Eulalia. "La medicina popular en torno al embarazo y el parto a principios de siglo". En: Kenny y de Miguel (comp.). *Op. cit.*, pp. 227-248.
- López Acuña, Daniel. *La salud desigual en México*. Siglo XXI. - 1984.
- López Austin, Alfredo. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Tomo I. México. UNAM. 1984.
- López Austin, Alfredo. *Textos de medicina náhuatl*. México. UNAM. 1984.
- López Ruiz, Araceli. "Recopilación y sistematización de experiencias de la Secretaría de Salud en programas de parteras empíricas en el estado de Tlaxcala". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 23-26.
- Lozoya, Xavier. "A manera de introducción". En: *Medicina Tradicional*. No. 5. Vol. II. México. 1978. pp. 3-9.
- Lozoya, Xavier, Zoila Carlos. "Medicina tradicional en México". En: *Boletín de la Oficina Panamericana*. Vol. XCVI No. 4 abril 1984.
- Loyden Sosa. Humbelina. "Mujeres campesinas". En: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estudios sobre la mujer*. México. SPP. 1986. pp. 281-292.
- Lyons, Petrucelli. *Historia de la medicina*. Barcelona, España, - Doyma. 1982.
- Maldonado Leal, Edelmiro. *Breve historia del movimiento obrero*. Monterrey, México. SE. 1977.
- Mandl-Pierre E. "Algunos ejemplos de los muchos modelos de alojamiento conjunto madre-niño. En Mandl (comp.) *Alimentación al pecho. El mejor comienzo para la vida*. México. Pax-México. 1981. pp. 101-109.
- Mangay-Angara, Amansia. "Filipinas, Establecimiento y utilización del registro nacional de parteras tradicionales" En: Mangay-Manglacas. Pisurki (comp.). *La partera tradicional en siete países. Ejemplo: prácticos de su utilización y adiestramiento*. Ginebra, Suiza. OMS. Cuadernos de salud pública 75. 1981. pp. 35-80.

- Mangay-Manglacas, Amelia, Puzirki, Helena. "Introducción". En: Mangay-Manglacas, Pisurki (comp.) *Op. cit.*, pp. 7-9.
- Manley, Martha, Changs, Mayra I. "Honduras. Mecanismos administrativos para vincular a las parteras tradicionales con el sistema de salud oficial". En: Mangay-Manglacas, Pizurki (comp.) *Op. cit.* pp. 81-92.
- Marini, Rui Mauro. *Dialéctica de la dependencia*. México. Era. 1974.
- Martínez, María Matilde, Latapí, Pablo, Hernández, Isabel, Rodríguez, Juana. *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*. México. Nuevo Mar. 1985.
- Marx, Carlos. *El Capital*. Tomo I. México. FCE. 1972.
- Mata Leonardo, J., Wyatt, Richard. "Amamantamiento y resistencia del huésped a la infección". En: OPS/OMS. *El Valor... Op. cit.* pp. 11-21.
- Mercado C., Francisco. "Medicina comunitaria, estrategia imperialista y coyuntura política". En: Mercado et. al. *Op. cit.* pp. 11-16.
- Menéndez, Eduardo. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México. Casa Chata. 1981.
- Menéndez, Eduardo. *El modelo médico hegemónico y los modelos de autoatención en salud. Transacciones y alternativas*. Ponencia presentada en el curso de verano de medicina social. UAM-X. 1981.
- Menéndez, Eduardo. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención, gestión en salud*. México. Casa Chata. 1983.
- Menéndez, Eduardo. *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional*. México. Casa Chata. 1986.
- Michelet, Jules. *Historia del satanismo y la brujería*. Buenos Aires. Dédalo. 1973.
- Ministerio de Salud. *Guía de parteras tradicionales*. Perú. SFP.
- Ministerio de Salud Pública de Honduras. *Manual de la partera*. Honduras. OPS/OMS. 1983.
- Moedano, Gabriel. "El temazcal, baño indígena tradicional". En: Lozoya y Zolla (comp.) *Op. cit.* pp. 279-303.
- Montoya, Alejandro. "La economía mexicana en la sucesión presidencial". En: *Economía Informa*. No. 156. México. UNAM. Facultad de Economía, septiembre 1987. pp. 3-9.

- Mora, Fernando, Hersh, Paul. *Introducción a la medicina social y salud pública*. México. Terra Nova. UAM-X. 1984.
- Narro, José R., Urbina Fuentes, Manuel, Castro, Roberto, Palma, José Luis, Cabrera, Yolanda. "Evolución reciente de la mortalidad en México". En: *Comercio Exterior*. Vol. 34. No. 7. México, julio 1984. pp. 636-646.
- Navarro, Vicente. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona, España. Grijalvo. Colección crítica. No. 38. 1979.
- Navarro, Vicente. "The Crises of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism". En: *International Journal of Health Services*. Vol. 10. No. 5. 1980.
- Navarro, Vicente. "A critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration". En: *Social Science and Medicine*. Vol. 18. No. 6. Great Britain. Pergamon Press. 1984. pp. 467-474.
- Navarro Vicente. "La naturaleza del imperialismo y sus implicaciones en salud y medicina". En su: *Salud e imperialismo*. México. S. XXI. pp. 9-15.
- Oakley, Ann. *The Captured Womb*. Great Britain. Blackwell. 1984.
- Odent, Michel. "Les positions de la mère pendant l'accouchement". En: *Rapport (comp.) Op. cit.*, pp. 13-28.
- OMS (expertos). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. Ginebra, Suiza. OMS. 1978.
- OMS. *Declaración de Alma Ata*. URSS. Ginebra, Suiza, OMS. Septiembre 1978.
- OPS-OMS. *La mujer en la salud y el desarrollo*. Publicación científica. 448. Washington, USA. OPS-OMS. 1983.
- Ortega, Mario. "Capitalismo y enfermedad obrera". En: *Enfermedad y clase obrera*. México. IPN. 1982.
- Palerm, Angel. *Introducción a la teoría etnológica*. México. Universidad Iberoamericana. 1967.
- Parmeggiani, Luigi. "Evolución y tendencias actuales de la medicina del trabajo". En: *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. 68. No. 2. 1963.
- Péchevis, Michel. "Formación del personal de salud en materia de lactancia materna". En: *Mandi (comp.) Op. cit.* pp. 85-100.
- Poder Ejecutivo Federal. *Ley general de salud*. México. Libros Económicos. 1984.

- Poder Ejecutivo Federal. *Programa nacional de salud 1984-1988*. México. 1984.
- Population Information Program. "Traditional Midwives and Family Planning." *Population Reports*. Series J. November 22. Maryland, USA. The John Hopkins University. 1980.
- Power, Jonathan. "El asesino de bebés del tercer mundo". En: Grupo Tercer Mundo. Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. México. Nueva Imagen. 1982. pp. 41-43.
- Partido Revolucionario Institucional. *Criterios de la mujer ante la crisis*. México. PRI. SF.
- Pryor, Karen. *Nursing Your Baby*. USA. Pocket Books. 1973.
- Quezada, Noemí. "Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales". En: *Anales de Antropología*. Vol. XII. México. UNAM. 1975. pp. 223-242.
- Quezada, Noemí. "Creencias tradicionales sobre embarazo y parto". En: *Anales de Antropología*. Vol. XIV, México. 1977. pp. 307-326.
- Relucio-Clavano, Natividad. "Resultado de un cambio de prácticas hospitalarias". En Mandl (comp.) *Op. cit.* pp. 179-201.
- Reyes Castillo, Manuel, González, Laura Rosa. "El modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-COPLAMAR y la partería empírica (IMSS)". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 20-23.
- Riviere, J. Roger. "La medicina de la antigua India". En: Entralgo (comp.) Op. cit. pp. 129-157.
- Robledo, Cecilia, Santamaría, Ana. *Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México*. México. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1982.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos, Vital Galicia, José Antonio. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores". En: *Cuadernos Políticos No. 19*. México. marzo 1979. pp. 50-67.
- Rojas Soriano, Raúl. *Capitalismo y enfermedad*. México. Folios. 1985.
- Sahagún, Fray Bernardino. *Historia general de las cosas de la Nueva España*. México. Porrúa. 1985.
- Sanginés Y., Agustín. "La medicina familiar comunitaria". En: Mercado et. al. Op. cit. pp. 79-109.
- Scharcs, Ricardo, Caldeiro-Barcia, R. *Amniotomy*. Montevideo, Uruguay. OPS/OMS/CLAP. Publicación científica 931. 1982.

- Secretaría de Programación y Presupuesto. X censo general de población y vivienda. México. 1980.
- Shein, Max. *El niño precolombino*. México. Villicaña. 1986.
- Sigerist, Henry E. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá, Colombia. Guadalupe. 1974.
- Smith, Paulina. "Las rutinas hospitalarias y su influencia en la lactancia materna". En: *Memorias del primer encuentro nacional, Transnacionales y Alimentación Infantil*. México. REXAMUNI/UNICEF. 1985.
- Solís Cervantes, Gonzalo, et. al. "Posición de la mujer dentro del sistema médico indígena. Organización de las mujeres para la salud. (INI)". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 13-15.
- SSA. *Reglamento de parteras empíricas especializadas*. México. 1976.
- Stewart, David. "Introducción". En: Davis. *Op. cit.* pp. VI-VII.
- Subdirección de atención a la salud y bienestar social del INI. "El INI y la medicina indígena". En: *México indígena*. No. 9. *Op. cit.* pp. 49.
- Sunkel, Osvaldo, Paz, Pedro. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México. S. XXI. 1980.
- Syme, Leonard. S. "Social Determinants of Health and Disease". En: Last (comp.) *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. Connecticut, USA. Appleton-Century Crofts. 1986. pp. 953-970.
- Tamir, Bernardo. *Riesgos en el uso de anticonceptivos*. Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Medicina General Familiar. México. Documento mimeografiado.
- Teixeira, Jussara María. *Trabajo, valoración e invalidez*. México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Cuadernos laborales 30. 1983.
- Teixeira, Jussara María. "La mujer y el trabajo productivo en México". En: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estudios sobre...* *Op. cit.* pp. 5-17.
- Tello, Carlos. "La crisis en México: saldos y opciones". En: *Universidad de México*. Vol. 40. No. 415. agosto 1985. pp. 3-10.
- Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México. Nueva Imagen. 1981.

- Townsend, John. (relator). "Conclusiones de la reunión técnica". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* p. 58-72.
- Troncoso Muñoz, Ramón. "Medicina. capitalismo y trabajadores de la salud". En: Mercado *et. al.* *Op. cit.* pp. 35-48.
- Tuhne, Anna. Hexen. Hamburg. Rowlt. 1982.
- Ulate J., Jeanette, Keyser de, Benno. "Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México." En: *Nueva Antropología*. Vol. VII. No. 28. México. 1985. pp. 153-176.
- Valdez. *Enfermedad y pobreza*. Documento mimeografiado.
- Vargas de la Mora, Virginia. *Análisis sociológico de las políticas del estado mexicano en el sector salud (sanitarismo, seguridad social y medicina comunitaria)*. México. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1980.
- Vargas Tentori, Fortunato. "Atención primaria de salud: estrategias para extender los servicios a la población marginada". En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 96, No. 1. - 1981. pp. 1-9.
- Vega, Silvia, Rangel, Aarón. *Manual de plaguicidas*. México, UNAM Facultad de Medicina. (Por aparecer).
- Velimirovic, B. (ed.) *Modern Medicine and Medical Anthropology in the United States-Mexico Border Population*. PAHO. Scientific Publication. 359. Pan American Health Organization. 1978.
- Veramedi Carciner, Jorge (coordinador). *Parte y período perinatal*. México. UNAM. Facultad de Medicina. PMGI. 1986.
- Viesca, Carlos. *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas*. México. Panorama. 1986.
- Viesca, Carlos. "De la medicina indígena a la medicina tradicional". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 3-5.
- Waltraud, Leiter. "Parteras empíricas en Milpa Alta". En: *Antropología y práctica médica*. México. UNAM. Facultad de Medicina. PMGI. 1987. pp. 264-280.
- West, Kathleen M. "Sri Lanka: posibilidad de usar a las parteras tradicionales como medio poco costoso para atender las necesidades en materia de salud en la familia". En: *Mangay-Manglacas, Pi surki (comp.) Op. cit.* pp. 129-174.
- Whyte, Gregory, Kerwin, Mary. "Breastfeeding and Drugs in Human Milk". En: *Veterinary and Human Toxicology*. Kansas, USA. Kansas State University. 1980.

- World Health Organization Secretariat. *Traditional Birth Attendants. Activities, Problems and Prospects for the Future*. México. Diciembre 10-14. 1979.
- Zaragoza, Juan. "La medicina de los pueblos mesopotámicos". En: Entralgo (comp.) *Op. cit.* pp. 79-80.
- Zittle Ferro, Evangelina, Camarena García, Rosa. "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional (SS)". En: SSA/UNICEF. *Op. cit.* pp. 11-12.
- Zolla, Carlos. "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En: Lozoya y Zolla (comp.) *Op. cit.* pp. 14-37.
- Zolla, Carlos. "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales". En: *México Indígena* No. 9. *Op. cit.* pp. 16-19.