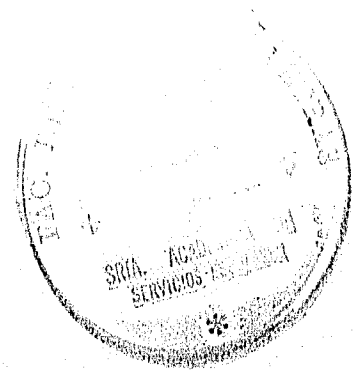


10
2ej



**Del hogar al hospital:
las rinconeras,
el caso de Cuajinicuilapa, Guerrero**

FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS



COORDINACION DE ESTUDIOS
LATINOAMERICANOS

Tesis profesional que para obtener el título de licenciado
en Estudios Latinoamericanos presenta:

María Eugenia Ramírez Parra

Asesora: Vania A. Salles

México D.F., 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Es una grata costumbre dar las gracias a todos los que colaboraron con su apoyo directo o indirecto para la realización de un trabajo concluido. Y más que un mero formulismo, decir que sin la ayuda de todos ellos una tarea como esta no hubiera sido posible, es apenas el reconocimiento mínimo de un hecho evidente y del que estoy sumamente agradecida.

A la Dra. Vania Salles le agradezco de todo corazón la confianza y el apoyo que incondicionalmente me ha brindado aunque, debo señalar que lo máspreciado para mí ha sido el haberme enseñado que enamorarse del trabajo forma también parte de la vida cotidiana.

A los Mtros. Rodolfo Tuirán y Enrique Camacho y al Dr. Javier Torres Parés les presento mi reconocimiento a sus comentarios a la presente investigación.

Eugenia Parra Campos, deseo decirte que sin tu colaboración y entendimiento mi formación humana y académica estaría muy lejos de ser lo que ahora es.

A Felipe, Gaby, Lety y Paty les agradezco el haber estado siempre presentes en el camino andado.

En espera de que algún día les interese hechar un vistazo aquí, Etan y Angel, por hacerme pensar y desear un mundo mucho mejor del que ahora tenemos.

Carlos Mújica, conoces bien cuál fue el éxodo de este trabajo, aprecio inmensamente las charlas, discusiones, pero sobre todo las acotaciones que hiciste con respecto a él.

Igualmente al Dr. Alberto Frías expreso mi gratitud por la paciencia y atención en la parte final de este estudio.

Así pues, en el caso de la investigación que ahora presento he recibido la ayuda invaluable de muchas personas y como es imposible destacarlas a todas me disculpo por las inevitables omisiones.

El holocausto de las brujas no sólo era el producto de una histeria enferma de estadistas y representantes eclesiásticos, sino que fue cometido por la nobleza y la iglesia con exacta calculación política y con el propósito de exterminar con las mujeres, viejos conocimientos populares sobre el control de la natalidad, los que fueron cuidados y transmitidos principalmente por las parteras. Por esta razón se les consideraba brujas.

Heinsohn y Steiger, Excélsior, 4 de Diciembre de 1984, p. 31.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	1
Capítulo 1. Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Una incursión teórica	15
1.1 Identidad de Género	17
1.2 La condición del género femenino	21
1.3 Género y salud femenina	29
1.4 Salud sexual y reproductiva	34
1.4.1 El caso de Cuajinicuilapa	36
1.5 Acerca de los procedimientos de trabajo	41
Capítulo 2. Cuajinicuilapa, producto del sincretismo cultural.	45
2.1 La situación geográfica y socioeconómica	45
2.2 Acercamiento histórico	49
2.3 Composición étnica	55
2.4 Sociedad	56
Capítulo 3. Parteras.	59
3.1 Medicina tradicional	59
3.2 Mujer y parto	63
3.3 Antecedentes	67
3.4 Embarazo, parto y puerperio	70
3.4.1 Embarazo	70
3.4.2 Parto y nacimiento	75

3.5 Características socio-demográficas de los actores sociales que participan en el proceso embarazo-parto-puerperio	79
3.5.1 Características de las parteras	80
3.5.2 Características de las mujeres atendidas por parteras	82
3.5.3 Características de los hogares	84
3.6 Parteras-curanderas	88
3.6.1 Etiología	89
3.6.2 Tratamiento	91
Capítulo 4. Planificación Familiar. El papel de las parteras rurales	95
4.1 Modernización sanitaria en México	95
4.2 Antecedentes históricos	97
4.3 La incorporación de las parteras tradicionales a la medicina institucionalizada	106
4.4 Problemas que afectan el éxito de los programas dedicados al adiestramiento de parteras	113
4.4.1 Apoyo del gobierno y de los servicios de salud	113
4.4.2 Apoyo comunitario	115
4.4.3 Selección	116
4.4.4 Capacitación	117
4.4.5 Remuneración	118
4.4.6 Evaluación	119
4.4.7 Costos	119
4.5 Planificación familiar en el México rural: el papel de las parteras	121
Capítulo 5. A manera de conclusión	131
Bibliografía	141
Anexos	157

INTRODUCCIÓN

Obedeciendo a la necesidad de mostrar la heterogeneidad de los problemas de la salud de la mujer en plural (enfaticando su carácter diverso y multidimensional), el análisis de las mujeres, bajo la perspectiva psicológica, social, económica, sanitaria, etc., durante la década de los años setenta y ochenta fue una orientación alternativa tanto a nivel teórico como metodológico.

En lo que compete al tema de este trabajo, el aspecto sanitario, las diversas interpretaciones en función de los factores culturales, económicos, políticos e ideológicos, han abierto la posibilidad de que estas temáticas se multiplicaran de manera tal que, los aspectos de la salud escasamente tratados fueron retomados. Es decir, implícita o explícitamente, esto ha dado origen al reconocimiento y visibilidad de la importancia de los contextos sociales como factores determinantes de la salud de las mujeres.

En este marco, la discusión teórica y las evidencias empíricas sobre la salud de las mujeres fueron un marco propicio para la incorporación de nuevos planteamientos conceptuales desarrollados por las ciencias sociales. Tal es el caso de la perspectiva de género, que ofrece alternativas para contribuir a la explicación de los problemas de salud de las mujeres y que, en este ámbito, requiere un desarrollo particular.

Recientemente, en los países periféricos la creciente globalización de la economía y su profundo aspecto en la participación económica de las mujeres, especialmente su creciente inserción laboral y movilidad espacial, son procesos que están modificando los escenarios de riesgo para la salud de las mujeres de dichos países.

Igualmente con las crisis económicas y, sus reajustes, la reconversión productiva, la internacionalización de la producción y el consumo ha aumentado el número de personas y

hogares pobres, ahondando con ello las diferencias sociales e incrementando la necesidad que las mujeres participen en la actividad económica.

Durante los años veinte las transformaciones socioeconómicas que tuvieron lugar en América Latina y, concretamente en México, han originado profundos cambios institucionales. Con las transformaciones que el Estado ha sufrido, las esferas públicas y privadas de la sociedad se redefinieron. En el caso de nuestro país, después del periodo de la Revolución Mexicana, el gobierno se dio a la tarea de atender las necesidades de la población pero, conforme ha pasado el tiempo y, debido al crecimiento de la pobreza, la flexibilización de los mercados y las crisis fiscales del Estado, se suma la intención de éste de delegar ciertas responsabilidades en los grupos necesitados. Es decir, las familias han tenido que asumir algunas esferas de la reproducción social que anteriormente estaban bajo el dominio gubernamental o empresarial, con lo cual su participación en actividades comunitarias y de autogestión de servicios ha aumentado, esto lo podemos observar en los programas de salud familiar, en los cuales las mujeres han sido asignadas para que desempeñen el papel de responsables del cuidado sanitario del hogar.

La reducción de enfermedades y muertes, y la creciente medicalización de la reproducción humana generan cambios en el protagonismo de las mujeres en el conocimiento sobre sí mismas y sus necesidades, en la regulación de la procreación, el cuidado de la salud, etc. Igualmente, en las comunidades rurales, el conocimiento del cuerpo femenino y de la reproducción humana que, correspondía a un saber de mujeres, ha pasado a ser cada vez más ajeno a las protagonistas.

Durante las dos últimas décadas, la preocupación estatal sobre:

- a) los altos niveles de mortalidad materna e infantil en los países en desarrollo, que han generado programas que se apoyan en la comunidad para el mejoramiento de la salud materno-infantil (Williams y Jellife, 1972);

- b) las altas tasas de crecimiento poblacional han dado lugar a que entidades privadas, gobiernos y agencias internacionales traten de involucrar a los líderes comunitarios para estimular la planificación familiar;
- c) la urgente necesidad de mejorar las instalaciones de atención primaria de salud para prestar servicio a las grandes poblaciones rurales y marginadas,

ha originado que los programas de salud pública pongan especial atención en el papel que las parteras tradicionales tienen dentro de sus comunidades. Es decir, tanto el Estado como algunos funcionarios del sistema de salud han reconocido la importancia de las parteras tradicionales en materia de salud reproductiva y de planificación familiar, lo cual, a su vez, ha generado el fortalecimiento de estos agentes comunitarios.

Así pues, la presente investigación está enfocada al análisis de la relación que existe entre la medicina popular, la tradicional -en la que los curanderos (as) y parteras quedan circunscritos-, y la medicina oficial -sustentada principalmente por el IMSS, ISSSTE, SSA, dependencias encargadas de atender las necesidades sanitarias, ya sea a nivel estatal y paraestatal-. Específicamente se estudia la inclusión de las parteras, ubicadas en un municipio afro mestizo del Estado de Guerrero: Cuajinicuilapa, en los programas de salud materno-infantil y planificación familiar implementados por la SSA.

Así pues, los objetivos principales de este estudio son:

- ➔ analizar en qué medida el deficiente conocimiento de la situación geográfica, socioeconómica, política, cultural y de antecedentes históricos se constituye en un obstáculo para la óptima formación de parteras y formulación de políticas que favorezcan su integración en los programas institucionales de salud reproductiva;

→ comprobar que debido a la intervención de la medicina moderna en las comunidades rurales (en este caso Cuajinicuilapa), el rol que las parteras cumplen en su comunidad ha cambiado, lo cual implica trastocamientos, nuevas consideraciones y maneras de actuar en lo relacionado a la medicina popular.

Teniendo, a su vez, algunos objetivos particulares:

- identificar las condiciones socio-económicas y culturales de las parteras, según el lugar de residencia y ejercicio profesional;
- determinar el perfil de conocimientos, procedimientos y prácticas que utilizan las parteras en su actividad obstétrica -concepciones de nacimiento y atención médica;
- estudiar los discursos y prácticas que las instituciones del sector salud han implementado en el adiestramiento de parteras;
- reconocer las formulaciones de las propuestas y políticas de integración y ocupación de parteras;
- analizar la inserción de la partera dentro de un contexto social donde se manifiestan sistemas de conceptos, creencias y prácticas médico-tradicionales, recursos naturales y técnicas, así como modalidades de acción entre las parteras y sus comunidades.

Consideramos que la importancia de esta investigación descansa, precisamente, en los objetivos propuestos pues, a pesar de las investigaciones realizadas aún no se sabe ¿cuántas parteras son realmente? ¿dónde están localizadas? ¿en qué rango de población operan? ¿cuántas han sido capacitadas por las diversas instituciones del sector salud?

¿cuántas son susceptibles de capacitar? ¿cuáles son la situación y las perspectivas de las parteras en esta región?

Con fines de método, el contenido temático de estudio ha sido dividido en cuatro capítulos generales, que indican los momentos nodales de análisis, éstos son los siguientes:

Capítulo 1. Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Una incursión teórica.

Aunque en la redacción de la tesis las aseveraciones de índole teórica permearán el *corpus* de ésta, en el presente capítulo ellas se condensan en un marco teórico. Asimismo, en este apartado se encuentran expuestas nuestras principales referencias metodológicas y teóricas conceptuales.

El contenido del marco teórico nos permitió una visión más acabada y completa de los elementos constitutivos de los supuestos principales, los cuales se intentaron demostrar mediante las conclusiones de la investigación.

Consideramos que el concepto género -derivado de la reflexión feminista- propone sustituir la connotación sexual estimada como fuente de inferiorización social de la mujer ya que, el denominativo sexo femenino alude básicamente a sus diferencias físicas respecto al hombre, quien a su vez concentra ciertos atributos, los cuales a pesar de que sean realidades bio-físicas también constituyen construcciones culturales -ergo simbólicas y con poder normativo-. Igualmente, hemos trabajado tanto el concepto género como el de salud para precisar aspectos importantes de la salud sexual reproductiva de las mujeres.

Hablar de género nos remite necesariamente a las discusiones y debates que se han generado en torno a esta categoría. Para entender cómo ha sido utilizada expondremos

tanto algunos de sus usos como la discusión de las distintas vertientes teóricas que hacen referencia a la misma.

Tomando en cuenta que es muy amplio el estudio de los sujetos masculinos y femeninos, en la presente investigación estimamos que éste se caracteriza por tener dos dimensiones principales:

- a) incluye el terreno de la "praxis", como eje rector de la relación debido a que, en términos reales, constituye una relación social con implicaciones diferentes para cada uno de los géneros, lo que ha generado situaciones de desigualdad social;
- b) dimensión teórica, mediante la cual se conceptualiza las relaciones sociales a partir de su ubicación en una estructura de relaciones y significaciones donde "lo femenino" y "lo masculino" han tenido algunos cambios a lo largo de la historia.

Considerando que la mujer desempeña un papel estratégico en el proceso de salud, tanto a nivel comunal como a nivel familiar, y que por esto mismo se constituye en uno de los ejes prioritarios de mayor recurrencia en las actividades y programas curativos/preventivos que se implementan en las diversas comunidades, en la última sección de este trabajo abordamos la posición de la mujer -en especial de la partera- en el sistema sanitario cuajinicuiléño.

Capítulo 2. Cuajinicuilapa, producto del sincretismo cultural.

El hecho de que Cuajinicuilapa, municipio encontrado al sur de la República Mexicana en lo que hoy se conoce como Costa Chica del Estado de Guerrero, esté formado por una enorme

diversidad de culturas (africana, española e indígena) es la principal causa que ha hecho que esta sea una zona compleja y de difícil estudio.

Considerando que el tema principal de esta investigación no es el estudio de la historia cuajinicuilapa, este capítulo ha sido preparado para dar al lector una semblanza de dicho municipio. De tal manera, se han obviado algunas épocas históricas que no vienen al caso estudiar, aunque sí se intenta dar a conocer algunos aspectos característicos de dicha sociedad, los cuales nos serán de suma utilidad en los siguientes apartados.

Es así como presentamos algunos antecedentes históricos del lugar, sus características geográficas, demográficas, económicas, y sociales.

Cuajinicuilapa es una comunidad afroestiza que, debido a su composición étnica y regional, vive de manera diferente a algunas otras comunidades de nuestro país. Este municipio, a pesar de estar "modernizándose" día a día, aún está regido por el patriarcalismo, es decir, sus mujeres viven bajo el mando de su varón y/o varones. Y es, justamente, este hecho el que ha propiciado que un alto porcentaje de las mujeres embarazadas sean atendidas por parteras.

Capítulo 3. Parteras

Existe en México una amplia gama de prácticas médicas y, por lo tanto, muy variadas relaciones entre pacientes y recursos médicos; más que una dicotomía entre medicina tradicional y medicina moderna, se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la medicina privada a través de sus diferentes agentes: médicos, cirujanos, homeópatas, hierberos, parteras, etc.

A partir de esta situación, cabe determinar las razones de la incursión del enfermo a una u otra práctica médica. Al respecto, deben tomarse en cuenta los factores económicos, sociales y culturales que influyen en dicha elección, así como saber quién, en el seno familiar, es el remitente y quién formula el primer diagnóstico y la primera acción terapéutica. La práctica demuestra que los usuarios suelen demandar servicios en más de un ámbito, coordinando o complementando los recursos.

La significación de la medicina tradicional se orienta al alcance que tiene tanto cualitativa como cuantitativamente. Cabe señalar que en regiones muy alejadas de los centros urbanos, muchas veces es la única opción con que cuenta la población para enfrentarse al binomio salud-enfermedad. Cualitativamente su importancia radica en el hecho de que sus conceptos, recursos y prácticas se sitúan dentro del mismo código de adscripción colectiva, ya que su contexto cultural no está desarticulado del de la demandante (Castañeda Camey, Xóchitl, 1992).

Este capítulo desea enfatizar que los estudios en salud pública no pueden ignorar estas formas alternativas de interpretar el mundo, pues de ellas se derivan formas concretas de identidad que, desde el punto de vista de amplios sectores de la población, se relacionan con la propia salud. Es decir, independientemente de su validez científica, estas concepciones se encuentran en el origen de muchas reacciones colectivas, y de consecuentes acciones prácticas que los individuos realizan. Se trata pues, de reacciones y acciones estrechamente relacionadas con la salud de la población, las cuales deben ser exploradas con mayor profundidad.

Las ideas y las prácticas de las parteras tradicionales pueden ser consideradas como un conjunto sistemático que, sin embargo, no se manifiesta con la misma consistencia en todas las comunidades, sino que se perciben variaciones -algunas de ellas significativas-, innovaciones, pérdidas y, a medida que se modifican las condiciones de vida ante la urbanización, se detectan procesos de síntesis de lo tradicional y lo médico académico,

además se ven surgir con mayor fuerza las prácticas difundidas por las instituciones oficiales de salud.

De esta manera podemos observar dos factores de vital importancia:

- 1) la incidencia de las parteras en sus comunidades;
- 2) el cambio de su papel en las comunidades al ser capacitadas, ya que pasan de ser únicamente parteras (encargadas del proceso embarazo-parto-puerperio) para convertirse en promotoras de salud y planificación familiar.

Los estudios sobre parteras en las últimas dos décadas han tomado dos direcciones:

- 1) la perspectiva antropológica, dentro de ella se enfatiza el análisis de las prácticas y de los rituales que se relacionan con el embarazo, parto y cuidado post-natal;
- 2) un segundo enfoque ha sido estudiado por los demógrafos y los sociólogos interesados en la evaluación del rol de las parteras como agentes de planificación familiar.

Este capítulo se dedicará al estudio del primer punto de vista, mientras que el siguiente capítulo abarcará el segundo enfoque.

Asimismo se integran las entrevistas que fueron recopiladas durante el trabajo de campo y aplicadas a los médicos encargados de los programas para parteras, enfermeras y médicos que generalmente trabajan con ellas, así como a algunas de las mujeres cuajinicuileñas a quienes aquéllas atienden.

Al analizar el rol de las parteras, revisamos sus características culturales y demográficas en estudios tanto antropológicos como sociológicos. También se presentan algunos rasgos de sus prácticas en la atención pre-natal y post-natal. Las peculiaridades de las mujeres rurales y el tipo de servicios de la salud a los que ellas tienen acceso también son estudiados.

Precisamos en la necesidad de contemplar que no siempre está claro cuáles prácticas de las parteras tradicionales son peligrosas. No sólo gran parte de las prácticas de las parteras son benéficas, sino que también las prácticas obstétricas cambian y lo que se recomienda en un momento puede ser criticado en otro. Para lo cual fueron preparados algunos cuadros que pueden ser revisados por el lector en la última parte de la tesis.

Al final del capítulo (en una pequeña sección) contemplamos otra de las principales actividades que realiza la partera: la función de "curar". Esta labor está sumamente relacionada con la obstetricia, ya que la creencia de la *sombra* o la del *tono*,¹ está muchas veces relacionada con el embarazo, con la forma de conceptualizar a éste, etc. Por tal motivo, en esta última parte decidimos hablar un poco de las parteras-curanderas. En este subcapítulo se pudieran narrar muchas leyendas que nos contaron en el pueblo sobre chanecas, demonios, brujería, etc., pero dicho tema requeriría de un estudio más profundo que en este momento no se ha contemplado. Sólo quisiéramos no dejar en el olvido que la magia y la imaginación de los cuajinicuileños forma parte de su vida cotidiana.

¹ El cuajinicuileño considera que estas son las dos partes constitutivas más importantes de una persona. El lector puede encontrar su concepto en el capítulo III, sección 3.6.

Capítulo 4. Planificación Familiar. El papel de las parteras rurales.

En general, el sistema de salud contemporáneo mexicano, siguiendo los mismos patrones de desarrollo de otros sectores de la sociedad; i.e. la modernización -bajo los modelos occidentales- se ha impulsado con la intervención estatal y, al adoptar el modelo occidental de medicina y los servicios de salud pública no se ha adecuado a la realidad ni a las necesidades del país.

Durante muchos años la modernización del sistema sanitario excluyó a la medicina tradicional y a sus practicantes, ya que éstos eran considerados como ineficientes e ineficaces, sin embargo, recientemente, los programas de salud pública se están enfocando a satisfacer algunas de las necesidades del cuidado de la salud en las poblaciones rurales. Para lograr esto, se ha solicitado la participación de aquellos miembros de las comunidades que colaboran o están encargados de suministrar el cuidado de la salud. Con lo cual se intenta dar prioridad a la medicina primaria (como es el cuidado materno-infantil), por lo que desde 1973 se ha establecido contacto con las parteras rurales.

Algunos de los objetivos de este capítulo es examinar los problemas que ha generado la adopción del modelo occidental en las instituciones del sistema de salud; igualmente se analizan las actitudes de rechazo del sistema sanitario formal hacia las contribuciones de la medicina tradicional; también se estudian las causas que han llevado a que, desde hace unas cuantas décadas, los programas de salud mexicanos consideren las contribuciones que la medicina tradicional ha hecho a la medicina moderna, asimismo, destacamos tres elementos que caracterizan dicha incorporación:

- a) la incapacidad de las políticas de salud para llevar el modelo moderno de salud a las áreas rurales o a los grupos marginados;
- b) la crisis de la economía mexicana;
- c) las políticas gubernamentales encaminadas a controlar el crecimiento poblacional.

En el marco de la relación instituciones sanitarias gubernamentales-parteras estos tres factores son de suma importancia, por lo que en este capítulo ponemos énfasis en los incisos a y c. Esto se hará partiendo de la segunda orientación utilizada en el estudio de parteras, nos referimos al enfoque utilizado por los demógrafos y los sociólogos que están interesados en la evaluación del rol de estos actores sociales como agentes de planificación familiar. Asimismo, este apartado está basado en la información recabada en las entrevistas a parteras, a pacientes de éstas, a médicos que atienden el Centro de Salud en Cuajinicuilapa y Ometepec; en la información facilitada por la Secretaría de la Mujer y por la Secretaría de Salud de Chilpancingo; y en los datos recopilados por el INEGI.

Por otra parte, en este apartado tratamos de mostrar dos cosas:

- 1a.) la vital actuación del Estado en la formación y dirección del proceso modernizador de los servicios de salud;
- 2a.) la adopción de valores, organización y tecnología occidentales en todas las instituciones gubernamentales.

Al mismo tiempo, estos dos aspectos se han enfrentado a dos problemas:

- a) los costos de la medicina curativa se han incrementado, así como la dependencia de la farmacéutica extranjera y de la tecnología médica. Aunque, el Estado por su parte, frente a la generalizada crisis económica de las décadas recientes, ha comenzado a reconocer el potencial de las contribuciones de los cuidados tradicionales a la salud;
- b) ante la imposibilidad de hacer llegar a las áreas rurales las nuevas políticas de control poblacional evitando, a su vez, los altos índices de morbi-mortalidad.

materna, el Estado ha promovido la implementación de programas para parteras, los cuales han sido puestos en vigor desde 1973.

A pesar de la variedad de programas de planificación familiar que involucran a las parteras tradicionales, todos enfrentan ciertos problemas básicos. La mayoría de ellos, como el apoyo político, la capacitación y la supervisión, son comunes a todos los proyectos de desarrollo basados en la comunidad, pero otros, como la selección de las parteras tradicionales que se van a capacitar y las técnicas específicas adecuadas para la capacitación y la supervisión, pueden ser sólo pertinentes a los programas de parteras tradicionales. Algunas de las dificultades que han enfrentado dichos programas también son analizadas.

Asimismo, precisamos en la necesidad de ver la otra cara de la moneda: la aceptación de los métodos anticonceptivos por las mujeres y los hombres cuajicuileños. En Cuaji, por lo general, la aceptación de los programas de planificación familiar muestran dos caras:

- 1) basada en los apuros económicos de los hogares;
- 2) apoyada en las normas culturales y en la falta de acceso a los servicios públicos de salud.

En cuanto al rechazo del uso de anticonceptivos el primero de los elementos que sobresalen es: la pobreza económica de la infraestructura de los hogares -característica en la mayoría de la población cuajinicuileña-, la cual otorga a los hijos un valor económico; otro factor con incidencia es la tasa de mortalidad infantil; otro elemento que puede influir en la disminución del uso de anticonceptivos está basado en los factores culturales: valores y tradiciones (en el análisis de este último factor ponemos énfasis en el papel que juega el nivel educativo de los usuarios de dichos servicios).

Capítulo 5. Conclusiones Generales.

En ellas se buscó, con base en los principales hallazgos, establecer relaciones entre los diferentes capítulos rescatando conclusiones parciales en ellos incluidos.

Anexos

Esta última sección de la tesis fue realizada partiendo del siguiente supuesto: es preciso que el lector vea -de forma condensada- a manera de cuadros cómo son conceptualizadas las prácticas y costumbres de las parteras, qué piensan éstas de los servicios que ofrece el Sector Salud, qué diferencias existen entre las formas de atender los partos entre uno y otro, qué actitud tienen las parteras ante la planificación familiar.

Asimismo, es puesto a consideración el cuestionario que se aplicó a todas las parteras entrevistadas. Aunque, es preciso mencionar, que muchas de las veces dicho cuestionario cambió ya que, dependiendo de la disponibilidad y del carácter del entrevistado, aquél fue enriquecido con comentarios, chistes, narraciones, etc.

Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Una incursión teórica

*"Yo creo que al ser mujer y partera una puede ser más aliada,
una persona que las puede comprender más,
puede llegar a entender lo que les está pasando
... por ser madre toda la carga que significa llegar al momento del parto.
Por mi misma condición de mujer
... creo que es bien de mujer ser partera, antes matrona, la comadrona.
Siempre ha habido una mujer al lado de la mujer"*

En este capítulo inicial se encuentran concentradas por un lado, gran parte de la exposición teórico/conceptual de la tesis y, por otro, las principales referencias metodológicas. Cabe señalar que se ha trabajado tanto el concepto de género como el de salud para precisar aspectos importantes de la salud sexual reproductiva de las mujeres. En la parte final del capítulo se ubican algunos elementos de metodología, muy acotados a los métodos y técnicas utilizadas a lo largo del trabajo de campo para la obtención de datos propios los que, elaborados en el marco de la investigación, se complementan con otros de tipo secundario que devinieron indispensables para el análisis desarrollado, aunque la tesis se apoye mayormente en datos cualitativos.

Nuestro marco conceptual estará enfocado en el debate del concepto de género, sus alcances, propuestas, contrapropuestas. Si precisamos en el uso gramatical de aquél podemos darnos cuenta que el concepto de género implica las reglas de las que se desprenden la atribución de lo masculino o de lo femenino.

El concepto género -derivado de la reflexión feminista- se propone sustituir la connotación sexual considerada, en este marco reflexivo, como fuente de inferiorización social de la mujer ya que, el denominativo sexo femenino alude básicamente a sus

diferencias físicas respecto al hombre, quien a su vez concentra ciertos atributos, como por ejemplo la fuerza, la iniciativa sexual, el poder. A pesar de que estos atributos sean realidades bio-físicas,¹ también constituyen construcciones culturales -ergo simbólicas y con poder normativo-.

Aunque tomar en cuenta las diferencias entre los sexos en sí mismas sea de crucial importancia para cualquier tipo de análisis encontramos, en la literatura especializada, argumentos que buscan establecer vínculos entre los atributos derivados del sexo (y de sus diferencias) y el género. Joan Scott,² por ejemplo nos dice que: "el género es un elemento formado de relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos".³

A partir de ello nos parece relevante destacar que los patrones culturales forjados sobre las diferenciaciones sexuales de inferioridad y superioridad expresados en representaciones simbólicas y conceptos normativos de lo que debe ser lo femenino y lo masculino (sostenidos a través de las doctrinas religiosas, educativas, científicas, políticas o jurídicas) provocan una valoración de inferioridad, la cual -históricamente- se le ha adjudicado a la mujer.

¹ Hay un sinnúmero de discusiones actuales acerca del peso de lo biológico sobre lo cultural, así como de las pruebas que empíricamente demuestran la fuerza/poder masculino frente a los atributos distintos asignados a la mujer. Pero, en esta tesis apenas señalamos la existencia de este debate.

² Scott, Joan, "Genre: une categorie utile d'analyse historique", 1988, p. 43.

³ El discurso de esta autora destaca también que el género es "un primer modo de significar las relaciones del poder". En este sentido afirma que "los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden hoy a los cambios en las representaciones de poder". Para ella el género es un campo en el cual o por medio del cual se articula el poder.

1.1 Identidad y género

Desde las comunidades primitivas hasta las formas de organización social más modernas encontramos una presencia determinante de la sociedad sobre los rasgos particulares o individuales. A lo largo de la historia de la humanidad el proceso de construcción de las identidades se ha tornado más complejo, ya sea como producto de la división social del trabajo, del crecimiento y diversidad de las sociedades o de la aparición del Estado.

Si se considera que la identidad se construye en el contexto individual y que, lo social se genera dentro de un panorama histórico y simbólico, podemos observar que:

- a) la complejización de los procesos sociales plantea ajustes y transformaciones en las actitudes y rasgos individuales;
- b) la constitución de las identidades expresa la relación entre el individuo y la colectividad.⁴

Actualmente, dicha relación se encuentra inmersa en profundos y dinámicos cambios, ya que el mundo presenta importantes transformaciones (generadas por el sincretismo cultural, el cual ha sido acelerado por la tercera revolución tecnológica, por la internacionalización de los procesos productivos, por la globalización económica, por los cambios en las conductas humanas, etc.) a través de las cuales los grupos sociales se identifican y son reconocidos. Estas identidades están insertas en las condiciones objetivas de vida, en las prácticas cotidianas (ya sea a través de las familias,⁵ el barrio, el

⁴ Al respecto Berger y Luckman, *La construcción social de la realidad*, 1968, expresan que la identidad es un fenómeno que surge de la dialéctica entre el individuo y la sociedad, donde los cambios en la estructura social pueden generar transformaciones en la realidad psicológica.

⁵ Por ejemplo, Salles, Vania, "Las familias, las culturas, las identidades...", 1992, ubica a la familia como el ámbito fundamental en el cual se conforman los procesos de socialización primaria, ya que es allí donde se establecen intensos procesos de internalización.

ámbito de trabajo, etc.) mediante la identificación con proyectos imaginarios (o reales), por medio de los cuales las personas se incorporan a diferentes comunidades -de tipo religioso, étnicas, laborales, etc.-

Asimismo, podemos decir que en las diferentes sociedades existen varias dimensiones abiertas para la formación de identidades, las cuales no operan aisladamente, sino que se encuentran interrelacionadas en el marco de una cultura históricamente constituida. Por esta razón es difícil separar, analíticamente, los diferentes tipos de identidad, pues a pesar de ser referentes particulares y de reportarse a experiencias diversificadas los procesos identitarios aparecen inculcados en las personas. Es así como la identidad de una persona puede poseer varios atributos (los propios al grupo étnico al que pertenece, a su género, o los requeridos para incluirse en un movimiento social), compartiendo una identidad colectiva necesaria para la convivencia y la producción social, es decir, una persona puede ser al mismo tiempo mujer, afroestiza, profesora, y feminista (Salles, Vania, 1992).

Por otro lado, a pesar de que las identidades sean inevitables y concomitantes a la existencia del ser humano, éstas no se presentan como elementos de los que el individuo nunca puede liberarse, ni se asumen como mandato divino (Valenzuela, José Manuel, 1992) y, como la socialización es un proceso y un ámbito en el que construyen las identidades se puede decir que no son estáticas, sino que son procesualmente⁶ constituidas y, por lo tanto, dinámicas⁷ (Salles, V., 1992). El hombre (en cuanto ser genérico) no está sujeto de forma definitiva a una identidad específica; las identidades se transforman, y los sujetos tienen la

Desde esta perspectiva la familia es considerada como espacio de reproducción inter-generacional e inter-géneros que, ubicado dentro de redes de relaciones, es el núcleo reproductor de las identidades profundas.

⁶ Se remite a la idea de movimiento, de cambio, de integración de situaciones y experiencias nuevas que van transformando o redefiniendo adquisiciones previas.

⁷ Se reporta a la conjunción de varias experiencias (ser negra y feminista), que se enfrentan, se sostienen y se combinan en el marco de un determinado estado que puede representar o no un equilibrio.

capacidad de elegir las, de seleccionarlas y de adscribirse a algunas de ellas. Pero, es siempre importante tener presente que las identidades profundas son difícilmente cambiables⁸

Asimismo, todas las sociedades de las que tenemos huella, han organizado en torno al género (masculino-femenino) a los sujetos que las componen. Antes que seres humanos en abstracto somos seres humanos con género.

Según Marcela Lagarde (1992) nuestra cultura está caracterizada por dos elementos:

- 1) la creencia de que es un hecho natural el que existan mujeres u hombres, es decir, que existan géneros;
- 2) dichos géneros, además de ser naturales, son universales.

Esta autora postula que cada sujeto al nacer empieza un recorrido por aprender estos dos elementos, por lo que cada criatura que nace se tiene que convertir en mujer u hombre.⁹ Bajo este concepto lo natural se convierte en universal y atemporal.¹⁰

Por otro lado, existen algunos otros estudios en donde se postula que la mayor parte de las culturas han sido impactadas por las diferencias corporales ligadas a las funciones de reproducción y sobre todo a la anatomía. Muchas sociedades y culturas clasificaron en hombres y mujeres primero por la anatomía y después por la reproducción; pero, en nuestra cultura se nos clasifica desde la reproducción y se asigna un destino a nuestro órganos

⁸ Para mayor información véase la "Introducción" que José Manuel Valenzuela hace a Decadencia y auge de las identidades (cultura nacional, identidad cultural y modernización, 1992.

⁹ Dice al respecto Simone de Beauvoir, "Los elementos de la biología", 1981, al respecto que no se nace mujer u hombre, sino con un cuerpo que adquiere un significado en este mundo. Lo primero que nos ubica en este mundo es el cuerpo, porque tiene un valor histórico y nos sirve como un instrumento de colocación en la sociedad.

¹⁰ Para más información sobre la "teoría de los géneros" véase Lagarde, Marcela, Identidad de Género, 1992.

sexuales, a los cuales se nombra como órganos reproductivos, por lo que tampoco el contenido de lo sexual es universal.

Así, la idea de que es natural tener un cuerpo determinado y llevar un modo de vida acorde con ese cuerpo es analizada por medio de los estudios de género, los cuales proponen que esto es asimilado y no que está dado naturalmente. Es decir, no es sólo natural (sino también cultural) tener un cuerpo con determinadas características, que ocupa un lugar en la sociedad, que realiza ciertas actividades o que deja de hacer otras.

Con respecto a este tema es pertinente mencionar que la *corporeidad* (cuyo sentido y significación son culturalmente elaborados) implica distinciones anatómicas entre hombres y mujeres.

Es, precisamente, sobre el cuerpo con características sexuales (pre-socialmente construidas) que se despliega el proceso general de identificación (incluyendo el género), la cual es, en un contexto histórico, elaborada subjetivamente,¹¹ socialmente revalidada y culturalmente¹² influida.

Es así, como las diferencias de sexo son transformadas, a lo largo de la historia de la humanidad,¹³ en pautas generadoras de desigualdad social entre géneros (sin que se pueda establecer una relación de causa y efecto entre los atributos dados por la anatomía).

¹¹ Mediante una suerte de imaginario que está organizado por una serie de símbolos variables, (Salles, V., *op. cit.*, 1992).

¹² Salles, V., *op. cit.*, 1992, p. 183, comenta que la transmisión cultural es *adquirida* mediante mecanismos conscientes e inconscientes.

¹³ Al respecto el lector puede revisar *La mujer invisible*, estudio realizado por Fernández, Ana Ma., en el cual se analiza la invención social del concepto "mujer".

Además del soporte físico y biológico crucial, las pautas que enmarcan el ser femenino y el masculino son productos culturales, pero refrendados (consciente e inconscientemente) a nivel de las personas.

1.2 La condición del género femenino

El eje central de la condición de género es la sexualidad, aunque también está organizada en torno a otros temas. A partir de ella, se construye en cada sujeto un conjunto de cualidades, aptitudes, esquemas y destrezas diferenciadas. Y, en el caso de la condición de la mujer, la sexualidad (característica específica de su género), es el fin de su existencia.

Muchas discusiones y debates se han dado en torno a la categoría género. Para entender cómo ha sido utilizado se expondrán algunos de sus usos. En términos instrumentales género tiene varias advocaciones. Como instrumento analítico, como enfoque aplicativo en la planificación, como componente de las intervenciones estatales a través de la formulación de políticas; también es factible utilizarlo en el ámbito de la capacitación y el desarrollo organizacional (García Prince, E., 1992).

En el marco de este estudio nuestro interés es destacar el uso de género como categoría analítica que nos permita aproximarnos al estudio de la relación social entre las mujeres y los hombres, y entre los mismos géneros de una organización social específica.

Es muy amplio el estudio de los sujetos masculinos y femeninos. En nuestra opinión, éste se caracteriza por tener dos dimensiones principales:

- a) incluye el terreno de la "praxis" como eje rector de la relación debido a que, en términos reales, constituye una relación social con implicaciones diferentes para cada uno de los géneros, lo que ha generado situaciones de desigualdad social;

- b) dimensión teórica, pues supone conceptualizar esta relación social a partir de su ubicación en una estructura de relaciones y significaciones donde lo femenino y lo masculino han tenido algunos cambios a lo largo de la historia.

E. Muñiz (1993) sostiene que la investigación acerca del género se debe considerar en dos de sus aspectos fundamentales: como una relación social y como construcción cultural desde su dimensión simbólica y material. A esta propuesta, pensamos, cabe agregar el nivel de teorización de esta relación social y de su construcción cultural.

El género, también es considerado como una categoría relacional (Scott, J., 1988; Muñiz, E. 1993; Riquer, F., 1993): "género es, por una parte, un elemento constitutivo de las relaciones sociales, por otra es una forma primaria de relación de poder".¹⁴ En este sentido las relaciones de género son complejas porque son a la vez expresión de lo masculino/femenino y del intercambio de ambas expresiones a veces entremezcladas y enfrentadas.

Según Benería y Roldán (1987) el género es: "una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos". El género es histórico e implica cierta gradación de actividades y rasgos, cuyo más alto valor está relacionado con el varón. En este sentido hay un sistema de jerarquías, por lo tanto, además de ser una construcción asimétrica y estructurada, también genera privilegios, dominación masculina y subordinación femenina.¹⁵

Estos planteamientos nos hacen pensar en la necesidad de discutir la formulación de los procesos socioculturales en torno a los roles sexuales, a las asignaciones valorativas de la feminidad/masculinidad, a los atributos adjudicados a la mujer y al hombre en los ámbitos

¹⁴ Riquer, Florinda, "De la 'mujer' como tema al género como categoría de análisis", 1993, p. 9.

¹⁵ Benería, Lourdes; Roldán, Martha, The crossroads of class and gender, industrial homework, subcontracting and household dynamics in Mexico City, 1987, p. 24.

institucionales, cualquiera que éstos sean (laborales, familiares, educativos), fundamentados en la diferencia sexual, pero que se traducen en desigualdades sociales.

Hablar de género nos remite necesariamente a la discusión de las distintas vertientes teóricas que hacen referencia a la misma. Entre ellas se encuentran algunas teorías feministas que surgieron de los planteamientos radicales, y que enfatizaron el sistema de dominación universal de la mujer por el hombre a través del control de la capacidad reproductiva y de la sexualidad de la mujer.

Esta idea alimentó, por mucho tiempo, la discusión sobre la naturaleza y la cultura, ya que la inferioridad femenina, basada principalmente en argumentos biológicos y la "esencia femenina" (centrada en la maternidad), fue duramente atacada por las corrientes culturalistas. Con ello se planteó el cuestionamiento de la determinación biológica y la definición de posiciones, que a veces se colocaban en el otro extremo, desconociendo o minimizando dichos determinantes biológicos.

Así, el concepto género fue más tarde repensado por otras teorías feministas que impulsaron el abordaje de las diferencias, lo que conformó otro marco de debate. El feminismo de los ochenta y noventa ha planteado una transformación en su especialidad: el reconocimiento de la diferencia y de las particularidades en la construcción de las subjetividades y de las identidades.

Por ejemplo, uno de los debates que plantea Marta Lamas (1993) se centra en lo que significan las diferencias sexuales y el resto de las diferencias culturales. Ella afirma que: "no es posible comparar o igualar el carácter estructurante de la diferencia sexual para la vida psíquica y la identidad del sujeto con las demás diferencias (de clase, de etnia, etc.)".¹⁶

Las diferencias de orden cultural varían, pero la diferencia sexual ha generado también muchas discusiones, sobre todo a partir de un texto de Chodorow (1985), quien ejemplifica

¹⁶ Lamas, Marta, "Algunas dificultades en el uso de la categoría género", 1993, p. 18.

que no se puede hacer de lo social un factor determinante de lo psíquico, aunque no hay que renunciar a transformar lo social.

De ahí se desprende un punto muy polémico: cómo abordar desde lo social un campo interdisciplinario donde "lo subjetivo" se encuentra imbricado en una realidad social y una realidad psíquica. Debate que, desde los años setenta, llevó a las feministas a estudiar las posiciones que planteaban la fusión entre feminismo y psicoanálisis.

Todavía hasta los noventa se mantiene esta discusión con otros matices, pues se han incorporado otros esquemas teóricos de las ciencias sociales y el psicoanálisis que también abordan la subjetividad y la conformación de las identidades.

Pero, en la perspectiva social ¿cuál es la realidad de las mujeres? Evidentemente, ésta se encuentra permeada por la realidad psíquica y se manifiesta en el plano de la vida económica, cultural, política, ideológica, etc.¹⁷

En este contexto, se propone de nuevo la reflexión feminista sobre el significado de los conflictos ligados a la experiencia humana, ya sea mediante el reconocimiento del carácter diverso e inesperado de la organización de las diferencias sexuales, o de la descripción de cómo opera la simbolización de la diferencia sexual en las prácticas, discursos y representaciones culturales (Adams, Parveen, 1992).

J. Scott considera metodológicamente el género como un "elemento constitutivo de las relaciones sociales (basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género); es

¹⁷ Es preciso mencionar que esos espacios (sociales, psíquicos, biológicos) de producción y reproducción simbólica y material de la sexualidad, que generan subjetividades e identidades socioculturales, están siendo apenas explorados, por lo que falta profundizar y elaborar teorías y conceptos de mayor alcance. Revítese para mayor información Pérez-Gil, Sara, Género y salud femenina. Experiencias en investigación en México, 1995.

una forma primaria de relaciones significantes".¹⁸ Para ella el género comprende cuatro elementos interrelacionados:

- a) los símbolos culturales disponibles que evocan las representaciones simbólicas: Eva y María -como símbolos femeninos en la tradición cristiana-, los mitos de la luz y la oscuridad, de la pureza y la impureza, son ejemplo de ello;
- b) los conceptos normativos que, ante las interpretaciones del sentido de los símbolos, se esfuerzan en limitar y contener sus posibilidades metafóricas; éstos son expresados en las doctrinas religiosas, educativas, científicas, políticas o jurídicas y, toman la forma típica de una oposición binaria que afirma de manera categórica y sin equívoco el sentido de masculino y de femenino;
- c) lo que está en juego en la nueva investigación histórica es el hecho de hacer estallar la noción de fijeza, es decir, es necesario analizar la naturaleza del debate o de la represión, los cuales producen la permanencia eterna de la representación de los géneros.
- d) el cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva.

Por otro lado, los problemas que las mujeres enfrentan en un medio cultural o político concreto se identifican por su similaridad con aquéllos que confrontan otras mujeres aunque, estas dificultades no siempre se abordan con las mismas estrategias.¹⁹ En este sentido, las condiciones bajo las cuales las mujeres viven, trabajan y mueren varían, ya que en ellas están implicados diversos factores -de índole cultural, política, religiosa, económica, étnica, etc.-

¹⁸ Scott, Joan, *op. cit.*, 1988, p. 44.

¹⁹ Schuler, Margaret, *Empowerment and the law. Strategies of Third World*, 1986, p. 13.

El estado de subordinación de la mujer no es estático, es producto de procesos sociales que, al interior de las relaciones estructurales, se encuentran en transformación. Por ello, la noción de subordinación sexual debe ser entendida en términos históricos.

Aun a pesar de las demandas que estas reflexiones han hecho, actualmente las mujeres están sexualmente subordinadas a los hombres; se las considera inferiores o son dependientes de la jerarquía masculina; no existe paridad sexual al momento de evaluar su trabajo, el cual -muy a menudo- es el menos retribuido en la sociedad y; en muchas sociedades todavía las mujeres no tienen control sobre su cuerpo.

Asimismo, podemos decir que la vida de las familias está compuesta de relaciones desiguales entre hombres y mujeres. El grado e intensidad de desigualdad varía enormemente, especialmente de acuerdo al grupo étnico al que pertenecen.²⁰ Esta disimilitud impera donde la esfera supuestamente "femenina" es determinada por la biología, es decir, dentro del mundo de lo privado, de la unidad doméstica (la mujer es la que lava, plancha, cuida y alimenta a los niños, etc.), mientras que el hombre debe vivir en el mundo público (los negocios, la política, el deporte, etc.).

Otro componente de la relación desigual entre hombres y mujeres es el matrimonio. En muchas partes la mujer se incorpora al matrimonio no como una compañera igual, sino como un ser dependiente del varón, para ella compartir el afecto y los procedimientos de toma de decisión dependen del hombre.²¹ En varias familias, por ejemplo, el estatus de la mujer (de acuerdo a la ley tradicional y contemporánea), está determinado a menudo por su estado civil: solteras, divorciadas, casadas, viudas, etc. Es sobre estos rangos que la mujer es

²⁰ Para mayor información consúltese el trabajo de Freyermuth, Graciela, "La partera indígena: entre la tradición y el cambio", 1990, quien hace un análisis muy interesante sobre la subordinación en que las mujeres - de diversas etnias- chiapanecas viven.

²¹ Schuler, Margaret, *op. cit.*, 1986, p. 96.

afectada, ya sea en relación a los derechos de propiedad, heredad, custodia y manutención de los niños.²²

El trabajo femenino en la unidad doméstica es un elemento común a todas las sociedades. Dicho trabajo históricamente ha sido subestimado y devaluado por no estar puesto en movimiento directamente por el capital. En este sentido, en muchas sociedades cuando las familias se enriquecen y tienen acceso a la tecnología moderna, el trabajo de la mujer es el que menos se moderniza, además no en todas las sociedades se alienta a la mujer a trabajar fuera de la casa.

Los casos en que la mujer tiene acceso a la vida pública, responden más que nada a la fuerza de la necesidad de sobrevivir; por la ausencia de la ayuda del cónyuge, por la carencia del marido, o por la falta de trabajo para éste. La participación de la mujer en la vida económica de los diferentes países varía y depende de la cultura y el contexto. No obstante, todas sufren del doble peso de trabajar en la casa y fuera de ella. Con respecto a esto, Schuler, Margaret, (1986) argumenta que el grado de independencia económica de la mujer depende en gran parte de su extracción de clase y etnicidad.²³

La violencia física -la violación, el castigo, ofensas, etc.- ejercida contra la mujer es una realidad; aunque el tipo y grado de violencia varía de un grupo étnico a otro, la vulnerabilidad inherente de la mujer al abuso físico es común a todas (Makowsky, Sara, 1995).

Además, a pesar de que los mitos y símbolos de una sociedad pueden ser sexuales, se ha enseñado a las mujeres a reprimir su sexualidad y a verse sólo como vehículo de

²² Molokomme, Athaliah, "Botswana: women and customary law", 1986, p. 115. A su vez, el lector puede consultar a Salles y Tuirán, "Mitos y", 1996.

²³ Refiriéndose a la etnicidad diferentes investigaciones han demostrado que la mayoría de los pueblos han perpetuado costumbres e ideas que inhiben a la mujer de participar activamente en la vida pública.

reproducción. En este sentido se ve a la sexualidad femenina como una fuerza amenazante y destructiva que puede romper la tela social.

Igualmente, deseamos hacer mención del trabajo de Silvia Pimentel (1986), el cual sugiere que la dependencia cultural, política y económica de la mayoría de los países tercermundistas ha tenido una influencia significativa en el desarrollo de sus leyes y, sobre todo, en los derechos de la mujer, cuya integración en la transformación de valores culturales en la sociedad ha respondido de la misma forma que la "integración" económica del país al que pertenecen: a una integración periférica.²⁴

En el campo de la salud existen diversas perspectivas sociales que han estudiado casi todos estos elementos, pero sin privilegiar la perspectiva de género. Aunque, recientemente se ha dado mayor auge a la interrelación género-salud. Ya incluso algunos organismos mundiales de salud (OMS, ONU, OPS, etc.) tienen contemplada en sus programas y proyectos la perspectiva de género. De esta manera, lo enunciado tiene el propósito de:

- llamar la atención sobre la necesidad de llevar a cabo un estudio crítico sistemático y profundo de las orientaciones teóricas que discutan la propuesta de género, las normas de subordinación que permean todos los ámbitos del quehacer social y que se transforman en prácticas institucionales y en actividades individuales;

- identificar aquellos aspectos que eventualmente pueden tener relación con la salud, ya sea en su beneficio, en su detrimento o afectando a los distintos sectores poblacionales.

Así pues, podemos concluir este subcapítulo diciendo que consideramos que la teoría de género tiene como eje central de análisis la dimensión de la relación intergenérica, esto

²⁴ Esta autora hace un análisis muy interesante respecto al desarrollo del capitalismo y sus impactos sobre las mujeres de los países periféricos o tercermundistas.

es, la forma y el cómo las personas se definen y cómo construyen su pensamiento y sus prácticas en función de su opuesto. Consideramos que dicho concepto es el mecanismo a través del cual los géneros adquieren su identidad, ya sea para transformar las acciones cotidianas en benéficas al desarrollo humano o para contribuir al deterioro del mismo: "género es una relación social y una construcción sociocultural".²⁵

1.3 Género y salud femenina

Los niveles, tendencias y estructuras de las causas de la morbi-mortalidad femenina son claramente diferentes en los países avanzados y los periféricos. Casi todas las enfermedades y muertes de mujeres en los países periféricos no ocurrirían en condiciones satisfactorias de calidad de vida, atención a la salud y autonomía. De la determinación social se derivan también las grandes diferencias en salud entre mujeres rurales y urbanas y entre regiones más y menos desarrolladas de un mismo país. Las estrategias de crecimiento económico, los estilos de desarrollo, las diferencias en la apropiación de la riqueza socialmente generada, las relaciones de poder entre distintos grupos sociales y las políticas públicas determinan importantes diferencias en la calidad de vida y el acceso a la salud de distintos grupos sociales, incluso en el interior de cada país, de sus regiones y de sus zonas urbanas y rurales. La falta de una efectiva igualdad entre diversos grupos étnicos y entre la población urbana y la rural determina prácticas discriminatorias hacia las manifestaciones culturales y formas de vida de los sectores subordinados (Zsazs, Ivonne, 1995).

Los acercamientos a la salud de la mujer en los que se analiza la salud reproductiva como foco de análisis han sido propiciados por la incorporación de planteamientos originados en las ciencias sociales; ello contrasta con la perspectiva biomédica sobre la denominada salud materno-infantil y con las políticas públicas que consideran, principalmente, a las mujeres como categorías poblacionales.

²⁵ Pérez-Gil, Sara, *op. cit.*, 1995, p. 9.

La salud de la mujer tuvo, durante los años setenta y ochenta, una orientación alternativa tanto a nivel teórico como metodológico. La identificación y explicación de las diferencias en la salud de grupos de mujeres fue una constante. Esto obedeció, en parte, a la necesidad de mostrar la heterogeneidad de los problemas de salud de las mujeres y, por tanto, de hablar de la salud de la mujer en plural, enfatizando su carácter diverso y multimodal.

Así, implícita o explícitamente se ha reconocido la importancia de los contextos sociales como determinantes de la salud de las mujeres. Aunado a su interpretación en función de diversos factores culturales, económicos, políticos e ideológicos (clase social, ocupación, grupos de edad, regiones, doble jornada y pertenencia a grupos étnicos, entre otros) se fueron multiplicando las temáticas sanitarias, abriendo nuevas perspectivas a aquellos aspectos de la salud escasamente tratados. Dichos estudios, que se habían concentrado principalmente en el campo de la gineco-obstetricia y de la reproducción humana pasan a formar parte, de manera más amplia, del campo del conocimiento de las ciencias sociales (sobre todo de la sociología y la antropología médica) y de otras ramas de las ciencias médicas como la medicina social y la salud pública. De tal suerte, se empezó a impulsar un vasto terreno de estudios no únicamente sobre la salud reproductiva, sino sobre diversos aspectos de la salud. En este marco la relación salud y género, que implica una serie de aspectos socioculturales económicos y políticos, rebasa las fronteras de la reproducción biológica de la misma manera en que lo hacen las temáticas y los abordajes sobre el cuerpo e identidad, educación y participación popular, salud mental, trabajo, nutrición y ecología, etc.

En este contexto, la discusión teórica y las evidencias empíricas sobre la salud de las mujeres fueron un marco propicio para la incorporación de nuevos planteamientos conceptuales desarrollados por las ciencias sociales. Tal es el caso de la perspectiva de "género", que ofrece alternativas para contribuir a la explicación de los problemas de salud de las mujeres y que, en el ámbito de la salud, requiere un desarrollo particular.²⁶

²⁶ Esta perspectiva es compleja, pues implica un trabajo interdisciplinario, en donde -principalmente- la historia, la antropología, la filosofía, el psicoanálisis, la demografía, la sociología, tienen una presencia activa.

Las relaciones entre los géneros conforman una de las dimensiones sociales más importantes en relación con la salud de la mujer. La desigualdad entre hombres y mujeres se expresa en las diferencias en el acceso a recursos, los grados de autonomía personal (derivadas del papel que desempeñan en las familias y en la sociedad), la valoración y retribución social del trabajo e incluso la capacitación de decidir, planear y disfrutar la propia vida (Salles y Tuirán, 1995a).

Bajo esta perspectiva, la definición de lo femenino como un "ser para otros" y del cuerpo de mujer como un "cuerpo para otros" tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar. La mujer es, sobre todo, la que atrae sexualmente y la que nutre, alimenta y proporciona bienestar y placer a los demás. Esa construcción de identidad cuestiona la posibilidad de cuidar de su propio bienestar, experimentar placer, recibir apoyo emocional, tener una vida personal y un proyecto propio más allá de la vida conyugal y la maternidad.²⁷

Entre los procesos sociales recientes que están modificando los escenarios de riesgos para la salud de las mujeres de los países periféricos destaca la creciente globalización de la economía y su profundo impacto en la participación económica de las mujeres, en las características de su inserción laboral y en el aumento de su movilidad espacial.

Los procesos de crisis, ajuste, reconversión productiva e internacionalización de la producción y el consumo ha generado aumentos del número de personas y hogares pobres; han profundizado las desigualdades sociales y han incrementado notoriamente la participación de mujeres de sectores populares en la actividad económica (Salles y Tuirán, 1995).

²⁷ Szasz, Ivonne, "La condición social de la mujer y la salud", 1995, p. 15, al respecto dice que: "la construcción de la identidad femenina se centra, precisamente en la maternidad".

El aumento de horas de trabajo doméstico y extradoméstico que han experimentado las mujeres pobres cuestiona su papel de cuidadoras de la salud en el hogar. A su vez, la reciente expansión del empleo femenino en actividades económicas informales, como el comercio, el trabajo industrial a domicilio, la agricultura comercial, la agroindustria y la industria maquiladora, generan riesgos específicos para la salud de esas mujeres. Lo mismo ocurre con las nuevas corrientes de migración femenina, en especial las que se relacionan con la demanda preferente de mujeres para el ejercicio de ciertas actividades agrícolas y de comercialización (Salles y Tuirán, 1995; Szasz, I., 1995).

Como dimensiones importantes y poco analizadas del incremento de la pobreza y de la necesidad de aumentar el número de activos por hogar, se han señalado el aumento del comercio sexual femenino y ciertos cambios en las prácticas sexuales.²⁸ Entre otras, la vida sexual de los migrantes varones que recurren a contactos ocasionales durante su ausencia, y que luego no advierten a las mujeres de posibles contagios; se trata de prácticas particularmente riesgosas por la posibilidad de transmisión de enfermedades sexuales. Debido a los condicionamientos de género, las mujeres ocultan con mayor frecuencia los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual y retardan su atención, aumentando los riesgos para su salud.²⁹

Por otro lado, las profundas transformaciones socioeconómicas ocurridas en América Latina y particularmente en México durante los años veinte han representado también importantes cambios institucionales. Las modificaciones en el papel del Estado han redefinido las esferas pública y privada. Al crecimiento de la pobreza y la flexibilización de los mercados de trabajo se suma la intención gubernamental de delegar responsabilidades en los propios grupos necesitados. De tal manera que, las mujeres y los grupos familiares han asumido esferas de la reproducción social que antes se situaban en el dominio

²⁸ Véase para mayor información Salles y Tuirán, "Mitos y creencias sobre la vida familiar", 1996.

²⁹ Al respecto revítese Koblinsky, Timyan y Gay, The health of women. A global perspective, 1993.

gubernamental o de las empresas, aumentado su participación en actividades comunitarias y de autogestión de servicios; en especial, los programas de salud familiar asignan a la mujer el papel de responsable de los cuidados relativos a la salud en el hogar (Parra, Alicia, 1989; Szasz, Ivonne, 1995).

Además, las esferas del cuerpo femenino y de la reproducción humana que correspondía en las comunidades rurales a un saber de mujeres, que se ejercitaba y se transmitía entre iguales, han pasado a ser cada vez más ajenas a las protagonistas. Las enormes ventajas de reducción de sufrimientos, enfermedades y muertes maternas que han significado la creciente medicalización de la reproducción humana, ponen en tensión, sin embargo, la autonomía personal y el protagonismo de las mujeres en el conocimiento sobre sí mismas y sus necesidades en la regulación de la procreación y el cuidado de su salud.

A la inversa, la creciente injerencia pública en el comportamiento reproductivo plantea problemas de pérdida de autonomía individual al transferir a los agentes de salud esferas muy íntimas de la decisión personal (Salles y Tuirán, 1995a). La reproducción humana, aun teniendo una base biológica, es un proceso esencialmente cultural y social que se pone a cargo de los servicios médicos.³⁰ La transferencia de responsabilidades de la esfera individual y familiar hacia los servicios de salud plantea importantes tensiones, cuyas repercusiones en la salud de la mujer deben ser analizadas con cuidado.

Por otra parte, las metas y criterios de calidad de los servicios se tienden a establecer con base en objetivos demográficos y no de salud, poniendo en tensión las posibilidades de opción de los prestadores de servicios. Los agentes de salud deben ajustar su acción a criterios estadísticos que buscan la modificación de tasas de crecimiento poblacional. Estas tensiones se orientan hacia una verticalidad en las acciones y refuerzan relaciones de poder

³⁰ Dicha aseveración se explicará con mayor detenimiento en el capítulo IV.

en la prestación de servicios, los cuales impiden atender las necesidades de salud percibidas por la población usuaria.³¹

1.4 Salud sexual y reproductiva

El estudio de los comportamientos reproductivos relacionados con los factores socioculturales ha sido una importante línea de investigación que se ha impulsado casi desde todas las áreas disciplinarias; es una de las perspectivas teóricas que se inscribe en el análisis del papel reservado a la mujer en los procesos de reproducción social a fin de explicar su condición subordinada (Selva, Beatriz, 1991).

Desde el enfoque médico también se ha considerado la situación vital de las mujeres en relación con el estado emocional que se genera durante el embarazo, predominando una interpretación biológica que incorpora factores sociales (González Forteza, Catalina, 1991).

A su vez, el enfoque antropológico y sociológico médico-social ha tenido importantes aportes; propone el análisis de los procesos de salud-enfermedad-muerte articulando estos procesos en la dimensión económica-social e ideológica-política. Esta perspectiva está incursionando en temas fundamentales como la morbi-mortalidad femenina y la reproducción social; sugiere construir modelos de investigación a partir de los determinantes histórico-sociales de clase social y género, aunque se consideran otros más globales como la crisis socioeconómica, el impacto de los servicios de salud y el de las políticas de salud (Bronfman y Tuirán, 1984).

En cuanto a los estudios sobre embarazo, parto, puerperio y crianza, existen varias investigaciones antropológicas y sociológicas que se han realizado en comunidades rurales,

³¹ Véase el capítulo IV.

semirurales, urbanas y semiurbanas. La mayoría de estos estudios analizan las prácticas tradicionales, su relación con la medicina científica y las repercusiones en la salud reproductiva, incluida la salud infantil (Zolla, 1988, Castro, 1991, Osorio, 1995). Asimismo, los procesos reproductivos se abordan de manera directa e indirecta en la antropología a través del estudio de las prácticas de las parteras empíricas, el papel de la madre, de otras figuras femeninas y de las curanderas (os) en el cuidado del embarazo, parto y post-parto. Igualmente se analizan los aspectos tradicionales y modernos de estos procesos y la participación de las mujeres en los mismos (Kelly, 1955; Keller y Huerta, 1976; Leiter, 1982; INI, 1985; Galante, 1988; Guadarrama y Piedrasanta, 1988; Marcos, 1989; Elú, 1990; Freyermuth, 1990; Módena, 1990).

Igualmente, la crítica al uso indiscriminado de anticonceptivos y a los programas de planificación familiar ha sido tema de denuncia feminista y objeto de estudio (Barroso, 1986; Deliens y Camus, 1986; Hiriart, 1986; Cardaci, 1988; Lines, 1989; De Barbieri, 1990; García, 1990).³²

1.4.1 El caso de Cuajinicuilapa

En la sociedad mexicana, la mujer importa por lo que la hace distinta del hombre: el ser madre; lo que implica que ella es quien lleva en su vientre el producto de la concepción, quien alimenta, provee de calor y protección al feto y después al hijo. Y, como su ser es secundario a su hijo, los tratamientos médicos la orientan a tener un hijo en buenas condiciones. Después de esto, lo que pasa con ella pocos lo saben. Siendo así, la mayor parte de los problemas de salud que una mujer puede presentar son tan importantes como se relacionen con la reproducción (Ávila Rosas, Héctor, s/f).

³² Es importante señalar que, en lo que se refiere a esta área de la salud de las mujeres, se están construyendo algunos enfoques que rescatan líneas de investigación sobre cuerpo y sexualidad e identidad y subjetividad femeninas.

La mujer genera conocimientos e ideologías, que son reproducidos y transformados en su rol de madre de familia. Estos conocimientos (articulados por elementos médicos "científicos y tradicionales" que interactúan entre sí) se hallan orientados en gran medida a la atención y/o prevención de padecimientos a fin de alcanzar y/o mantener ciertas condiciones de salud, dando lugar a una lógica particular que subyace en la llamada CMF,³³ en la cual intervienen variables de orden económico, social, cultural, ideológico, étnico, técnico, etc. Y, es precisamente por esto, que la mujer desempeña un papel estratégico en el proceso de salud, tanto a nivel comunal como a nivel familiar, por lo que se constituye en uno de los ejes prioritarios de mayor recurrencia en las actividades y programas curativos-preventivos implementados por el sector salud.

Por todo esto, es necesario mencionar la subordinación femenina con respecto a los servicios de salud. Resulta contrastante que ella, que es el sujeto alrededor del cual giran la mayor parte de las actividades individuales y colectivas que se realizan para atender y prevenir las enfermedades, mantenga una relación de subordinación cuando interactúa con los servicios de salud.

En las últimas décadas, la intervención pública en el dominio de la reproducción se ha expresado de manera más explícita y directa, reforzando y extendiendo las tendencias racionalizadoras de la sociedad a este ámbito, incidiendo sobre la estructura de opiniones y decisiones reproductivas de las parejas. Uno de los instrumentos de la intervención del Estado en la reproducción humana ha sido proveer servicios de PF³⁴ tanto en instituciones de salud pública como en clínicas privadas sujetas a la regulación gubernamental.

La mayoría de dichos planes se caracterizan por un fuerte sesgo ideológico y normativo, ya que consideran que la mujer es la protagonista, prácticamente exclusiva, de la función reproductiva, ignorándose con ello su sexualidad (Toro, Olga Lucía, 1989). Mientras

³³ Cultura Médica Femenina.

³⁴ Planificación Familiar.

tanto, la participación del hombre en la planificación familiar prácticamente sigue limitada a la aceptación del condón o la vasectomía.³⁵

Estos planes están orientados a la mujer, quien debe seguirlos para evitar la explosión demográfica y los altos índices de mortalidad materno-infantil. Ella debe determinar el número de hijos a parir, orillándola a "cancelar su potencial reproductivo en forma definitiva cuando cumpla la meta". Es decir, que tiene que definir su vida y la de su familia sin asumir esta responsabilidad con libertad. Además, la movilización de las instituciones de salud y sus agentes, al tratar de regular las tasas de natalidad, han "medicalizado las prácticas sexuales y reproductivas".³⁶

Por lo que creemos que es necesario que tanto hombre como mujeres gocen plenamente de sus derechos reproductivos,³⁷ lo cual conllevaría a una nueva conceptualización del papel que ambos juegan en la salud reproductiva y sexual.

En Cuajinicuilapa, por ejemplo, a través de las instituciones de salud pública, el Estado emprende diferentes acciones, dentro de las cuales se encuentra la capacitación a parteras tradicionales y su incorporación al PNPf.³⁸ Con ello el Estado ejerce cierta influencia sobre la conducta reproductiva individual y, para lograr este objetivo se busca la incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud pública.

Así, podemos distinguir otros dos actores sociales, nos referimos al grupo de médicos y enfermeras encargados de los cursos de capacitación de parteras que, como

³⁵ Revítese el capítulo IV.

³⁶ Salles, Vania; Tuirán, Rodolfo, Dentro del Laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva, 1995a, p. 31.

³⁷ Los cuales son: i) la libertad de decidir cuántos hijos tener y cuando (o no) tenerlos; ii) el derecho de tener la información y los medios para regular la propia fertilidad; iii) el derecho de controlar el propio cuerpo (Salles, Vania; Tuirán, Rodolfo, op. cit., 1995a).

³⁸ Programa Nacional de Planificación Familiar.

representantes de la institución de salud pública y de la política oficial, cuentan con el poder de imponer su discurso y de ejercer un considerable poder facultativo.

Este grupo de profesionales puede ser visto como mediador entre el mundo público de la burocracia y el mundo privado de la sexualidad y la reproducción. Los asuntos concernientes al nacimiento son discutidos con las parteras en un escenario burocrático: el centro de salud donde se desarrollan los cursos, y donde existe una jerarquía ocupacional, en la cual la ocupación socialmente más prestigiada es la del médico.

Los agentes institucionales se organizan y estructuran de acuerdo a la enseñanza médica oficial de tipo occidental, mientras que las parteras se apoyan en procedimientos terapéuticos y técnicas, generalmente impregnadas de un significado simbólico religioso compartido.

Por otro lado, el saber y la ideología que manejan los actores sociales institucionales (médicos y enfermeras) respecto del proceso del nacimiento, está relacionado con el papel pasivo de la mujer en el parto, es decir de la "paciente", quien en la organización jerárquica y burocrática del hospital, no sólo no puede opinar sino que inclusive tampoco preguntar. Además, en los servicios organizados se practica la episiotomía y se usa anestesia, ya que se considera que la mujer no está preparada ni física, ni psíquicamente para el parto natural.³⁹

En términos generales, la relación médico-mujer en el contexto institucional del hospital es asimétrica, de subordinación. Igualmente, dentro del discurso médico, sustentado en normas biomédicas "legítimas", se rechaza, niega y secundariza el papel de las mujeres tradicionalmente involucradas en el proceso de alumbramiento (las parteras y la mujer embarazada y/o parturienta), lo que conlleva a considerar a las parteras como ineficaces, y a las parturientas como incapaces. Así, mientras que los médicos controlan el conocimiento científico técnico y asumen una posición dominante y de mayor valoración

³⁹ Sin embargo, como se verá en el capítulo III, con las parteras no existe este problema, ya que ellas son capaces de reducir la angustia que produce el parto.

social, a las parteras se les considera "ignorantes", "supersticiosas" o "peligrosas", con lo cual se les va relegando a un rol de apoyo y de menor valoración social.

Sin embargo, en las comunidades se les respeta y se les tiene confianza, pues sus prácticas están en consonancia con las del grupo de mujeres a quienes atienden: ellas comparten el mismo lenguaje y los mismos conceptos sobre salud-enfermedad, tienen gran experiencia y, a diferencia de los médicos, no tratan al parto como una enfermedad, sino como "un evento social". Es por esto que, al mismo tiempo que ejercen gran poder de influencia dentro de sus comunidades, conducen la vida sexual y procreativa de ésta (Carrillo, Ana Ma. 1988).

Además, con la capacitación que se les da su prestigio y fuente de legitimidad dentro de su comunidad sufre cambios, ya que su participación en dichos cursos constituye un proceso social de "subordinación", de articulación con el sistema oficial de salud donde la fuente de legitimidad es el saber, por ejemplo la partera adiestrada recibe instrucciones de utilizar remedios patentados en lugar de hierbas, también debe enviar al médico los casos que presenten o puedan presentar problemas y complicaciones, adquiriendo con esto una mayor dependencia de la medicina occidental, con lo cual disminuye su autoridad pudiendo, inclusive, llegar a dudar de su propia capacidad (Cosminsky, Sheila, 1992).

En el caso de los programas dirigidos a parteras tradicionales tampoco se ha considerado la participación de las parteras en su diseño, sino que el adiestramiento ha consistido en la transmisión de las normas biomédicas sobre la "correcta" atención del embarazo, parto y puerperio, así como la promoción de métodos de PF.

Por otro lado, las parteras a pesar de haber colaborado en la reducción de las tasas de natalidad no han cuestionado la función social de la mujer y del hombre, y menos aún la de

la maternidad y la paternidad.⁴⁰ De esta manera, se considera que la reducción del número de hijos, no cambia el concepto que se tiene con respecto a la reproducción (De Barbieri, Teresita, 1991).

Es preciso mencionar que no se puede exigir a las parteras una atención más segura para las mujeres que recurren a ellas, sin considerar sus necesidades ya que, el mejorar primero las condiciones de trabajo y de vida de las parteras y de las madres a quienes atienden evitaría la mayoría de las complicaciones que se les presentan en los partos (Carrillo, Ana Ma. *et al.*, 1988).

Por lo que pensamos que es necesario que en los planteamientos de los discursos y de los pronunciamientos teóricos se consideren e identifiquen los patrones y prácticas culturales en los que las parteras están inmersas, así como sus necesidades particulares, para lo cual es indispensable conocer y tener en cuenta sus características personales, su nivel tanto de conocimientos como de prácticas tradicionales, y sus concepciones de nacimiento y atención (Correu, S. *et al.*, 1986). Con esto, se obtendrían beneficios sobre la salud tanto de la madre como del neonato, lo cual lleva a aceptar que la morbi-mortalidad materna es consecuencia de la posición subordinada de la mujer en la sociedad.

1.5 Acerca de los procedimientos de trabajo

Para poder llevar a cabo los objetivos de este estudio nos propusimos el seguimiento de las siguientes líneas de investigación:

- a) socio-económica: para detectar las implicaciones sociales en la formación de las parteras y sus prácticas; así como las causas y repercusiones económicas que sus servicios puedan generar en sus comunidades;

⁴⁰ Esto, posiblemente se deba a que, como ya se explicó arriba, la identidad femenina que poseen las parteras es tan profunda que difícilmente cambiaría.

- b) normativo-jurídica: investigación de la sustentación legal-restrictiva y propositiva del trabajo del Estado con las parteras;
- c) socio-médica: para captar información y datos útiles al diagnóstico de las actividades obstétricas ejercidas por las parteras;
- d) técnico-administrativa: en relación con los planes, programas de trabajo y captación institucionales; control de funciones de supervisión y verificación, información y evaluación de resultados relacionados con el desempeño de las parteras capacitadas o no, en los programas de salud reproductiva oficiales.

Asimismo, se dispuso la investigación en dos fases:

Fase 1

Realización de actividades de campo: en ellas se puso especial énfasis en la captación de información y datos empíricos. Se tomaron como líneas de estudio las estrategias en las que se basa la historia oral, poniendo especial énfasis en las entrevistas -generales y específicas- tanto a parteras como a los actores sociales que se relacionen con ellas.

Cabe precisar que el interés de examinar las entrevistas recabadas reposa en el hecho de que éstas explican "un doble fenómeno referido a la formación/reproducción de procesos identitarios".⁴¹ Asimismo, partimos de la idea de que el "discurso individual" -cada partera se hallan inmersa en contextos culturalmente compartidos- es un reflejo de la convivencia social, de las costumbres, de las creencias religiosas, etc. De esta manera este discurso debe ser enmarcado dentro de un ámbito subjetivo, ya que cada actor social posee un bagaje cultural subjetivo, que es producto de la interacción social y de las distintas modalidades que adopta la comunicación (consensos, discensos, destrucción de argumentos, emergencia de otros, etc.) (Salles y Valenzuela, 1995).

⁴¹ Para mayor información al respecto véanse Salles y Valenzuela, En muchos lugares y todos los días. Vírgenes, Santos y Niños Dios en Xochimilco, 1995b y Mechet, Philippe, "Cómo se interpreta una encuesta", 1995.

En esta fase de la investigación hicimos una primera visita a Cuajinicuilapa para conocer el lugar, el material con el que podíamos contar, algunas de las personas a las que se iba a entrevistar, etc. Pero, en este primer acercamiento tuvimos algunas dificultades, ya que el presidente municipal (quien es el único que puede facilitar los documentos) no se encontraba en su puesto de trabajo, nadie sabía dónde se podía localizar la información, a quién se pudiera entrevistar, en fin, nadie sabía nada, por lo que únicamente pudimos explorar el terreno.

Ya en un segundo viaje fue cuando conocimos a la profesora más popular del lugar, quien nos llevó a conocer a las personas más ancianas del municipio, así fue como conocimos a Don Melquiades, a doña Guaña -nuestra primera partera entrevistada-, a don Bernardo. Ellos de la manera más atenta nos narraron la historia del lugar, nos cantaron, bailaron, y platicaron de sus costumbres y creencias.⁴² Asimismo, conocimos a Doña Otilia -la segunda partera-, quien sin ningún prejuicio permitió que le hicieramos cuanta pregunta deseáramos.

Por otro lado, también fuimos (tres veces) a Ometepec y a Chilpancingo, en donde visitamos las oficinas del INI, los Centros de Salud, la Secretaría de la Mujer -de Chilpancingo, la cual es relevante, ya que es la primera que existe a nivel nacional-, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. En Ometepec, fue relevante para nosotros la visita hecha al cronista de la Ciudad, el señor Vicente Ramírez Sandoval, ya que muchas de las prácticas y creencias de las parteras nos fueron narradas por él. En estos últimos lugares pudimos hacer nuestras primeras entrevistas y nuestras primeras recopilaciones de material normativo-jurídico, estadístico y técnico-administrativo.

⁴² Fue entonces cuando pudimos reafirmar el "carácter osco" de los cuajinicuilapeños -del que en su Cujila nos hablara Aguirre Beltrán (1989)-, ya que a los desconocidos no les proporcionan información de ninguna índole pero, si van acompañados de algún lugareño, o más aun, si son ya conocidos, hacen todo lo posible por que la gente se sienta bien, que tenga la confianza de preguntar, de ver, de tocar.

Posteriormente, hicimos algunos otros viajes para continuar entrevistando algunas parteras de otros lugares (San Nicolás, Punta Maldonado, El Indio, Barajillas, Montecillos, etc.), quienes nos facilitaron sin ningún problema la información solicitada.⁴³

Igualmente pudimos interrogar a mujeres que fueron o son atendidas por parteras; a algunos de los maridos de éstas y de aquéllas (pocos y no muy accesibles); a los médicos y enfermeras que se relacionan con ellas -ya sea por los cursos que ofrecen, porque las conocen de vista, porque tienen alguna lazo de parentesco, etc.-; al cura de la cabecera municipal; a algunos investigadores -antropólogos y médicos- que estudian el lugar; a muchachos y muchachas jóvenes que no desean, ni piensan ser atendidos por parteras.⁴⁴

Fase 2

Actividades académicas o de archivo: las cuales fueron simultáneas o alternas, conformándose con ello el marco teórico dentro del cual se consultó y analizó la bibliografía general y especializada, documentos hemerográficos y documentos oficiales.

Las bibliotecas que fueron consultadas en la Ciudad de México son: La Biblioteca Central, la Biblioteca de la Facultad de Filosofía y Letras, la Biblioteca de la Facultad de Medicina; todas ellas en la UNAM; la Biblioteca de El Colegio de México, en la cual fueron consultados en especial las bases de datos "Popline", "Social Files", asimismo dentro de dicha institución fue de vital importancia para la investigación el material localizado en el Centro de Documentación del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM); las Bibliotecas del Hospital de Perinatología, del Hospital de Pediatría, del Hospital Centro Médico Siglo XXI, del Hospital General y las de la Secretaría de Salubridad.

⁴³ Cabe mencionar que el lector puede revisar el cuestionario que fue aplicado a las parteras en la última parte de este trabajo. Los cuestionarios que se hicieron a médicos, pacientes, jóvenes, cura, etc., no vienen concentrados en la tesis, por que su formato no fue único; de hecho las entrevistas fueron diferentes para cada persona, ya que el tiempo, la disponibilidad y los temas que se trataron variaron.

⁴⁴ Esta información puede verse concentrada en los cuadros que viene al final de la tesis, al igual el análisis de algunas de éstas se encuentra en los capítulos II, III y IV.

En Chilpancingo fueron consultados los archivos de la Secretaría de Salubridad, del IMSS, del ISSSTE, del Instituto Nacional Indigenista y de la Secretaría de la Mujer.

En Ometepec -Guerrero- revisamos las bibliotecas y archivos del Instituto Nacional Indigenista, de la Secretaría de Salud, los del Palacio Municipal (los cuales en su generalidad conservan documentos históricos y políticos), los del IMSS.

En Cuajinicuilapa examinamos el material encontrado en: la biblioteca del municipio -la única-, el Centro de Salud, la Iglesia y el Palacio Municipal.

Cuajinicuilapa, producto del sincretismo cultural*

"...Así se fue quedando de costumbre, de costumbre entre el negro y el blanco, entre el blanco y el negro, que de ahí renació casi esta música que ahora está, los violines, el cajón pa' tamborear, los jueguitos, las dancitas, pero parte de que ellos hicieron de las cosas que trajeron de sus lierras, aparte que había otras cosas regionales acá, costumbres de los blancos, y ya quedó entremezclado lo del blanco con lo del negro. "

Y de la conjura que hicieron ellos allá que había de estar el blanco en pelea que casi así estamos ahora.

Un gobernante negro no pasa a un puesto por su color.

Ahora así como estamos ahora. ¿Pasa un negro a agarrar un puesto de gobernatura?

Puestectitos minore' abajo todo su color. Entonce' en eso quedó conjura... "

2.1 La situación geográfica y socioeconómica

El nombre de Cuajinicuilapa está formado por tres vocablos de raíz náhuatl, *Cuauhxonecuilli-atl-pan*, el primero significa Cuajinicuil, nombre de un árbol cuya fruta es comestible, la cual crece a la orilla de los ríos; el vocablo *atl* significa agua; y *pan* significa en. De manera que la derivación al castellano de *Cuauhxonecuilapan* sería "Río de los Cuajinicuiles".¹

* Considerando que el tema principal de esta investigación no es el estudio de la historia cuajinicuileña, este capítulo ha sido preparado para dar al lector una semblanza de dicho municipio. De tal manera, se han obviado algunas épocas históricas que no vienen al caso estudiar, aunque sí se intenta dar a conocer algunos aspectos característicos de dicha sociedad, los cuales nos serán de suma utilidad en los capítulos siguientes.

¹ Cfr. Luna Mayani, Raúl (1976); Velasco Ocampo, Guadalupe (1989); entre otros.

Esta región se encuentra al sur de la República Mexicana, en el territorio mejor conocido como Costa Chica del Estado de Guerrero. Es una faja costanera que mide alrededor de 30 ó 40 kilómetros de ancho que abarca aproximadamente de Acapulco a Río Verde, Oaxaca. Limita al este con Oaxaca, al oeste con la municipalidad de Azoyú y al sureste con el Océano Pacífico. El municipio y el pueblo tienen una superficie aproximada de 918 km² y 5 512 mts respectivamente.² La población era de 29 547 habitantes para 1980;³ en el censo de 1990 se reporta 24 369 habitantes, 12 272 hombres y 12 261 mujeres.⁴

Cuajinicuilapa está situado a 110° 32' latitud oeste, con una altura de 30 mts sobre el nivel del mar. De acuerdo con la clasificación CW Threthawaite, el clima de la zona es de tipo cálido con primaveras e inviernos secos sin estación invernal bien definida, la temperatura media anual alcanza 29°C, la temperatura máxima es de 32°C y la mínima es de 16 y 22°C. La precipitación media anual asciende a 1 991 m³, registrándose variaciones anuales entre 1 050 y 1 750 m³, el 90% ocurre de Junio a Diciembre.⁵

Esta localidad se ubica en una zona denominada sabana; sobre terrenos planos o ligeramente inclinados con extensas llanuras. Su elevación sobre el nivel del mar no es uniforme, existen planos escalonados de oriente a occidente que dan origen a curvas altimétricas de 30, 20, 10 y 5 metros, las que dividen la superficie en altos y bajos. Los

² Esta información coincide en tres autores que han escrito sobre el municipio: Añorve, Francisco (1974); Aguirre Beltrán (1989), Manzano, Ma. de los Ángeles (1991). Cabe mencionar que en el estudio realizado por Velasco, Guadalupe y otros, se asigna a este municipio una extensión de 857.1 km² con el 9.9% de la superficie.

³ Consulté para mayor información Archivo de SARH, Cuajinicuilapa, Guerrero, 1980.

⁴ Véase INEGI, Anuario estadístico del Estado de Guerrero, 1994.

⁵ Archivos de la SARH, op. cit., 1980.

altos tienen una elevación de 30 a 20 metros sobre el nivel del mar y los bajos de 10 a 5 metros de altura.⁶

La arteria fluvial de la región está constituida por el río grande de Santa Catarina y sus afluentes. La cuenca exterior de dicho río separa a Cuajinicuilapa hacia el noreste del municipio de Ometepec, y hacia el noroeste del de Azoyú. Cabe mencionar que los arroyos, que forman "El Chorro", del que nos hablara Aguirre Beltrán en su Cuijla, actualmente ya están casi secos, por lo que algunos ritos matrimoniales o ciertas costumbres referentes al nacimiento también han ido desapareciendo.

El municipio cuenta con 12 ejidos, 5 colonias agrícolas y 10 congregaciones. Los ejidos son: Cuajinicuilapa, Cenizas, Cerro del Indio, Cerro de las Tablas, Comaltepec, Maldonado, Montecillos, El Quizá, Rancho Santiago, El Terreno, Tierra Colorada, San Nicolás. Las colonias agrícolas son: Miguel Alemán, San José, El Cuije, El Tamale, Tierra Colorada o La Guadalupe. Las congregaciones son: Cerro Bofo, Los Hoyos, La Gloria Escondida, Las Petacas, Calzada, Buenos Aires, El Pitayo, Tejas Crudas, El Jícaro y Barajillas (Manzano, Ma. de los Ángeles, 1991).⁷

Actualmente el sector agropecuario ha servido para subvencionar el desarrollo del turismo, a través de la fuerza del trabajo que ha sido expulsada del campo a las ciudades y también proporcionando productos para el consumo.⁸ El desarrollo económico de la agricultura ha tenido un desarrollo tecnológico muy incipiente y sólo en las grandes extensiones de riego es donde la tecnología se utiliza con fines de mayor

⁶ Aguirre Beltrán, Gonzalo, Cuijla, esbozo etnográfico de un pueblo negro, 1989. Este estudio fue el primero sobre el municipio, por lo que las investigaciones que le preceden están basadas (por lo menos inicialmente) en los datos recabados por este autor.

⁷ Según datos del INEGI, *op. cit.*, 1994, dicho municipio cobija a 91 pequeñas comunidades.

⁸ Gobierno del Estado de Guerrero/CONAPO, Subsistema de Ciudades, 1988, p.p. 84-87. Véase también COPLAMAR, Geografía de la marginación, 1982.

productividad y lucro. El tipo de agricultura predominante sigue siendo el de subsistencia, los principales cultivos son el maíz, el ajonjolí y algunas frutas como la jamaica, la sandía o el melón. El *tlacolol* sigue vigente sobre todo en terrenos de mucha pendiente.⁹

Predominan los ejidos y las comunidades agrarias, en donde se trabaja individualmente y en extensiones no mayores a las cinco hectáreas. Aunque, ante la falta de capital el trabajo familiar es muy importante.¹⁰

Con una agricultura de temporal y de bajo desarrollo técnico, una producción agrícola muy pobre y muy poco diversificada, una gran extensión de tierras secas y pedregosas, la industria no encontró localmente las condiciones de su despegue, no obstante, destaca la producción de algunas artesanías y la elaboración de machetes.

La ganadería se caracteriza por tener una producción extensiva, las prácticas para el manejo del ganado siguen siendo tradicionales. Si bien la ganadería no es representativa a nivel nacional y no se exporta, dentro del municipio juega un papel importante, destacándose el ganado porcino y el caprino.

Con respecto a la pesca, a pesar de que esta es una región rica en recursos naturales, éstos no se han explotado lo suficiente, ya que los estudios profundos y la infraestructura existente es escasa.

⁹ El atraso de las fuerzas productivas encuentra su correspondencia en el núcleo familiar como regulador del proceso productivo y, ante la falta de capitalización, se implementan formas de producción, basadas en el uso de la fuerza de trabajo familiar. Un proceso muy extendido en Guerrero, sobre todo en las partes de fuerte pendiente, es el llamado *tlacolol*, que consiste en la apertura de nuevas áreas de cultivo, utilizando para ello sólo machete y barreta para siembra, la semilla mejorada es prácticamente inexistente y la fertilización cubre muy pequeñas superficies; como es de suponer los rendimientos agrícolas son muy reducidos y gran parte de su producción se destina al autoconsumo.

¹⁰ Los lazos familiares constituyen el centro de la división social del trabajo, situación que pone en determinadas condiciones a la producción frente a la competencia de los productos industrializados (Velasco Ocampo, Guadalupe *et al.*, Diagnóstico socioeconómico contemporáneo de Guerrero, 1989).

Por otro lado, la capacitación de trabajadores no se ha llevado a cabo de manera adecuada e intensiva en ninguno de los rubros antes mencionados lo que, aunado a la falta de capital e interés por parte de las políticas nacionales y estatales, ha dado como resultado que el municipio continúe en el mismo atraso económico y social en el que se encontraba desde hace varios años (Velasco Ocampo, Guadalupe, 1989).

2.2 Acercamiento histórico

La enorme diversidad de culturas que desde épocas prehispánicas han convergido en lo que hoy se conoce como Costa Chica del Estado de Guerrero, han sido uno de las causas que han hecho que ésta sea una zona compleja y de difícil estudio.

La costa del mar fue conquistada por el español Juan Rodríguez de Villafuerte, "según las relaciones geográficas, fue don Pedro de Alvarado quien en 1522 fundó en el corazón de la provincia de Ayacaxtla la primera villa de españoles. La trazó sobre el pueblo de Acatlán y le puso por nombre San Luis".¹¹

Igualapa fue la cabecera de la provincia y siguió siéndolo durante toda la dominación española y, hasta la época independiente, fue cuando perdió su condición de pueblo cabeza al alcanzar Ometepec mayor prestigio. Cuajinicuilapa se encontraba, por ese tiempo, establecido en terrenos que pertenecieron a Quahuatlán.

Pasada la conquista española, en este territorio se inició el reparto de las encomiendas para aquellos españoles que tomaron parte activa en las batallas y que se hicieron acreedores a recibir en recompensa tierras e indígenas para dedicarlos al trabajo.

¹¹ González Dávila, Amado, Geografía del Estado de Guerrero y síntesis histórica, 1959, p.p. 12-22.

Nueve años después de la toma de Tenochtitlán, se insurreccionaron los indios yopimes (1531), lo que inició el despoblamiento de San Luis Acatlán:

"sacaban mucho oro de un río que está junto al pueblo. Para 1582 sólo quedaban en la antigua villa tres españoles. La despoblación de San Luis, sin embargo ni implicó abandono del territorio por sus ardidos conquistadores. A cada uno de ellos, y a sus herederos se les había hecho la gracia de una o varias encomiendas como recompensa por los grandes servicios prestados a la Corona Española".¹²

Hasta la fecha no se sabe a qué español encomendaron la región plana y baja de Cuajinicuilapa; sólo se sabe que a mediados del siglo XVI, fecha en que se redactaron algunas sumas de visitas de pueblos tributarios:

"[...] los pueblos cercanos de Nexpan y Tlacuilula los disfrutaba Gutierre de Badajoz; Ometepec y Xochistlahuaca, Francisco de Herrera; Igualapa, Bernardino del Castillo; Quatepec, Gaspar Dávila; Tlacamama, Francisco de Santa Cruz; y Xicayán, Joan Tovar".¹³

Todos estos encomenderos cobraban para su propio beneficio tributo a los indios, a cambio ello -los españoles- "defendían su hacienda y los conducían por la florida senda del cristianismo", pero los abusos de los encomenderos provocaron, en sólo cincuenta años de "protección", la muerte de casi todos los indios bajo su custodia:

"[...] si hemos de dar crédito a las declaraciones de los indígenas que sobrevivieron a la catástrofe, logró salvarse menos de 1% de la población que habitaba la región antes de la conquista española".¹⁴

¹² Illades, Carlos (Comp.), Guerrero. Textos de su historia, 1989, p. 35.

¹³ Ibidem; véase también A. Beltrán, Gonzalo, op. cit., 1989, p. 35.

¹⁴ Aguirre Beltrán, Gonzalo, op. cit., 1989, p. 36.

Fue entonces cuando los pobladores introdujeron a su servicio un número crecido de esclavos negros que, con el tiempo, llegaron a formar algunas poblaciones en la costa.

Es así como negros hubo en México desde el momento de la conquista. Su número creció cuando el imperialismo español estructuró la explotación de la colonia a base de una sociedad dividida en castas, pero decreció con el advenimiento del híbrido libre que hizo incosteable la mano de obra esclava y la desapareció con el correr de la etapa Independiente. Aun los grupos que hoy pudieran ser considerados como negros, aquéllos que en virtud de su aislamiento y conservatismo lograron retener características somáticas predominantemente negroides y rasgos culturales africanos no son, en realidad, sino mestizos; productos de la mezcla biológica y la dinámica de la aculturación.

Los negros fueron en México un grupo minoritario, representaron del 0.1 al 2.0% de su población colonial: el número de los introducidos por la Trata no fue mayor a 250 000 individuos en el curso de tres siglos (Aguirre, Beltrán, G., 1989). Pero, los españoles tampoco fueron cuantiosos y, ciertamente, se establecieron en la Nueva España en un número menor que los negros. En cambio, el resultado de la mezcla de negros, españoles e indios sí fue numeroso:

"al finalizar la dominación extranjera en México representaban el 40% de la población, de dicha proporción el 10% era considerado como francamente fromestizo".¹⁵

La procedencia de la población negra en su mayoría provino del África y fue adquirida en el mercado esclavista de la capital del Virreinato, la ciudad de México, lugar donde se expedían las arribazones de esclavos que llegaban a Veracruz. También

¹⁵ Aguirre Beltrán, Gonzalo, *op. cit.*, 1989, p. 8.

debieron ser introducidos a Cuajinicuilapa negros esclavos adquiridos en Acapulco, puerto que entre los siglos XVI y XVII vio llegar barcos negreros que violaban los acuerdos de los asientos celebrados en las diversas compañías encargadas de introducir esclavos que requerían como única vía de entrada el puerto de Veracruz. Por Acapulco, además de los esclavos africanos, llegaron también negroides de Indonesia y Melanesia y algunos otros cautos de oriente. La presencia de estos individuos en Cuajinicuilapa queda comprobada por la lectura del Censo de Revillagigedo que anota la existencia de *chinos* en San Nicolás y lugares cercanos (Aguirre Beltrán, 1989).

Los primeros contactos culturales entre negros, indígenas y españoles se realizaron a través de los negros islamizados del área cultural del Sudán occidental; posteriormente llegó una gran cantidad de negros -de habla bantú- provenientes del área cultural del Congo; finalmente, al iniciar el último siglo de la Colonia sobrevino el contacto con unos cuantos grupos negros extraídos del área cultural del Golfo de Guinea.

En la resultante de estos contactos intervino como factor de gran importancia la distribución de los negros en México. El esclavo negro durante la Colonia, además de estar destinado al trabajo en los trapiches y haciendas de tierra caliente, también fue requerido para realizar otras labores en las costas mexicanas, tierra adentro (en el altiplano y en las altas sierras -donde había explotaciones mineras-), y en los obrajes de las grandes ciudades. Por tanto, puede decirse que la influencia del negro, tanto en lo biológico como en lo cultural, no quedó limitada a las estrechas fajas costaneras sino que se ejerció sobre los centros vitales del amplio territorio mexicano.

La presencia del esclavo negro, en convivencia con la gran masa india, obligó al funcionario colonial a estructurar una sociedad dividida en castas. Se dictaron pues todas aquellas leyes y disposiciones que le facultaran mantener una situación de hegemonía sobre los grupos mayoritarios de población. Además, trató de conservar a su

propio grupo, es decir, que éste no se relacionara con las castas de rango más bajo; por tal motivo creyó que para guardar la pureza de su sangre era necesario prohibir el matrimonio con negros y crear el clima propicio para evitar el matrimonio entre españoles e indios; y todo esto sólo para mantener su cultura prístina. Pero, dada la escasa migración de mujeres españolas y el frecuente contacto cultural con indios y negros, el mestizaje español-india/negra fue inevitable.

Tampoco el negro, considerado infame por su sangre y por su condición de esclavo, quedó enclaustrado dentro de su casta, él también se mezcló con las indias como medio indirecto para salir, a través de los hijos, del estatus en que vivía, así la acción del negro se realizó por conducto del mulato o del afromestizo libre.

Ciertamente, en Cuajinicuilapa el negro no pudo reconstruir las viejas culturas africanas de las que procedía. Su posición de esclavo, sujeto a la compulsión de los amos esclavistas cristianos, le impidió hacerlo; y aun en aquellos casos en que la rebelión lo llevó a la condición de negro cimarrón (viviendo aislado con absoluta libertad en los palenques) el contacto que mantuvo con el indígena y con el mestizo aculturado le impidió llevar a cabo esa reedificación. A diferencia del indígena, que reinterpretando sus viejos patrones aborígenes dentro de los moldes de la cultura occidental logró reconstruir una nueva cultura indígena, el negro llegado a estas tierras sólo pudo, en los casos en que alcanzó un mayor aislamiento, conservar algunos de los rasgos culturales africanos y un porcentaje de características somáticas negroides (más elevado que el de los esclavos negros que permanecieron en contacto con sus amos) pero, en ningún caso el negro cimarrón persistió como negro puro, ni biológica ni culturalmente.

Los núcleos afromestizos que en Cuajinicuilapa existen derivan principalmente de los cimarrones que reaccionaron contra la esclavitud y se mantuvieron en libertad

gracias a la creación de un *ethos* violento y agresivo.¹⁶ De esta forma se puede comprobar y aun descubrir qué rasgos, complejos y configuraciones culturales, no reconocidos a la fecha o tenidos por indígenas o españoles, son en realidad de procedencia africana. Así, es posible identificar como africana el tipo de casa-habitación llamada *redondo*, que tomaron en préstamo los grupos indígenas -amuzgo, tlapaneco, mixteca y trique- y entre quienes perdurará seguramente cuando haya desaparecido en los establecimientos negros que hoy experimentan un rápido proceso de cambio.¹⁷

De esta manera, lo que después sería la hacienda de Cuajinicuilapa, que primeramente había devorado a los indios y posteriormente se hallaba ocupada por negros y mulatos -que eran descendientes de esclavos, criados y vaqueros, a los que se habían agregado, por un lado, negros cimarrones huidos de los lugares cercanos, y por otro, algunos individuos no negros que buscaron refugio de la persecución judicial-, vio con verdadero beneplácito cómo se ensanchaban las pequeñas cuadrillas de negros, las cuales tomaban (en lo que ahora son Cuajinicuilapa, San Nicolás y Maldonado) características de verdaderos pueblos, que posteriormente verían la posibilidad de poseer tierras y de luchar por éstas durante los años que duró la Revolución Mexicana.

Finalmente, cabe destacar que los esclavos negros traídos a estas tierras no sólo contribuyeron con su fuerza de trabajo, sino que, gracias a su diversidad étnica, también colaboraron con sus concepciones del universo, tradiciones y costumbres, filosofía,

¹⁶ Los remanentes de la población negra que durante la Colonia fue traída a México se encuentran hoy día localizados en las costas de los océanos que rodean a nuestro país. Para mayor información, véase Aguirre Beltrán en sus diferentes estudios sobre las raíces africanas en México.

¹⁷ El trabajo de campo realizado ha permitido observar que en Cuajinicuilapa los llamados *redonditos* ya han desaparecido, mientras que en poblaciones como Punta Maldonado, San Nicolás, o en lugares donde habitan los indios amuzgos-tlapanecos, los *redonditos* han sido preservados como lugares habitacionales. De hecho, para algunos habitantes de la región éstos seguirán siendo construidos, sobre todo, por las comunidades indígenas. Con ello, puede pensarse que algunos rasgos culturales de origen africano han sido retomados por otras culturas aledañas a tal grado que las han hecho completamente suyas (Entrevistas a Don Melquiades Rodríguez, Cuajinicuilapa, 1995, y al Ing. René Rodríguez Gallegos, Director del Instituto Nacional Indigenista, Ometepec, 1995).

música, danza, arte, propiciando con ello que el aporte del continente negro a la conformación y al desarrollo de la cultura afro-mestiza mexicana no cayera en el olvido.¹⁸

2.3 Composición étnica

Nadie podría afirmar o negar que alguna vez la población de Cuajinicuilapa fue totalmente negra. Todo, sin embargo, parece indicar que desde un principio el negro se mezcló con el quahuiteca dando origen a una población mestiza. Es indudable también que en la hibridación el factor negro fue preponderante; por tal motivo el afro-mestizo cuajinicuileño es, en la actualidad, predominantemente negro.

Este híbrido, a pesar de sus cuatrocientos años de aislamiento y entrecruzamiento, no originó la creación de un tipo uniforme y característico; por el contrario, todas las gamas posibles entre el negro y el indio, y excepcionalmente el blanco, son más o menos fáciles de observar.

Desde luego existen unos cuantos individuos preponderantemente blancos (euro-mestizos), en los cuales es difícil apreciar, a simple vista, características negroides. Estos individuos son, por cierto, una minoría y muchos de ellos no son originarios de Cuaji,¹⁹ sino que han llegado del cercano Ometepe, centro de difusión de la cultura urbana y

¹⁸ En cuanto a la música y la danza, en Cuajinicuilapa, y para precisar aún más, en San Nicolás (población que se localiza dentro del municipio de Cuajinicuilapa), se conserva el baile de la *artesa* el cual, como sus practicantes lo dicen, "viene de África". Las concepciones del universo y la filosofía de origen africano se puede apreciar en los cuentos que se han transmitido de generación en generación por vía oral, claro ejemplo de ello es "La conjura de los negros", en el cual se narra la llegada de los africanos a Cuajinicuilapa.

Mientras que, el culto a San Nicolás (imagen mulata que es muy venerada en este municipio) nos permite ver reunidos una serie de elementos sincréticos en la fiesta que en torno a él se dan durante el mes de Febrero, por ejemplo: en las danzas (de origen africano) se cantan plegarias cristianas, la comida que se prepara para dicha celebración -según dicen los feligreses- es de origen tlapaneca, etc.

¹⁹ Diminutivo que utilizaremos de aquí en adelante al referirnos a Cuajinicuilapa.

de amalgamación racial donde se funden europeos, indígenas y negros. Por lo tanto, podemos asegurar que los blancos son hoy individuos de mezcla. Difícilmente alguno de ellos podría afirmar que no lleva en las venas sangre negra.

Los blancos son, generalmente, los dueños de las únicas tiendas de Cuaji y ejercen, como en antaño, actividades de intermediación, esto es, compran al negro productos que después serán revendidos por ellos mismos.

Finalmente, los prietos constituyen, cuando menos, el 90% de la población de Cuaji y, biológicamente hablando, no son propiamente negros, sino individuos de mezcla preponderantemente negra o afroestiza, que ya desde la época colonial fue catalogada de mulata parda o simplemente parda. Híbridos en verdad eran y son los negros de Cuaji, y pardos en cuanto son el producto de la mezcla del negro con el indio pero, esta mezcla no se limitó a lo biológico, sino que abarcó también lo cultural.

2.4 Sociedad

El negro cuajinicuileño no forma una comunidad a la manera en que están integradas las comunidades indígenas. Cuaji no manifiesta ese profundo sentido de pertenencia que caracteriza a los grupos étnicos fuertemente integrados por lazos tradicionales consanguíneos. Por el contrario, sabe y afirma constantemente su convicción de formar parte de la amplia comunidad nacional.

La sociedad local está constituida por la agrupación de individuos, residentes de un territorio común, que se hallan ligados por la convivencia y la participación en ideales e intereses similares; pero que no se consideran descendientes de un mismo ancestro lejano.

Allí, sigue siendo la familia extensa²⁰ la unidad social más importante (como lo es en el África de hoy y como lo fue en los años y centurias de la trata negrera -Aguirre Beltrán, G., 1989-).

Las familias cuajinicuilapeñas están compuestas por un hombre, su mujer e hijos; deben mencionarse también como miembros de éstas a la mujer y a los hijos de los hijos varones y, eventualmente, algunos otros miembros de la parentela paterna. Estas familias tienen como base material una casa, en la que vive la familia simple o nuclear constituida por el padre, la madre y los hijos menores.²¹

La residencia es patrilocal y las esposas principales²² en más de un 50% de los casos proceden de comunidades cercanas a Cuaji. Los parientes de la madre, por consiguiente, no viven en el compuesto de la familia extensa y, por tanto, las ligas afectivas y los contactos con ellos son eventuales. La línea de ascendencia y descendencia es pues, unilineal y sólo se cuenta como trascendente el parentesco por el lado paterno. El hermano mayor tiene una posición relevante respecto a los demás, tanto hombres como mujeres. Tácitamente el hermano mayor es el único heredero, el encargado de llevar a cabo la voluntad postrera del difunto padre y quien se encarga de

²⁰ Cuando una familia está formada por los padres, los hijos y otros parientes, como por ejemplo los abuelos, decimos que es una familia de tipo extenso, denominado así porque las relaciones vividas diariamente representan extensiones con respecto a la modalidad anterior. También los hogares extensos pueden formarse por la familia de origen y las familias de los hijos que se unieron o se casaron, que no dejaron la casa paterna y que ahí siguen viviendo por un tiempo o por toda la vida, formando un grupo amplio de personas que organizan su cotidianidad en un espacio compartido (Salles, Vanía, Familias y hogares en México, 1996).

²¹ Aguirre Beltrán en su estudio sobre el municipio en cuestión menciona que la familia extensa vive en los *redondos*, lugares en donde vivían los hijos casados con los padres. Como ya se aclaró anteriormente este tipo de casa ya ha desaparecido en Cuaji, por lo que la manera de concebir a la familia extensa también ha ido cambiando. Los hijos se han ido a vivir a otros lugares; las hijas siguen a sus maridos a otras ciudades; algunos otros por la situación económica han tenido que emigrar a Estados Unidos, etc., pero aún así, los lazos familiares siguen siendo muy fuertes.

²² Se habla de esposas principales, porque en este municipio existe el *queridato*, esto es, la otra señora del jefe de familia, la cual, aunque pocas de las veces es sostenida económicamente por "su señor", no vive en el mismo lugar que la esposa principal, sino en una casa aparte.

la jefatura vacante de la familia extensa. Es de libre volición dar parte de los bienes heredados a los distintos miembros de las familias, ya que éstos no tiene derecho alguno a reclamar; y mucho menos las mujeres.

Cuajinicuilapa es una comunidad afroestiza que, debido a su composición étnica y regional, vive de manera diferente a algunas otras comunidades de nuestro país. Este municipio, a pesar de estar "modernizándose" día a día, aún está regido por el patriarcalismo, es decir, sus mujeres viven bajo el mando de su varón y/o varones. Y es, precisamente, este hecho el que ha propiciado que más de un alto porcentaje de las mujeres embarazadas sean atendidas por las parteras.

Capítulo 3

Parteras

*"A mí me emocionan cierto
tipo de partos; el día que
pierda las emociones sería
una de las causas por las
dejaría la profesión..."*

3.1 Medicina tradicional

"La aceptación de la medicina científica pudiera hacer pensar en el abandono concomitante de las viejas prácticas curativas, propias de la medicina tradicional; sin embargo, no sucede así: junto a las prácticas y conceptos racionales, persisten las prácticas y conceptos míticos sin que al parecer haya conflicto entre unos y otros, sino más bien un acoplamiento rápida y fácilmente conseguido que ha hecho funcionar con suavidad psicológica este entreveramiento de prácticas y conceptos".¹

Existe en México una amplia gama de prácticas médicas y, por lo tanto, muy variadas relaciones entre pacientes y recursos médicos; más que una dicotomía entre medicina tradicional y medicina moderna, se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la privada, a través de sus diferentes agentes: médicos, cirujanos, homeópatas, hierberos, parteras, etc.

¹ Aguirre Beltrán, Gonzalo, *op. cit.*, 1989, p. 190.

Oficialmente subsisten tres principales dependencias encargadas de atender los problemas de salud, ya sea a nivel estatal y paraestatal, éstos son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social a los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (Barrientos, Hiram, 1990). El hecho de que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Servicios Coordinados de Salud Estatales, la medicina privada, la medicina tradicional y la medicina doméstica intervengan separada o conjuntamente, da lugar a un complejo escenario donde se perfila claramente un sistema mixto de atención a la salud.

A partir de esta situación, cabe determinar las razones de la incursión del enfermo a una u otra práctica médica. Al respecto, deben tomarse en cuenta los factores económicos, sociales y culturales que influyen en dicha elección, así como saber quién (en el seno familiar) es el remitente y quién formula el primer diagnóstico y la primera acción terapéutica. La práctica demuestra también que los usuarios suelen demandar servicios en más de un ámbito, coordinando o complementando los recursos.

La significación de la medicina tradicional se orienta al alcance que tiene tanto cualitativa como cuantitativamente. Cabe señalar que en regiones muy alejadas de los centros urbanos, muchas veces es la única opción con que cuenta la población para enfrentarse al binomio salud-enfermedad. Cualitativamente su importancia radica en el hecho de que sus conceptos, recursos y prácticas se sitúan dentro del mismo código de adscripción colectiva, ya que su contexto cultural no está desarticulado de la del demandante (Castañeda Camey, Xóchitl, 1992).

No existe una enseñanza formal de la práctica de esta medicina tradicional, es decir, para aprenderla no es necesario ir a la escuela: "todo es cuestión de tiempo y de experiencia; sin embargo, en raras ocasiones, una verdadera revelación se halla presente" (Entrevistas, Cuajinicuilapa, 1995-1996).

Las diversas investigaciones realizadas en las comunidades rurales de México han confirmado la sobrevivencia de creencias tradicionales relacionadas con la salud y la reproducción, así como su coexistencia con concepciones y servicios de salud modernos.²

En este capítulo deseamos enfatizar que los estudios en salud pública no pueden ignorar estas formas alternativas de interpretar el mundo, pues de ellas se derivan formas concretas de identidad que, desde el punto de vista de amplios sectores de la población, se relacionan con su propia salud. Es decir, independientemente de su validez científica, estas concepciones se encuentran en el origen de muchas reacciones colectivas de angustia, estrés y ansiedad, y de consecuentes acciones prácticas que los individuos realizan con el fin de disminuir el grado de incertidumbre y precariedad que experimentan. Se trata pues, de reacciones y acciones estrechamente relacionadas con la salud de la población, las cuales deben ser exploradas con mayor profundidad.

Como se sabe, el peso de las concepciones tradicionales en torno a la salud y la reproducción humana continúa siendo muy significativo en nuestro país. Es frecuente, desde la perspectiva de la medicina moderna, considerar este tipo de creencias como un conjunto de conceptos irracionales sin fundamento. Sin embargo, a tales concepciones les asiste una lógica rigurosa y un marco conceptual consistente, dentro de los cuales un eclipse de sol o el nacimiento de niños con labio leporino pueden ordenarse en términos de causa-efecto sin contradicción. No es que estos paradigmas hayan probado, en términos científicos, la vinculación entre estos dos fenómenos, por el contrario, auéllos han demostrado que, aun prescindiendo de la prueba científica tal como se la conoce desde una perspectiva académica, es posible explicar el mundo en términos coherentes y actuar y sufrir en consecuencia.

² Existe una amplia literatura sobre el tema: Ma. del Carmen Anzures y Bolaños, Gonzalo Aguirre Beltrán, Xavier Lozoya, Ma. Eugenia Módena, Carlos Zolla, entre otros.

Esto no significa que dicha lógica está presente conscientemente en la mente de quienes tienen estas creencias, sino que no es necesario conocer las interpretaciones científicas de lo que se cree para poder creer. No obstante, hay una lógica subyacente que las estructura.

Los actores sociales, como tales "interpretan" conscientemente su realidad, esto es, buscan atribuir sentido a sus circunstancias y a sus actos. No puede pensárseles como entes sobre quienes las creencias se imponen absolutamente. La complejidad del fenómeno que nos ocupa estriba en que la fuerza lógica de las creencias coexiste con la capacidad de los individuos para evaluarla y para decidir el grado y la forma en que se adscriben a ellas.³

Mediante el estudio de estas concepciones es posible comprender el *dictum* de Lévi-Strauss en el sentido de que la lógica de los mitos y la de la ciencia contemporánea son semejantes y que, por tanto, "el hombre ha pensado igualmente bien".⁴ Así pues, la investigación en el campo de las concepciones en torno a la salud debe contemplar que la superioridad de la ciencia sobre otras formas de pensamiento no necesariamente radica en la lógica que ésta utiliza. A partir de estas distinciones, la salud pública contemporánea se encontraría en mejores condiciones para dialogar con esas formas alternativas de pensamiento que sobreviven, evidentemente, gracias a su fuerza intrínseca: su propia lógica.

³ Para más referencias véase Castro, Roberto, "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México", 1995.

⁴ Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*, 1987, p. 21.

3.2 Mujer y parto

Los estudios sobre parteras en las últimas dos décadas han tomado dos direcciones:

- 1) la perspectiva antropológica, dentro de ella se enfatiza el estudio del análisis de las prácticas y de los rituales que se relacionan con el embarazo, parto, y cuidado postnatal;
- 2) el segundo enfoque ha sido estudiado por los demógrafos y los sociólogos interesados en la evaluación del rol de las parteras como agentes de planificación familiar.

Este capítulo está dedicado al estudio del primer punto de vista, mientras que el siguiente capítulo abarcará el segundo enfoque. Asimismo se integran las entrevistas que fueron recopiladas durante el trabajo de campo y aplicadas a los médicos encargados de los programas para parteras, enfermeras y médicos que generalmente trabajan con ellas, así como a algunas de las mujeres cuajinicuileñas a quienes aquéllas atienden.

Al analizar el rol que las parteras cuajinicuileñas juegan dentro de su comunidad, revisamos sus características culturales y demográficas en estudios tanto antropológicos como sociológicos. También presentamos algunas particularidades de sus prácticas en la atención pre-natal y post-natal. Las peculiaridades de las mujeres rurales y el tipo de servicios de la salud a los que ellas tienen acceso también son estudiados.

El nacimiento no sólo es un proceso biológico universal, a él se ajustan también normas socioculturales. Cada sociedad lo conceptualiza de manera diferente, el tratamiento pre y post-natal es propio de las diferentes comunidades. En estas

concepciones se incluyen las creencias y prácticas relativas al alumbramiento: atención al parto, dieta, medicinas y hierbas, restricciones de comportamiento, mecanismo de apoyo psicológico-social, atención de determinados especialistas que asisten los partos, etcétera.

El examen de estas prácticas revela los cambios que se están registrando con el impacto de la medicina moderna, especialmente en lo concerniente a los programas de adiestramiento obstétrico. Desde los tiempos prehistóricos, el nacimiento de los individuos ha ocurrido gracias al esfuerzo de la madre, ya sea sola o ayudada por cualquiera de los miembros de su grupo o auxiliada por alguna persona dedicada a dicha función, llámesele a ésta *matrona, comadrona, chiripera, rinconera, partera u obstetrix*.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud define a la partera como: "la mujer que ayuda a la madre en el parto y que originalmente adquirió sus habilidades atendiendo partos por sí misma o trabajando con otras auxiliares de maternidad tradicional" (Population Reports, 1981, p. j-4.), aunque también podemos agregar que es una mujer de edad madura o avanzada con gran inclinación religiosa, casada o viuda en gran proporción, escasa escolaridad y con gran experiencia en la atención de parto, lo que provoca confianza en las parturientas de sus comunidades.

Las parteras tradicionales, como es frecuente llamarlas en los programas oficiales de México, poseen características generales relacionadas con su sexo, edad, estado civil, religión y escolaridad; aunque muchos de estos programas las consideran ignorantes, sucias, supersticiosas y reacias al cambio de los procedimientos en torno al embarazo, parto y puerperio.

Según información de la SSA, para 1994 se estima que en México existen 90 000 parteras distribuidas en las comunidades rurales, quienes se han formado a la luz de la tradición, con escasa o nula capacitación en instituciones de salud, por lo cual atienden

partos con deficientes medidas higiénicas que causan problemas de salud a la madre y al neonato. De estas 90 000 parteras, la SSA sólo a 11 254 les ha aplicado encuestas, y se han capacitado, hasta Noviembre de 1994, sólo 23 144; es decir, el 26.7% han sido entrenadas.⁵ En el caso de Cuajinicuilapa, según datos proporcionados por la Secretaría de la Mujer (Chilpancingo), para Febrero de 1996 existían 123 parteras adiestradas pero, solamente aparecen registradas 18 parteras. Entre Febrero de 1994 y Abril de 1995 se ofrecieron tres cursos de adiestramiento, en el primero se registraron 11 parteras; en el segundo 1 partera; y en el tercero cinco parteras. De Abril de 1995 a la fecha solamente aparecen registradas 7 parteras. ¿Dónde están los registros de las otras 98 parteras? ¿Cómo es que en el municipio dicha secretaría habla de 123 parteras entrenadas y sólo aparece como comprobable la capacitación de 25?

De acuerdo con la distribución por edad de las parteras, podemos señalar que a nivel nacional; más del 80% son mayores de 40 años y, en contraste, una proporción considerable (32%) es mayor de 60 años. En cuanto al nivel de alfabetismo de las parteras a nivel nacional: el 27% no sabe leer ni escribir. Y, con respecto a su estado civil, a nivel nacional, el 92% de ellas ha tenido o mantiene relación conyugal -el 62% son casadas; 20% viudas; 8% viven en unión libre y; el 3% están separadas o divorciadas; y el 8% son solteras- (SSA, 1994).

Otros aspectos relacionados con las parteras tradicionales lo constituyen su lugar de residencia en localidades (a veces) innaccesibles o aisladas; su pertenencia a grupos étnicos (con lenguas y patrones culturales *sui generis*); así como su movilidad social hacia zonas circunvecinas de las grandes ciudades.

⁵ Para mayor información consúltese SSA, Reseña Testimonial. Tomo I, 1994.

partos con deficientes medidas higiénicas que causan problemas de salud a la madre y al neonato. De estas 90 000 parteras, la SSA sólo a 11 254 les ha aplicado encuestas, y se han capacitado, hasta Noviembre de 1994, sólo 23 144; es decir, el 26.7% han sido entrenadas.⁵ En el caso de Cuajinicuilapa, según datos proporcionados por la Secretaría de la Mujer (Chilpancingo), para Febrero de 1996 existían 123 parteras adiestradas pero, solamente aparecen registradas 18 parteras. Entre Febrero de 1994 y Abril de 1995 se ofrecieron tres cursos de adiestramiento, en el primero se registraron 11 parteras; en el segundo 1 partera; y en el tercero cinco parteras. De Abril de 1995 a la fecha solamente aparecen registradas 7 parteras. ¿Dónde están los registros de las otras 98 parteras? ¿Cómo es que en el municipio dicha secretaria habla de 123 parteras entrenadas y sólo aparece como comprobable la capacitación de 25?

De acuerdo con la distribución por edad de las parteras, podemos señalar que a nivel nacional; más del 80% son mayores de 40 años y, en contraste, una proporción considerable (32%) es mayor de 60 años. En cuanto al nivel de alfabetismo de las parteras a nivel nacional: el 27% no sabe leer ni escribir. Y, con respecto a su estado civil, a nivel nacional, el 92% de ellas ha tenido o mantiene relación conyugal -el 62% son casadas; 20% viudas; 8% viven en unión libre y; el 3% están separadas o divorciadas; y el 8% son solteras- (SSA, 1994).

Otros aspectos relacionados con las parteras tradicionales lo constituyen su lugar de residencia en localidades (a veces) innaccesibles o aisladas; su pertenencia a grupos étnicos (con lenguas y patrones culturales *sui generis*); así como su movilidad social hacia zonas circunvecinas de las grandes ciudades.

⁵ Para mayor información consúltese SSA, Reseña Testimonial. Tomo I, 1994.

Así podemos distinguir dos tipos de parteras:

Partera Tradicional: aquéllas que aparecen efectivamente como portadoras de los conocimientos y prácticas tradicionales. Usualmente fungen como parteras-curanderas con gran experiencia. Su campo de acción es más amplio, ya que atiende partos normales y distócicos, enfermedades de la embarazada, la puérpera y el niño.

Partera Empírica Adiestrada: aquéllas adiestradas y vinculadas al sistema oficial.

Las ideas y las prácticas de las parteras tradicionales pueden ser consideradas como un conjunto sistemático que, sin embargo, no se manifiesta con la misma consistencia en todas las comunidades, sino que se perciben variaciones -algunas de ellas significativas-, innovaciones, pérdidas y, a medida que se modifican las condiciones de vida ante la urbanización, se detectan procesos de síntesis de lo tradicional y lo médico académico, y se ven surgir con mayor fuerza las prácticas difundidas por las instituciones de salud.

Con respecto a las actividades que desarrollan las parteras en la comunidad se encuentran: detección de enfermos menores de 5 años y adultos; participación en campañas de vacunación y dosis aplicadas; atender a mujeres que recobieron toxoide tetánico durante el embarazo; acciones de rehidratación oral y desparasitación; ofrecer servicios asistenciales (que incluyen inyecciones, curaciones y ventosas); actividades relacionadas con la promoción, es decir, entrevistas y prácticas comunitarias sobre diferentes temas (como lactancia, PF, saneamiento ambiental e higiene en general, huertos familiares, construcción de letrinas y fogones en alto).

De esta manera podemos observar dos factores de vital importancia:

- a) la incidencia de las parteras en sus comunidades;
- b) el cambio de su papel en las comunidades al ser capacitadas, ya que pasan de ser únicamente parteras (encargarse del proceso embarazo-parto-puerperio) para convertirse en promotoras de salud y planificación familiar.

3.3 Antecedentes

A lo largo de los periodos griego y romano de la historia europea y durante el periodo del gran imperio islámico de la historia de Medio Oriente, las parteras practicaban junto con los médicos graduados en las universidades sin ningún conflicto. El atender partos era asunto propio de la partera, mientras que los casos de heridas, enfermedades o urgencias en los partos eran de incumbencia del médico. En realidad, en Europa occidental hasta los alrededores del siglo XIII las mujeres practicaban en forma activa el arte de curar; las mujeres experimentadas de la aldea, las monjas, la señora feudal o las parteras de la corte atendían, pagadas o gratuitamente, todas las necesidades de salud de sus comunidades.

Sin embargo, a partir de finales del periodo medieval dos factores de la cultura europea empezaron a limitar el estatus y las oportunidades de educación de estas parteras. Primero en la medida en que la Iglesia comenzó a consolidar su poder en toda Europa, los sacerdotes y los obispos trataron de poner bajo su control todas las funciones rituales y religiosas. Las parteras se convirtieron en el objetivo especial de los esfuerzos destinados a erradicar "la antigua religión" y las supersticiones locales. Debido a que se comprendía tan poco sobre todo el proceso reproductivo y a que las parteras se apoyaban en ritos y pociones para proteger a la mujer que daba a luz, con

frecuencia se las acusaba de brujería, de magia, de hacer que las mujeres se tornaran estériles y de causar defectos al recién nacido. En Europa entre los siglos XV y XVIII fueron ejecutadas aproximadamente 30 000 personas acusadas de brujería, entre ellas muchas parteras (Riquer, Florinda, 1993).

Al mismo tiempo, en el aspecto médico y profesional, el desarrollo del sistema de agremiación que empezó en el siglo XIII y en especial el establecimiento de los gremios de barberos significó la exclusión cada vez mayor de las parteras de la capacitación y la autorización para actuar como profesionales legítimas de la salud. Sólo se permitía el uso de instrumentos a los miembros de los gremios de cirujanos, de manera que cuando hubo acceso a los forceps en el siglo XVIII, por ejemplo, no se permitió a las parteras que los emplearan ni se las entrenó en su uso. También en esa época, los hombres empezaron a ingresar al campo de la partería. Sin embargo, como no se reconoció a la obstetricia como una especialidad médica legítima hasta mediados del siglo XIX, tanto los obstetras como otros profesionales tendían a exagerar su propio papel, criticando las prácticas supuestamente peligrosas y antihigiénicas de las parteras tradicionales. Esta crítica continuaba aunque, ya en el siglo XIX, se sabía que la fiebre puerperal, causa del aumento en las tasas de mortalidad materna, era menos común en las áreas rurales atendidas por parteras de tiempo parcial que en los hospitales urbanos de maternidad, establecidos y atendidos por médicos de sexo masculino de tiempo completo (Ehrenreich y English, 1974; Donnison, Jean, 1977).

Con el desarrollo de la teoría celular, el pensamiento médico cambió radicalmente y las diferentes áreas de aplicación médica enriquecieron su estatus como ciencias. De tal forma que, la atención de los partos, la cual tenía una baja posición dentro de las ciencias médicas se convirtió en una especialidad importante: la obstetricia, por lo tanto los médicos se fueron especializando en esta práctica y la tomaron bajo control.

Con esta valoración de la obstetricia, los nacimientos se han convertido en un evento médico en el que, por su riesgosa naturaleza, se considera de vital importancia que sea certificado por un especialista que use las fuentes tecnológicas y farmacéuticas de la medicina científica moderna (Jordan, 1980; Newman, 1981; Kay, 1982). Sin embargo, en años recientes, y obedeciendo las demandas de los padres, algunos médicos han ido cambiando sus rígidas prácticas, por ejemplo: se permite la presencia del padre en el momento del parto, se estimula un largo periodo de lactancia, se han ido buscando otras posiciones para parir que ya no sea la posición supina, etc. A pesar de esto, el nacimiento aún sigue viéndose como un evento altamente tecnológico que requiere de hospitalización y de la presencia de médicos formalmente entrenados.

Aunque la medicina occidental ha permeado en la mayoría de los países tercermundistas, las culturas de dichos países han permitido que se mantenga la práctica de la medicina tradicional en combinación con el uso de las drogas e instrumentos modernos. No obstante, la concepción de la enfermedad y de la salud en estos países difiere de la que tiene la medicina occidental.

Bajo la medicina tradicional, la enfermedad es vista como el resultado de una causa singular. Más aún, es el resultado de una multiplicidad de elementos naturales y sobrenaturales, los cuales pueden llegar a ser causa de las enfermedades humanas. En los sistemas médicos tradicionales, el embarazo y el nacimiento no es considerado como una enfermedad, sino que éste es parte de un sistema de vida holístico. El nacimiento es visto como un proceso natural de la vida familiar y es celebrado como una expresión de salud y de vida que se acompaña de valores morales, de relaciones sociales, de un medio ambiente y de aspectos psíquicos (Oakley, 1977; Jordan, 1980; Cosminsky, 1982). Percibido como un proceso natural, el nacimiento toma lugar en el hogar, cuyos integrantes consideran a la partera como una especialista en la comunidad.

Los nacimientos en las áreas rurales están en manos de las mujeres que practican la medicina tradicional. Contrariamente a las culturas occidentales, las parteras en las sociedades tradicionales son valoradas por su trabajo y reciben el reconocimiento social de su rol.

El papel de la partera no es exclusivamente obstétrico. Los servicios que ofrecen incluyen baños rituales al niño y a la madre, masajes; su papel también se extiende al ámbito social, psicológico y religioso (Cosminsky, Sheila, 1982) y, sus servicios pueden durar hasta que el recién nacido cumpla un mes de vida (MacCormack, Carol, 1982).

Actualmente, las parteras tradicionales han estado influenciadas directamente por la medicina occidental y han ido incorporando medicinas modernas y ayudas adicionales en su práctica. Éstas incluyen productos farmacéuticos, tales como la ergonovina para el tratamiento de hemorragias, antibióticos para las infecciones y la pitocina para generar contracciones. A su vez han ido eliminando algunas prácticas rituales que no son bien aceptadas por las familias que atienden, como por ejemplo colgar a la paciente de los pies para cambiar la posición del feto.

3.4 Embarazo, parto y puerperio

3.4.1 Embarazo

La cultura cuajinicuileña enfatiza la función generatriz de la familia y acude a los más diversos expedientes para que todos los miembros adultos de la sociedad, en período reproductivo, ejerzan su capacidad de renovar el déficit producido por la elevada mortalidad que se registra en la zona. El anhelo de procreación se expresa en las sanciones sociales y sobrenaturales que inducen a que los matrimonios tengan hijos.⁶

⁶ Shapera, I., *Married life in an african tribe*, 1941: 84, hablando de los Bantú, dice: "Los *Kgatla* concordarían prontamente con el Libro de Oraciones Anglicano que establece que el matrimonio está 'ordenado para la procreación de hijos'. Para ellos es inconcebible que una pareja casada, por razones económicas o culturales,

Una pareja joven reside durante los primeros meses de la vida conyugal en la casa del marido, y no adquiere el estatus de miembro cabal de la comunidad hasta después de nacido el primer hijo. Mientras esto sucede la pareja sigue siendo considerada, por amigos y parientes, como simples hijos de familia. El solo anuncio de la llegada del primogénito basta para que, con regocijo general, se inicie la construcción, si es posible, del nuevo hogar que dará albergue a la nueva familia nuclear⁷ e incrementará el compuesto de habitaciones gobernado por el jefe de la familia extensa⁸ y, con ello, su prestigio.

Más tarde, la procreación de hijos adicionales tendrá motivaciones de índole práctica. Dada la importancia que tienen los infantes en la integración de la unidad económica, constituida por la familia nuclear, la agregación de nuevos miembros siempre es deseada. El hombre, la mujer, los hijos y las hijas, concurren con su esfuerzo de trabajo, mayor o menor, a las actividades dirigidas a lograr la subsistencia de la unidad familiar en su transcurso por la vida. La división del trabajo, por el sexo y la edad, asigna a cada uno de los componentes una tarea ineludible que cumplir. Dicho lo anterior, no parecerá extraño que, en Cuaji la esterilidad de la mujer es inexorablemente condenada.⁹

deliberadamente busque restringir el número de hijos o se refrene para no tener ninguno. Insisten más bien en que la mujer debería dar a su marido tantos hijos como pueda, previniendo que ella no quede embarazada hasta después del destete del niño al que esté amamantando. Una mujer con una gran descendencia es altamente estimada, mientras que una mujer sin hijos es objeto de piedad con cierta mezcla de escarnio. Con el nacimiento del primer hijo la pareja casada adquiere una nueva dignidad: "el marido ha probado su masculinidad y se convierte en el fundador de una línea de parentesco que perpetúa su nombre y memoria; la mujer ha llenado su destino supremo y se libera del más humillante reproche que puede ser hecho a una mujer casada". Al respecto Aguirre Beltrán dice que algunas de estas características pueden encontrarse en las comunidades afroestizas mexicanas.

⁷ Cuando un hogar se encuentra formado por los padres y los hijos decimos que se trata de una familia nuclear (Salles, Vania, *op. cit.*, 1996).

⁸ Cuya definición se localiza en el capítulo 2, subcapítulo 2.4.

⁹ El tratamiento de la infecundidad es importante, ya que una mujer estéril es a menudo ridiculizada, se la hace sentir inútil, y, generalmente, los hombres la abandonan. Muchas mujeres para aliviar su esterilidad recurren a los remedios que la partera tradicional les ofrecen. A ellas se les pide con frecuencia consejos sobre cómo curar la infecundidad y cómo evitar el embarazo indeseado. Las parteras tradicionales utilizan una gran

En realidad, hay pocos abortos provocados en Cuaji, algunas multíparas, cansadas de las molestias de partos repetidos, tratan de arrojar el producto por medio de purgantes o usando quinina; pero "es dudoso que, por la ingestión de tales medicamentos, logren sus propósitos" (Entrevista al médico encargado del Centro de Salud, Cuajinicuilapa, 1995).

Estos casos de excepción confirman la regla que obliga a la mujer cuajinicuileña a procrear; además su conocimiento de la anatomía y de la fisiología de la reproducción es elemental:

"-¿Entonces cuando usted se embarazó no sabía nada de su cuerpo?

-No, no sabía yo; y ni sabía yo cómo se embarazaba.

-¿No sabía por dónde empezaba, qué pasaba?

-Nada.

-Y después ya se enteró?

-Sí, después hasta que tuve el niño, porque ahora ya soy mamá, y todavía no lo creo que tenga uno hijos". (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1996).

Ella sabe que está embarazada por la suspensión de sus *lunas*, como sucede entre algunos grupos indígenas, no trata de realizar el diagnóstico del sexo del producto, pero sí considera que la duración del embarazo varía si lo que ha concebido es hombre o mujer: "la formación de la hembra requiere, únicamente, ocho meses; en cambio, la del varón se prolonga quince días más" (Entrevistas a parteras, Cuajinicuilapa, 1995-1996).

variedad de técnicas para tratar de corregir este problema -que a veces escapa de la ciencia médica avanzada- incluyendo masajes para reubicar un útero en retroversión, baños tibios, medicinas de hierbas, relaciones sexuales en días determinados, supositorios vaginales de eficacia desconocida, y rituales secretos que involucran a veces pedazos de placenta de algún parto exitoso.

Para controlar la fecundidad y especialmente para espaciar los nacimientos, los métodos tradicionales más comunes recomendados por las parteras son la abstinencia, el coito interrumpido y el aborto. La lactancia materna al limitar la fecundidad, por lo general es estimulada. La abstinencia está frecuentemente reforzada por las enseñanzas religiosas o tabúes, y por pautas tan específicas como posponer las relaciones sexuales mientras la mujer está lactando o hasta que el niño alcance determinada edad.

Las interdicciones del embarazo aparentemente son pocas. La mujer en cinta desempeña sus labores rituales sin preocuparse seriamente por su estado de relativa invalidez.

Una de las creencias que tiene más fuerza es la que concierne a los efectos que se supone tienen los eclipses de sol sobre la sanidad del producto. También se piensa que las malformaciones fetales y, en lo particular, el labio leporino, se deben a la influencia nefasta del fenómeno astronómico. Una de las prohibiciones que tiene la mujer encinta es la de contemplar el eclipse sin proteger mágicamente el vientre, por lo que debe guarnecerse en su casa y colocar en la cintura unas tijeras, una llave u otro objeto de metal.

La conducta de las parteras hacia las mujeres cuajinicuiléñas embarazadas varía de acuerdo a la región¹⁰ y refleja el conocimiento común aceptado por todos. Ejemplo de ello es la creencia generalizada de que las mujeres embarazadas deben esconderse o protegerse a sí mismas de los eclipses, ya que éstos pueden causar deformidades en los infantes.¹¹ Cabe mencionar al respecto que la mayoría de las recomendaciones que las parteras hacen a sus clientas son transmitidas oralmente por generaciones. En general, las parteras recomiendan a las mujeres embarazadas esconderse durante un eclipse y evitar cargar cosas pesadas, comer alimentos fríos o tomar duchas frías, sustos y corajes. Las parteras generalmente no hacen exámenes internos durante el embarazo, sino que lo hacen hasta el trabajo de parto para checar la dilatación.

En lo que se refiere a la percepción de lo frío y lo caliente que existe con respecto al embarazo se considera que éste es "caliente" porque la sangre está acumulada. Por tanto, las parteras recomiendan que las mujeres embarazadas deben evitar la comida

¹⁰ Recuérdese que Cuajinicuilapa es la cabecera municipal de pequeños pueblos aledaños.

¹¹ Guleras Holmes en Zetina, 1979, p. 19.

fría.¹² Sin embargo, los alimentos que son considerados como fríos o calientes varían de acuerdo a la región. Las clasificaciones frío-caliente no necesariamente tienen que estar relacionadas con la temperatura, sino que se piensa que éstas poseen cualidades innatas y que su importancia es percibida por la enfermedad o la salud, donde el desbalance entre lo frío-caliente provoca la enfermedad (Cosminsky, S., 1977).

Los antojos son otros elementos que las parteras reconocen como característicos del embarazo, y por tal motivo es recomendado que las mujeres satisfagan sus antojos y que eviten el aborto.

En la primera visita prenatal las parteras obtienen información individual y familiar de las mujeres a quienes están atendiendo.¹³ Asimismo, el tiempo para la segunda visita es establecido, al igual que la forma de pago.

Los masajes que se dan a la mujer embarazada son practicados por la mayoría de las parteras (Mckay, 1933; Cosminsky, 1977, 1982; Jordan, 1980), y son varias las razones que se dan para justificarlos, como por ejemplo: determinar la posición del feto y cambiarlo de posición (si es necesario), reducir el dolor que las mujeres padecen en la espalda, aminorar el cansancio que provoca el trabajo de la vida cotidiana, "mantener el útero en su lugar", ayudar a eliminar los calambres en los muslos en el momento del parto.¹⁴

¹² Véase López Austin, A., "Las ideas etiológicas en la medicina náhuatl", 1970; Cosminsky, Sheila, "La atención del parto y la antropología médica", 1992; Castro, Roberto, *op.cit.*, 1995.

¹³ Esto es útil, ya que así las parteras se acoplan a las necesidades y a las características específicas de cada mujer, tales como su habilidad para contener el dolor, las palpitations abdominales, etc. (Jordan, B., *Birth in four countries*, 1980; Sokoloff, S., *The proud midwives of Juchitan: primary care providers in a two tiered referral system*, 1986).

¹⁴ Jordan, B., *op. cit.*, 1980, ha señalado la importancia de los masajes, ya que éstos provocan que las parturientas tengan confianza en la partera, la cual ofrece el apoyo emocional que aquéllas necesitan.

Una de las prácticas modernas que ha sido adoptada por varias parteras en Cuajinicuilapa es la prescripción de vitaminas, si una mujer se siente débil o cansada debe ir a la farmacia más cercana para que le apliquen una inyección de Complejo-B.¹⁵ A las parteras que han sido adiestradas en algún centro de salud se les recomienda que incorporen en sus tareas la aplicación de inyecciones de vitaminas con hierro (Entrevista con las parteras, 1995-1996).

3.4.2 Parto y nacimiento

En Cuaji el nacimiento es considerado como un evento social donde los miembros de la familia y los vecinos están presentes. En dicha comunidad la partera es reconocida como la más especializada en partos, por lo que las mujeres se ponen en sus manos. Las parteras y las pacientes entrevistadas dieron a conocer que para ellas es bien sabido que en caso de parto difícil lo mejor es acudir al hospital más cercano; aunque, de acuerdo a la información recogida en la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero, la Costa Chica, y en especial algunos pueblos (como Montecillos y San Nicolás -que integran al municipio de Cuajinicuilapa-), se caracterizan por el alto índice de mortalidad materna causada por partos difíciles, la cual podría ser evitada si se diera una atención hospitalaria a tiempo "y no dejar a las mujeres en las manos de Dios".¹⁶

Durante el trabajo de parto, las parturientas son apoyadas por las parteras y por otras mujeres. Aunque cuando la mujer no ayuda en el parto algunas de estas obstetras reportaron "tener que alzar la voz" (Entrevistas, 1995-1996). En general, las parteras están apoyadas por las madres de las pacientes o por sus suegras, o por algún otro miembro de la familia que está colaborando durante dicho proceso (Jordan, 1980;

¹⁵ Para más información con respecto al uso que las parteras hacen de medicamentos consúltese McClain, C., "Ethno-obstetrics in Ajijic", 1975; Jordan, B., *op. cit.*, 1980; Cosminsky, S., "Childbirth and change: a guatemalan study", 1982; Sokoloff, S., *op. cit.*, 1986.

¹⁶ Para mayor información sobre el tema el lector puede revisar Elú de Leñero, Ma. del Carmen, De lo institucional a lo comunitario. Un programa de salud rural, 1982.

Romalis, 1981). Después de que el parto ha tenido lugar, la partera da un masaje a la madre, y le ofrece algo de beber (si es que está sedienta). Cuando el trabajo de parto es tardado algunas recomiendan que las pacientes coman o beban algún té de hierbas.¹⁷ No obstante, el escaso estudio de dichas hierbas y el que éstas sean poco recomendables ha hecho que su tradicional uso vaya perdiéndose en algunas regiones (Viezca, Carlos, 1987). La parteras que han recibido algún entrenamiento y que han sido influenciadas más por la medicina moderna han ido incorporando el uso de inyecciones con pitocina, un compuesto químico que generalmente produce contracciones y que puede ser más peligroso que el té de hierbas (Cosminsky, 1977; Sokoloff, 1986).

Las mujeres parturientas pueden usar diferentes posiciones para parir: hincadas, en cuclillas, semi-sentadas, agarradas de alguna cuerda o abrazadas de sus maridos.¹⁸ Algunas parteras que son entrenadas por los programas gubernamentales, han ido cambiando a la posición horizontal, principalmente porque es más comfortable para ellas y porque el doctor "así se lo indicó en los entrenamientos". Pero ha habido resistencia de otras parteras o mujeres, las cuales se rehusan a cambiar las costumbres establecidas. Una partera que después de cambiar a la posición horizontal, y que una vez escuchó un rumor de una mujer que decía renunciar ir a atenderse con ella, comenta: "ahora, yo sólo lo hago como antes lo hacía" (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995-1996). Sin embargo, el cambio de las posiciones tradicionales para parir es un resultado de la influencia de la medicina moderna que está llegando cada vez más a las poblaciones rurales de México.

El tratamiento que las parteras le dan al cordón umbilical y a la placenta ha sido fuertemente criticado por la medicina moderna, principalmente por el temor a que el recién nacido contraiga el tétano neonatal o alguna otra infección. La placenta, así como

¹⁷ El contenido de éstos puede variar de región en región, aunque generalmente son de *zopoaxtle* o de *cihuapatli*, ya que éstas hierbas provocan contracciones (Entrevistas a parteras, Cuajinicuilapa, 1995-1996).

¹⁸ La litotomía o la posición supina, son influencia de la medicina occidental.

el muñón del cordón umbilical reciben atención especial porque se cree que tienen una especial relación con el niño y que afecta su futuro (Kelly, 1955; Cosminsky, 1977, Parra, 1989). El tratamiento al cordón también puede variar según la región pero, en general, con la influencia de la medicina moderna, el uso de desinfectantes, tales como el alcohol o el mercurio cromo (merthiolate), han sido incorporados. Una vez que el bebé haya nacido, el cordón umbilical no es cortado hasta que la placenta sea totalmente expulsada. Puede cortarse con tijeras, navaja o cuchillo. Algunas veces la herida es cauterizada con la flama de una vela o con un cuchillo caliente. Otras parteras lo amarran con algunos trozos de tela, lo cortan, lo remojan con alcohol y lo cubren con algodón, aunque la costumbre más generalizada es atar el cordón umbilical del bebé "para prevenir hernias e infecciones". También se considera que el muñón puede ser utilizado para evitar las enfermedades, por lo que si el neonato es un niño su cordón es sembrado debajo de un árbol, y si es una niña su cordón es sembrado fuera del hogar (Cosminsky, 1977; Jordan, 1980; Sokoloff, 1986; Aguirre Beltrán, 1989; Entrevistas, 1995-1996).

Con respecto a la placenta, la mayoría de las parteras esperan que pueda ser expulsada normalmente. Cuando esto sucede así, se le entrega a la familia para que disponga de ella. Generalmente, es enterrada en el camposanto con condiciones específicas, dependiendo de las costumbres de las familias. Aunque, algunas veces la partera puede tomar o no tomar parte en las disposiciones referentes al neonato.

Para expulsar la placenta, la partera da un masaje al abdomen de la madre con fuertes movimientos, y le da de beber aceite o huevo crudo para que vomite y se produzcan algunas contracciones. Varias parteras aplican una inyección con pitocina, mientras que algunas otras ofrecen té de hierbas. Cuando estas alternativas fallan, las parteras por sí mismas intentan sacar la placenta. Todas estas medidas son muy

criticadas por los médicos y enfermeras, ya que "son tan peligrosas que pueden causar hemorragias e infecciones" (Entrevistas a enfermeras, Cuajinicuilapa, 1995).

Cuando el niño ha nacido las parteras succionan la mucosidad de la boca del bebé y de la nariz con una bombilla de goma o con el dedo. Si el recién nacido no puede respirar, las parteras le palmean los talones, le dan respiración de boca a boca, o le ponen un poco de alcohol debajo de su nariz. Después lo limpian con aceite o agua tibia, atan su cordón umbilical, lo envuelven en mantas y lo entregan a su madre, e inmediatamente comienza el periodo de lactancia.

Algunas de las costumbres aquí señaladas son consideradas como ineficaces, antihigiénicas o simplemente como supercherías, por nuestra parte pensamos que es necesario que aquellas prácticas que sean ineficaces (como la posición de parto) antes de ser desechadas debe comprobarse su inutilidad, de tal manera que las que propician la relación íntima entre la madre y el recién nacido sigan existiendo, e incluso muchas veces sean propiciadas, ya que éstas son de suma utilidad en las comunidades (McClain, C., 1975).

Con respecto a la alimentación, las parteras recomiendan ampliamente que el periodo de lactancia se prolongue el mayor tiempo posible.¹⁹

Otra costumbre generalizada es arropar a la mujer mucho para que no "se vaya la leche" y para ayudar a que "todas las partes de su cuerpo vuelvan a su lugar por medio de masajes" (Cosminsky, S., 1977; Entrevista con parteras, Cuajinicuilapa, 1995-1996).

¹⁹ Se ha reportado que los bebés nacidos bajo el cuidado de las parteras son amamantados por un periodo de tiempo más largo que aquéllos que son atendidos por médicos (Potter, Joseph, "The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in Rural Mexico, 1987).

En los días siguientes las parteras regresarán a bañar al bebé y a la madre,²⁰ la cual de nuevo es masajeadá; igualmente se checa la cauterización del cordón umbilical.²¹ Dependiendo de las familias, la partera recibirá un pago por sus servicios, la señora Ma. Otilia al respecto nos dice:

"... yo nunca cobro, aunque hay otras que sí lo hacen, y cuando llego a cobrar casi siempre me pagan en partes, por lo que el pago total, generalmente, no se completa". (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995).²²

3.5 Características socio-demográficas de los actores sociales que participan en el proceso embarazo-parto-puerperio

En 1969, el 65% de todos los nacimientos en las áreas rurales fueron atendidos por parteras tradicionales, y en la década de los ochenta más de la mitad de los nacimientos aún estaban bajo la supervisión de la partera (Mojarro, O. y Cárdenas C., 1986). La confianza en las parteras nos indica que para 1980 la mejora de los servicios de salud aprovechados en las comunidades rurales no derivó en un mayor uso de la medicina formal. El mejor acceso a los servicios de salud públicos y privados en los últimos 20 años han tenido poco impacto en las mujeres que eligen a las parteras para que asistan sus partos.²³

²⁰ A ella se le da un baño de "piedras".

²¹ En algunas ocasiones el hecho de que el cordón umbilical se haya caído es señal de que las responsabilidades que tiene la partera con la familia ya han terminado (Entrevistas, Cuajinicuilapa, 1995).

²² En las familias con más influencia occidental, ni el baño ni el masaje son dados. Ni tampoco las parteras lavan la ropa que se utilizó durante el parto.

²³ Por su parte Potter, Joseph, "Use of maternal health services in Rural Mexico", 1985, encontró que los servicios de salud institucionalizados en las áreas rurales fueron inutilizados.

Las estimaciones de salud mexicanas revelan que en 1987 más del 80% de los nacimientos a nivel nacional ocurren en el ámbito de la partera tradicional y de la partera empírica capacitada.²⁴ Estudios realizados por el Programa IMSS-COPLAMAR-Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos (IMSS-México) (UMT) en 3 025 localidades del país, demostraron que las parteras tradicionales constituyen el grupo más numeroso (38.8% del total de terapeutas tradicionales detectados (13 967).

De acuerdo con Cosminsky (1977), Zetina (1979) y Elú de Leñero (1982) la principal razón para que las mujeres se opusieran a los métodos modernos de alumbramiento está relacionada con factores sociales, económicos y culturales, ya que las mujeres no querían dejar sus hogares, sus niños, ni tampoco querían dar a luz lejos de sus hogares y de los miembros de la familia. Asimismo, también resienten ser separadas del recién nacido y el trato distante que los médicos y las enfermeras les dan (Jordan, B., 1980). Las dificultades económicas y de transportación también son importantes razones para rechazar los cuidados médicos modernos.

3.5.1 Características de las parteras

Las características individuales de las parteras de los países del Tercer Mundo son similares. Pueden observarse características generales de las parteras, tales son: la edad, la educación y el número de partos que han atendido.²⁵ En Cuaji, más del 80% de las parteras tienen de 40 años en adelante, y menos del 5% son más jóvenes de 24 años.

²⁴ IMSS, "Memoria de descentralización de los servicios del programa IMSS-COPLAMAR al gobierno del Estado de Morelos", 1987, p. 12.

²⁵ Es interesante señalar que en Cuaji durante el adiestramiento se registraron algunas diferencias en algunas de las prácticas de las parteras, como por ejemplo el tratamiento que le dan al cordón umbilical (Secretaría de la Mujer, Chilpancingo, 1996).

Con respecto a los años de escolaridad una pequeña proporción de las parteras fueron reportadas como ignorantes, el 3% de ellas no tuvo escuela.

La mayoría de las parteras señalaron que su incursión a la obstetricia fue dada por la influencia de algún miembro de la familia, por "accidente", por mandato divino, o porque ellas así lo quisieron. De hecho, más de la mitad de las entrevistadas ha tenido una partera en su familia.

En lo que se refiere a la aparente contradicción entre PF y las parteras en términos de intereses económicos personales (pocos partos para atender) ninguna fricción mayor fue encontrada en los adiestramientos, probablemente esto se debe a que la obstetricia no es el único ingreso que ellas tienen.

Tradicionalmente, las parteras no reciben un pago en efectivo por sus servicios, sino que su pago es en especie.²⁶ Sin embargo, conforme pasa el tiempo, los pagos en efectivo son cada vez más comunes.²⁷ Más de la mitad de las parteras entrevistadas perciben otros ingresos: trabajo agrícola, lavado, planchado, o costura de ropa. Algunas desempeñan otras actividades, como el comercio, el turismo, etc. De hecho, la gran mayoría de ellas reportaron no ser trabajadoras, en el sentido estricto de la palabra, ya que no reciben una remuneración. Sin embargo, su contribución al hogar debe ser reconocida a través del trabajo doméstico, de la granja familiar y del cuidado de los animales. El 10% de las parteras entrevistadas reportaron ser el único sostén económico de sus hogares. El nivel de sus ingresos varía de acuerdo al nivel general económico de la comunidad.²⁸

²⁶ Esto tal vez se debe a las condiciones de pobreza de las mujeres que son atendidas por parteras.

²⁷ En general, el pago a las parteras es muy bajo si se compara con el de los médicos, por ejemplo en 1995 Ma. Otilia cobraba por atender un parto normal \$580.00.

²⁸ Las parteras de San Nicolás, Cerro del Indio y Montecillos, según reportes de la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero, por sus servicios cobran más barato.

Además, las parteras sienten un gran orgullo por ayudar de esta manera a su comunidad, ya que consideran que su servicio es una obligación que tienen con su comunidad.

3.5.2 Características de las mujeres atendidas por parteras

En Cuaji más del 50% de las mujeres confían en las parteras. La edad de dichas mujeres tiene cierta incidencia en la elección que deben hacer con respecto al tipo de asistencia que desean tener durante el parto. En general, la proporción de mujeres que prefieren a las parteras fluctúa entre los 35 años, y si la edad aumenta la preferencia se incrementa ligeramente. Los servicios privados son sólo utilizados por un 11% de mujeres menores de 35 años y mayores de dicha edad. El uso de los servicios públicos es mayor entre las mujeres de 20-34 años de edad, y después disminuye entre las mujeres de 35 o más años de edad. Es también importante señalar que el 8% de las mujeres de mayor edad son atendidas por un miembro de la familia, un curandero, un trabajador comunitario o se atienden ellas mismas.

Existe una relación positiva entre el número de niños y la confianza en las parteras tradicionales. El grupo de mujeres que eligen tener una partera durante el parto se incrementa conforme aumenta el número de hijos (de un 50 a un 60%).

La educación parece ser el factor más fuerte en la reducción de la presencia de las parteras en los partos. El 66% de las mujeres sin escolaridad fueron atendidas por una partera en su último parto, y el 15% por un agente público de salud. Contrariamente, el 37% de las mujeres que no completaron la escuela primaria fueron con la partera y el 40% a los servicios públicos. Los servicios de salud privados probablemente sean más elegidos por mujeres con una educación más elevada. El 20% de las mujeres que completaron la escuela primaria utilizaron los servicios privados en su último parto. En las diversas poblaciones que forman este municipio la educación ha sido

frecuentemente interpretada como el principal factor que integra los valores "modernos" y los cambios a los patrones culturales tradicionales de conducta.

Al igual que la educación, otro factor que se relaciona con la elección de los servicios de salud privados es el ingreso familiar, es decir, un mayor ingreso hace más posible que sean preferidos los servicios de salud privados sobre los tradicionales.

En suma, la mayoría de las mujeres de Cuaji de todas las edades persisten en elegir a las parteras como asistentes de sus partos, con la ligera tendencia hacia un mayor uso de parteras en las mujeres de mayor edad. Las mujeres mayores, aquéllas con varios embarazos previos y aquéllas con niveles de educación más bajos tienen, en general, una preferencia por las parteras tradicionales. Mientras que, una educación más elevada puede convencer a las mujeres de que la medicina formal es la mejor alternativa para reducir los riesgos en el nacimiento. Así también, una mayor educación también está relacionada con una mejora en la situación económica. Ambos factores afectan la demanda de servicios de salud institucionalizados y privados.²⁹

La labor de parteras constituye la base de atención a la salud reproductiva³⁰ y, con respecto a ello, se encontró que las parteras adiestradas con escolaridad de primaria o más, y sobre todo las que no viven hacinadas, ofrecen una mejor calidad de atención al parto y al recién nacido, ya sea normal o con complicaciones.

²⁹ En cuanto a los nacimientos registrados en 1990, la información obtenida, indica que el 33% correspondió a madres sin ninguna instrucción; el 17% a madres con primaria iniciada, el 20.3% con primaria completa, el 9.9% a madres con secundaria o equivalente y el 7.7% madres con nivel medio superior y superior (Langer Ana, "Por una maternidad sin riesgos en México, 1994).

³⁰ Para más referencias consúltense Fuentes Avendaño, Patricia; García Barrios, Cecilia; y otros. "Modelo alternativo de atención a la salud de la mujer rural, s/f.

3.5.3 Características de los hogares

Es también importante considerar cómo las diferencias en el bienestar económico están relacionadas con la elección del tipo de atención sanitaria. Asimismo, la actividad económica, la educación del marido,³¹ las condiciones materiales de la vivienda, el tamaño de la comunidad, la edad de las pacientes, y el número de hijos de éstas son factores que se toman como los indicadores económicos de mayor influencia en el tipo de asistencia médica a la que una familia tiene acceso (Zúñiga, E., 1986).

La educación del marido presenta un patrón que es similar al de la educación de la esposa (Parra, Alicia, 1993). Las mujeres cuyos maridos no asistieron a la escuela es el grupo con porcentaje más alto de pacientes que en su último parto fueron atendidas por la partera (66%), y una baja proporción fue atendida por los servicios de salud formales (el 17% en los servicios públicos y el 8% en los privados). Con el incremento en el número de años de educación de los maridos, la proporción de las mujeres atendidas por servicios privados y públicos se incrementó (al 35% con los proveedores públicos y al 20% con los privados), mientras que la atención con parteras decreció a un 41%. La proporción de mujeres que fueron atendidas por un curandero, por un miembro de la familia, o que se atendieron solas en su parto fue de 11% cuando sus maridos no asistieron a la escuela pero, descendió a 5% cuando sus maridos completaron la educación primaria.

La cabeza de los hogares, es decir el marido, fue definida en el estudio como el principal proveedor económico de las familias, su ocupación es determinada en base de su principal actividad económica (agrícola o no agrícola). Asimismo, las viviendas se diferencian si el sostén del hogar se emplea a sí mismo o si es un trabajador asalariado.

³¹ Siendo Cuaji un municipio patriarcalista se considerará como referente la educación del marido ya que, generalmente es éste el que decide quién atenderá a su esposa durante el parto.

La proporción más elevada de mujeres que prefirieron la atención de los servicios públicos de salud (35%) tuvieron maridos empleados fuera de la agricultura, y son trabajadores asalariados. Contrariamente, una pequeña proporción (44%) de mujeres, cuyos maridos fueron empleados asalariados fuera de la agricultura usaron parteras, lo cual también puede deberse a que los trabajadores asalariados no agrícolas es más probable que tengan seguro de salud. Esta situación es contrastante en comparación con aquellas mujeres cuyos maridos son trabajadores agrícolas, el 58% de éstas fueron atendidas por una partera. Las mujeres que se mantienen a sí mismas mediante trabajos no agrícolas tienden a confiar menos en la partera (52%), en comparación con aquéllas que viven de la agricultura (65%).

Es también importante señalar que el 10% de las mujeres fueron atendidas por un miembro de la familia o se atendieron solas. Estos resultados no son asombrosos, ya que los que se mantienen de la agricultura son los grupos más pobres,³² por tanto, una alta proporción de mujeres cuyos maridos son trabajadores agrícolas asalariados fueron atendidos por parteras, mientras que una baja proporción utiliza los servicios públicos o privados.

El tercer indicador es el referente a las condiciones materiales de la vivienda, las cuales incluyen los materiales de construcción del piso y de las paredes,³³ si se cuenta o no con los servicios de electricidad, agua potable y drenaje. Más del 60% de las mujeres que viven en viviendas con material de construcción frágil (lodo, madera, etc.) y con pisos de barro fueron atendidas por parteras, y sólo una cuarta parte de todas las mujeres, fueron atendidas por los servicios públicos o privados. Proporciones similares

³² Ellos son los que poseen las menores cantidades de tierra.

³³ En Cuajinicuilapa un alto porcentaje de la población vive en *bajareques*, los cuales están contruidos con madera, palma o lámina, mientras que el piso es de tierra.

están en evidencia para mujeres cuyas viviendas no tienen agua entubada, electricidad o drenaje.³⁴

El tamaño de la comunidad es el cuarto factor que tiene incidencia en el tipo de atención al parto. Una alta proporción de mujeres que viven en comunidades con menos de 1000 habitantes tienden a elegir a las parteras para que atiendan sus partos. En lugares con 1000-2500 habitantes, la proporción de mujeres que acuden a los servicios de salud públicos y privados se ha incrementado. Aunque también hay mujeres que en su último parto fueron atendidas por un curandero, por un miembro de la familia o que se atendieron por sí mismas. Esto puede ser resultado de factores culturales, en donde los valores tradicionales son conservados más fuertemente, lo cual hace que la aceptación de la medicina moderna sea más difícil. Ello, pensamos, puede deberse a la falta de servicios de salud alternativos que sean accesibles a estas comunidades, a los problemas de transportación o a ambos.³⁵

En general, las ciudades más urbanizadas son comunidades en donde la mayoría de la población tiene acceso a los servicios de salud, electricidad, drenaje, etc. El 52% de las mujeres que viven en comunidades en donde por camino empedrado se llega a los centros comerciales en menos de treinta minutos, eligieron los servicios de salud privados o públicos para tener su último hijo, mientras que un 42% eligió a la partera. Pero, cuando el camino a la ciudad urbana por camino lodoso o empedrado tomó más de una hora, una pequeña proporción (26%) tuvo una atención de los servicios públicos o privados; y un 64% prefirió a la partera.

³⁴ En Cuaji el 41.12% de las viviendas no cuentan con agua potable, el 23% de la población carece de electricidad y el 77.56% de las viviendas no tienen servicios de drenaje. INEGI, Anuario Estadístico del Estado de Guerrero, 1994.

³⁵ Cuajinicuilapa cuenta con 91 comunidades, de las cuales el 75.82% tiene de 1-99 habitantes; el 12.1% cuenta con 100-499 habitantes; el 7.7% cuenta con 500-999 habitantes; el 1.1% con 1000-1999 habitantes; el 1.1% con 2000-2499 habitantes; el 1.1% con 2500-4999 habitantes; y el 1.1% con 5000-9999 habitantes (INEGI, op. cit., 1994, p. 67).

Es decir, que las mujeres que viven en comunidades pequeñas, con una escasa comunicación con las ciudades urbanizadas y, sin servicios públicos de salud, están a favor de ser atendidas por parteras.³⁶ Potter, Joseph (1985) en su estudio de la utilización de los servicios de salud institucionalizados refuerza esta conclusión. Sin embargo, hay una pequeña evidencia de que la presencia de los servicios públicos o privados disminuyen la clientela de las parteras porque algunas de estas características individuales están relacionadas con la dificultad para identificar los factores que tienen influencia en la elección del tipo de atención que se recibirá durante el parto.

Mientras que, las mujeres más adultas con más niños prefieren a las parteras porque le tienen confianza (ya que las atendieron en partos pasados), las más adultas que se atendieron en otros servicios no están a favor de la partera, sino que prefieren los servicios públicos o privados.³⁷

Finalmente, el número de hijos es otro factor en la elección de parteras. Cuando la paciente se ha controlado por otros medios, la paridad de sus partos (o experiencias previas con los nacimientos) aún aparece como un determinante importante que hace que las mujeres se atiendan con las parteras.

En suma, es importante señalar que las mujeres pobres que viven en áreas remotas de acceso difícil, analfabetas y con hijos confían en las parteras. Mientras que las mujeres que tienen su primer o segundo hijo, mujeres adultas, más educadas y con mejores condiciones económicas, están a favor de los servicios de salud públicos o privados. Las mujeres cuyos maridos tienen bajo nivel de escolaridad, con una

³⁶ Benoit, Cecilia, "Traditional midwifery practice: the limits of occupational autonomy", 1989, al respecto dice: "... we have to recognized the importance of *sites of practice* as a core variable determining work experience and orientation".

³⁷ Potter, J., "Use of maternal health services in Rural Mexico", 1985, sugiere que las mujeres más adultas están a favor de los servicios públicos porque después de que han parido en un hospital público pueden volver a ser atendidas allí mismo sin hacer ningún gasto.

actividad económica basada en la agricultura, y que viven en viviendas pobres, y que representan el estrato social más pobre del México rural, tienen como principal guía sanitaria, precisamente, a la partera tradicional.

Otra de las principales actividades que realiza la partera es la función de "curar", es decir, ella también es curandera. Esta labor está sumamente relacionada con la obstetricia, ya que la creencia de la *sombra* o la del *tono*, está muchas veces enlazada con el embarazo, con la forma de conceptualizar a éste, etc. Por tal motivo, en la última parte del presente capítulo hemos decidido hablar un poco de las parteras-curanderas.

3.6 Parteras-curanderas**

El cuajinicuileño a la cruz como su símbolo y representación. Para él son cuatro las que partes a una persona:

- a) el cuerpo: este concepto no difiere de la idea universal que sobre él se tiene, es lo perecedero, lo que desaparece con la muerte;
- b) el alma: puede identificarse con la idea occidental que comprende esta palabra. Es la parte de la persona que sobrevive a la muerte y se traslada a un

** En este subcapítulo se pudieran narrar muchas leyendas que nos contaron en el pueblo sobre chaneacas, demonios, brujería, etc., pero este tema requeriría de un estudio más profundo que en este momento no se ha contemplado. Sólo quisiéramos no dejar en el olvido que la magia y la imaginación de los cuajinicuileños forma parte de su vida cotidiana. Es necesario aclarar que la mayoría de las personas que nos relataron algunas anécdotas, leyendas, mitos, etc. son los ancianos del pueblo, por lo que las entrevistas algunas veces fueron difíciles debido a su edad o falta de memoria, haciendo con esto que las narraciones brotaran con diferentes coloridos en el momento de ser traídos a la memoria. Por otro lado, cabe mencionar que algunos otros entrevistados no creen en el *tono* o en la *sombra*, pero que por narraciones de sus padres o ancestros saben de ellas, por lo que podría decirse que con el paso de la "modernidad" en Cuaji esta creencia, al igual que otras tantas, se ha ido perdiendo.

mundo ultraterreno donde goza de toda clase de bienaventuranzas. Antes de alcanzar el cielo el alma debe sufrir la prueba de fuego del purgatorio y, en ocasiones, va a un lugar de tormento llamado infierno. El concepto del alma, sin embargo, no es prístino, ni tiene la importancia que se le concede en la cultura occidental; podríamos decir que es una parte de la persona con carácter secundario, vago y sin futura trascendencia;

c) *la sombra*: ésta sí es motivo de constante atención e inquietud, ya que es la parte primordial y más valiosa de la persona humana, la que da su esencia y sello peculiar al individuo, el componente fundamental y característico del cristiano. Definir el concepto de *sombra* es en extremo difícil porque el cuijinicuileño no ha traducido (en los moldes que ofrece el lenguaje occidental) la idea que sobre ella tiene. En forma aproximada podemos considerar que comprende esa serie de nociones que la psicología moderna encierra en la palabra *subconsciencia*;

d) *el tono*: último integrante de la persona humana, tampoco tiene un concepto paralelo de la cultura occidental que pudiera definirlo. Es una relación de dependencia que existe entre un hombre y un animal que los liga a un destino común.

3.6.1 Etiología

En Cuaji, la etiología de la medicina tradicional está dominada por los conceptos que se guardan sobre la persona. La pérdida de la *sombra* es, al parecer, la responsable del mayor número de casos de enfermedad; sin embargo, no van mucho a la zaga los casos que tienen por origen la relación de dependencia que existe entre el hombre y su *animal*.

Causa de enfermedad es la introyección en el organismo de un niño, de una emoción o pasión intensa. "Coraje" es, en efecto, el nombre de una entidad nosológica propia de los infantes que los enferma y mata. El tratamiento de dicho mal revela su etiología: unas veces es *candó* y tabaco mezclados con orines de criatura; otras, yerba de "namorado" y excremento de mula prieta lo que se da al infante para que "gomite el coraje"; al hacerlo deja el niño de llorar y "el pecho ya no le jierve". Toda madre sabe lo peligrosa que es esta enfermedad y cuida de prevenirla por medio de distintas reliquias: un cordón simplemente anudado y enrollado al cuello o a la articulación del puño es suficiente:

"pero más vale que tenga una frutilla, como un hueso de almendra, para que si una persona con coraje mira al niño se rompa el hueso y no le pase nada al niño". (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995).

Efecto semejante es el que motiva la enfermedad de adultos llamada "vergüenza":

"cuando la toman a uno en una cosa mala y una es vergüenzosa se le mete la 'vergüenza' y le hincha a uno parte del cuerpo, sólo se hincha, para curarse se unta uno con aceite bendito y se rezan tres credos". (Entrevistas, Cuajinicuilapa, 1995).

El "latido" es otra de las enfermedades que tienen por causa la introducción de un cuerpo extraño, en este caso, un tanto más material que el "coraje", la "vergüenza" y el "aire":

"es una enfermedad del estómago, se cura con ajeno; cuando el 'aire' se riega hasta se priva uno; cuando se junta en el estómago, late, peleando se malpasa uno y viene el 'latido'; tomando una copa de ajeno se abre el estómago y saca el viento". (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995).

3.6.2 Tratamiento

Juntas todas las causas mencionadas no alcanzan en frecuencia e importancia a las dos primeras mencionadas, esto es, la pérdida de la *sombra* y la dependencia *tonal*. El tratamiento de las enfermedades producidas por estos motivos consta de los siguientes rasgos esenciales:

1) llamamiento de la *sombra*:

- a) por reiteración mágica de la acción verbal,
- b) por mención del nombre propio;

2) captura de la *sombra*:

- a) en la imagen dibujada en la tierra,
- b) en la imagen contenida en la jícara del agua;

3) la introducción de la *sombra*:

- a) por la vía oral,
- b) por la vía cutánea.

El llamamiento mágico de la *sombra* se realiza siempre en el lugar donde se supone ocurrió su pérdida. Si ésta ocurrió en el río, allá habrá que ir a realizar el rito; si en el monte, la calle o la casa, en estos lugares tendrá lugar el tratamiento, porque la *sombra* perdida no abandona el sitio de extravío. Si existe imposibilidad física de la persona sin *sombra* para acudir por su propio pie al sitio lejano se le lleva a costas, y si esto se considera todavía peligroso para la salud del enfermo, entonces se obliga a la *sombra* a ocurrir a la cama de su dueño y propietario.

La captura de la *sombra* se realiza en la imagen del cristiano, esto es, en su símbolo y representación. La cruz se dibuja en tierra y de ella se toman, por "pellizcamiento" en distintas partes del cuerpo, pequeñas porciones de polvo se mezclan en cocimientos de yerbas y se dan a tomar al enfermo. En este polvo va la *sombra* capturada, la cual por medio ingestión vuelve a su continente. Si la pérdida acaeció en el río o en el ojo de agua, la cruz se hace sobre la superficie líquida y se toman porciones de arena del lecho que se mezclan con el cocimiento.

Un procedimiento mucho más elaborado impone que una cruz de flor de *tempozuchi*, de palma bendita o formada con granos de maíz, se coloque en el fondo de una jícara que luego se llena de agua común o bendita. El enfermo se halla sentado frente a la jícara mientras el que "agarra la *sombra* anda 'ondeando' un sahumero con copal", en tanto pronuncia el llamamiento mágico. Cuando la *sombra* llega, quien agarra la *sombra* lo sabe; en ocasiones este arribo de la *sombra* es aparente; en dicho procedimiento se emplean los granos de maíz, éstos "se paran y quedan sentaditos" en el momento en que la *sombra* ha respondido al llamado y se acomoda en la jícara de agua. El oficiante toma un buche de agua y, sorpresivamente, lo arroja con fuerza sobre la espalda del enfermo. Así, éste recupera la *sombra*.

Numerosos elementos marginales coadyuvan en la captura de la *sombra*. La jícara de agua es iluminada con un ocote, unas veces, con una vela de sebo, otras, para atraer a la *sombra* al único punto iluminado en la oscuridad.

Cuando la causa de enfermedad es la mística procedencia *tonal* y, puesto que la dolencia deriva del sufrimiento del *animal*, su alivio y curación repercute en el bienestar del hombre al cual se halla ligado. Ésta es la forma más natural de tratamiento; pero también la más azarosa, puesto que es necesario descubrir el sitio en que se encuentra el *animal*.

Diversos procedimientos ingenian los cuajinicuilteños para resolver el caso, unas veces acuden al cazador, quien con el *resonador* en la mano (un bule, cuya apertura está cerrada por una piel que, en el centro, tiene un pequeño orificio por donde se introduce un palo, que al subir y bajar produce un ruido semejante al *bufido* del tigre) va llamando al *animal* por el monte. Contesta el tigre al requerimiento, se le atiende y se le cura. En otras ocasiones se busca un cristiano que tenga el mismo *animal* que el enfermo y él es quien va en compañía de parientes y amigos a buscar al *animal*:

"Había muchas creencias, decían que toda la gente tenía tono, pero nunca cogían tono de perro, siempre querían ser tono de un animal grande, de león o de tigre, de animales que causaran sensación o temor. Creían que si herían al animal a ellos les causaba dolor, que si lastimaban al tono, ellos sufrían. Una señora decía que ella era tono de tigre, y su nieto que se llamaba Pillo no le creía. Un día Pillo venía de sabanear³⁸ y pasaba por el arroyo del Chorro, por esa parte que le llaman las charritas y el caballo no quería pasar, hasta que tuvo que regresarse y tomar otra vereda porque el caballo no pasó por allí. Al llegar a la casa de abuela le dice: ¡Ajá! no dices que no es verdad lo del tigre por eso no pasaste las charritas. ¿Qué habría pasado allí? Pues estaba el tigre, por eso el caballo no quiso pasar" (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995).

La búsqueda del *animal-tono*, sin embargo, parece siempre recomendable porque puede suceder que haya sido muerto y, en consecuencia no tardará en morir el *hombre-tono*. La muerte de éste puede evitarse si se logra recuperar la piel del animal y "sin salar" se conserva en casa. La salazón de la piel acarrea la muerte inexorable del hombre.

³⁸ *Sabanear*: recorrer la sabana para buscar y reunir al ganado.

Esto lo sabe todo cuajinicuileño que, cuando mata a un tigre y sospecha que pueda ser el *animal* de algún conocido, amigo o enemigo, le raja la lengua y en la rajadura le echa sal:

"porque así el animal no puede ir a decirle a su compañero: Julano fue quien me mató, y luego la familia vengue al muerto"
(Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995).³⁹

³⁹ La comunicación entre *animal-tono* y *hombre-tono* no siempre se realiza en tan críticas circunstancias, y son numerosos los relatos en que aparecen *hombres-tono* que tienen conocimiento de algunos acontecimientos que ocurrieron fuera de su presencia, pero que gracias al *animal-tono* los conocen.

Planificación Familiar. El papel de las parteras rurales***

"Yo diría que eso de la planificación es una burla que se le hace a Dios nuestro señor Yo digo pues, a mi imaginación y a mi entender, porque a Dios nadie le puede quitar el poder..."

"Y los médicos lo que quieren es números de salpingoclasias, números de control ... eso es lo que quieren, los números"

4.1 Modernización sanitaria en México

En México, así como en la mayoría de los países latinoamericanos, los programas de desarrollo para alcanzar un completo crecimiento económico y social han intentado seguir las mismas líneas que rigen a los programas de los países avanzados o modernos. Considerando que la "modernización" de dichos programas es la única llave para solucionar los problemas de los países pobres se pretende, básicamente, que las instituciones y los valores de los países avanzados sean el modelo apropiado a seguir por otros países que no han sido capaces de desarrollarse de la misma manera. Así, el gobierno mexicano propone aplicar dicho modelo en los programas educativos, sanitarios, agrícolas, etc., con lo cual, consecuentemente, todos los sectores de la sociedad se beneficiarán.

*** Este capítulo está basado en la información recabada en las entrevistas a parteras, pacientes de éstas, médicos que atienden el Centro de Salud en Cuajinicuilapa y Ometepec; en la información facilitada por la Secretaría de la Mujer y la Secretaría de Salud de Chilpancingo; y en los datos recopilados por el INEGI.

Como resultado de ello la nación ha quedado dividida; una parte está altamente urbanizada y desarrollada, mientras que otra (la de mayor proporción) se conforma por un sector rural basado en la economía de subsistencia y/o empleos agrícolas de temporal. Asimismo, la educación, los servicios de salud, las comunicaciones, los transportes y todos los beneficios del desarrollo están altamente centralizados en las principales ciudades de el país, especialmente la Ciudad de México, su capital (Simonelli, J., 1987); mientras tanto, las regiones menos urbanizadas carecen de dichos servicios.

La adopción del modelo occidental dentro de las instituciones del sistema de salud ha generado una variedad de problemas, lo cual ha repercutido económica, política y culturalmente en el sector poblacional más desprotegido. Por otro lado, el sistema de salud durante mucho tiempo no tomó en cuenta las contribuciones de la medicina tradicional, sino que consideró que ésta no colaboraba en el desarrollo de la industria nacional. No es sino hasta hace unas cuantas décadas que los programas de salud mexicanos han empezado a considerar las contribuciones que la medicina tradicional ha hecho a la medicina moderna y, precisamente, una de las maneras en las de hacer esto es propiciando la conservación de algunas prácticas tradicionales, ejemplo de ello es la recomendación de que se prolongue el periodo de lactancia.

A lo largo de este capítulo expondremos que la incorporación de las fuentes indígenas a las prácticas médicas en las áreas rurales ha resaltado tres elementos:

- a) la incapacidad de las políticas de salud para llevar el modelo moderno de salud a las áreas rurales o a los grupos marginados;
- b) la crisis en la economía;
- c) las políticas encaminadas a controlar el crecimiento poblacional.

En el marco de la relación institución gubernamental-parteras estos tres factores son de suma importancia, por lo que en este capítulo se hablará en especial de los incisos a y c.

4.2 Antecedentes históricos

A la llegada de los españoles a México, la medicina practicada por la población indígena estaba impregnada de elementos mágicos y religiosos y, por su parte, la medicina española era practicada bajo los estatutos de la doctrina hipocrática y la religión católica. Es después de la conquista española cuando las medicinas indígena, española y africana se relacionan de tal manera que hasta la fecha éstas siguen retroalimentándose. Sin embargo, la medicina española nunca reconoció a los practicantes de las otras dos, sino que los consideraba ignorantes y primitivos.

Durante este periodo (1521-1821) fue cuando se desarrollaron las bases del dicotómico sistema de salud. Por un lado, la medicina europea estaba limitada a las ciudades y servía sólo a las poblaciones españolas y "criollas" mientras que, por el otro, las medicinas indígena y africana se convirtieron en la "medicina popular", ya que estaban al servicio de las poblaciones indias y negras que vivía en las áreas urbanas y rurales. El Consejo de las Indias (1628), el cual reguló todas las colonias españolas, estableció las reglas para controlar toda práctica médica. Al Protomedicato se le responsabilizó de supervisar la práctica propia, de enseñar la medicina y de todo aquello que se relacionara con la higiene y la salud pública.¹ Bajo estas prescripciones el desarrollo de las escuelas médicas coloniales se inició, todos los practicantes que estaban fuera del sistema médico formal eran acusados de brujería y, por lo tanto, sujetos a persecución por la Santa Inquisición.

¹ Martínez Manautou, Jorge, La revolución demográfica en México 1970-1980, 1985, . 38.

Así pues, llegamos a las postrimerías del siglo XIX con dos tradiciones médicas de gran relevancia: una enriquecida por el estatus científico, y la otra cada vez más ignorada y perseguida.

Después de la Guerra de Independencia (1821), el Protomedicato fue abolido y reemplazado por la Autoridad Médica del Distrito Federal, la cual se encargó de regular el servicio de salud para las diferentes ciudades. Sin embargo, el Estado ante la imposibilidad de proveer de cuidado sanitario a varias comunidades, concentró dichos servicios en las ciudades principales. Durante ese tiempo, los servicios de salud pública estaban reducidos al tratamiento del agua, a sacrificar a los animales enfermos, al uso de cementerios y, cuando era necesario, al control de las epidemias (Álvarez, José, 1960).

Fue en 1833 cuando el Centro de Ciencias Médicas se fundó en la Ciudad de México. La creación de dicha institución permitió romper con las prácticas médicas coloniales, ya que éstas eran consideradas sumamente dogmáticas para los cambios culturales y para el ambiente científico del momento. La principal influencia vino entonces de las escuelas francesas y alemanas; los puntos de vista dogmáticos con respecto a la salud y a la enfermedad fueron reemplazados por nuevas nociones de experimentación: "ciencia positiva" y "nueva tecnología". Así pues, esta tendencia siguió a lo largo de dicho siglo.

Durante el Porfiriato (1876-1910), el positivismo fue la filosofía ideológica de la época. Con respecto a los asuntos de la salud, éste reforzaba la dicotomía entre la medicina tradicional y la nueva medicina "moderna" (Flores, Francisco A., 1886), la cual estaba basada en la experimentación, en el proceso de evolución y en el escenario positivo -o científico-. En este periodo los estudios de la medicina tradicional fueron hechos bajo la perspectiva positivista, por lo que la consideraron como precursora de la medicina científica. Algunas prácticas sanitarias tradicionales que anteriormente se

juzgaron útiles, bajo este enfoque se convirtieron en instancias aisladas. A su vez, las interpretaciones que aquélla hace acerca de las enfermedades y de la salud se tuvieron como expresiones de gente ignorante.

En las últimas décadas del siglo XIX, el número de médicos entrenados bajo la supervisión del Consulado de Salud se incrementó de 18 en 1844 a 250 en 1886.² Los médicos que por ese tiempo estudiaban en las universidades mexicanas seguían los estudios franceses, esto es debido a que los avances químicos y el potencial del uso de las plantas para extraer una multiplicidad de productos y las hierbas medicinales estaban recibiendo una gran consideración de parte de los médicos. Sin embargo, la medicina popular aún no eran reconocida, aunque sí llegó a haber sus excepciones.³

Al iniciar la siguiente centuria hubo algunos intentos por rescatar ciertas prácticas médicas y el uso de las hierbas medicinales tradicionales, ya que se pensó que tenían un "valor científico".⁴ Sin embargo, estos movimientos no reconocieron la existencia de una medicina tradicional, y aquellas prácticas médicas tradicionales de las que tuvieron conocimiento fueron juzgadas como costumbres de comunidades aisladas.

Los gobiernos posrevolucionarios (1910-1940) hicieron algunos esfuerzos por satisfacer la demanda de servicios de salud pública; ejemplo de ello son la creación del Consejo de Salubridad (1911) y del Departamento de Salubridad (a raíz de la Constitución de 1917), construcción de hospitales, promoción de campañas de higiene y

² Lozoya, Xavier, "Visión histórica de la medicina tradicional", 1982, p. 30.

³ El Instituto Médico Nacional, fundado en 1888 por el General Carlos Pacheco, es ejemplo de esto. Durante las Guerras de Intervención sus soldados sólo confiaban en los curanderos tradicionales y en sus remedios para tratar las heridas de guerra. Por lo que fue muy apreciada la importancia de las hierbas medicinales. En este ámbito, dicho Instituto fue un pionero, sin embargo, sus esfuerzos por impulsar el conocimiento científico, basado en las fuentes medicinales indígenas, fueron aislados.

⁴ Los trabajos de León (1910), Ocaraza (1935), Fernández (1960) son ejemplo de ello (citados por Viezca Treviño, Carlos, "Veinte años de investigación en medicina tradicional en México", 1987).

erradicación de epidemias, construcción de vías de drenaje, etc.⁵ No obstante, las crisis fiscales de dichos regímenes los forzaron a que depositaran algunas de estas tareas en el apoyo económico de agencias internacionales, como la Rockefeller Foundation.⁶ Por su lado, el Estado no pudo hacer extensiva la capacidad organizativa para todo el país, por lo que "la planificación desde el centro no se hizo esperar".⁷ Durante estos años, a pesar de los esfuerzos realizados, sólo una pequeña proporción de la población tuvo acceso a los servicios médicos.⁸

En 1943 se creó la Secretaría de Salud y Asistencia Pública (SSA), ésta fue responsabilizada de proveer de servicios curativos y preventivos a las poblaciones urbanas y rurales. Sin embargo, desde el principio, el presupuesto de dicha agencia no correspondió con la magnitud de sus metas (Soberón, Guillermo, 1983), consecuentemente, los servicios estuvieron limitados a las áreas urbanas y a muy pocas zonas rurales. Este intento de descentralización urbana fue reforzado cuando el gobierno creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (1944) y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (1960), los cuales se fundaron para atender algunas demandas de los trabajadores industriales y públicos.

Fue a principios de la década de los sesenta cuando el término "medicina tradicional" dejó de tener una connotación negativa. El trabajo de Aguirre Beltrán,

⁵ Ejemplo de ello fue la inauguración de la Escuela de Salud Pública y el Instituto de Higiene en 1922.

⁶ Algunos cursos, pensionados en el extranjero, comisionados especiales, asistencia de médicos a congresos internacionales, etc. (Álvarez, José, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, 1960, p. 163.

⁷ Hernández Llamas, Héctor, La atención médica rural en México 1930-1980, 1984, p. 21.

⁸ En uno de los intentos por resolver este problema, el gobierno dictó, en 1936, la "Ley para la coordinación y cooperación de los servicios de salud coordinados en los estados y territorios". Además, durante el gobierno cardenista y, como parte de los programas de la Reforma Agraria, fueron creados los "servicios médicos ejidales" (con el objeto de mejorar las condiciones de los agricultores) y los "servicios médicos rurales cooperativos" (con el propósito de llevar los modernos servicios sanitarios a las regiones rurales más marginadas).

Medicina y magia, en 1963 sugirió una reconsideración de la medicina tradicional en México. Él explicó que la medicina tradicional contemporánea es producto del periodo colonial en el que, a través de un largo proceso, la medicina española, indígena y negra se sincretizaron generando la medicina tradicional mexicana.

La década siguiente estuvo caracterizada por el descubrimiento que hicieron las organizaciones internacionales de salud y los organismos públicos oficiales mexicanos de la medicina tradicional como un fuente de implementación del cuidado primario de la salud. Así pues, con ello se inició la investigación de las hierbas medicinales, la inclusión de los curanderos como agentes viables para el cuidado de la salud y el desarrollo de programas que son puentes de comunicación entre la medicina tradicional y la moderna. Para el caso de las asistentes tradicionales del nacimiento esto significa el reconocimiento a los servicios que han prestado en sus comunidades durante centurias.

Por lo tanto, podemos decir que después de 1940 las políticas sanitarias del gobierno mexicano respondieron más a las demandas políticas que a algunos planes sistemáticos. Este modelo de operación patrocinó una multiplicidad de cuerpos administrativos, mientras que los servicios públicos de salud frecuentemente coincidían de forma parcial y actuaban independientemente con una pequeña coordinación entre ellos mismos (ver cuadro No. 1).

Sin embargo, varias leyes y programas nacionales de salud que han sido creados en décadas recientes no han alterado los fundamentos institucionales de la administración de salud pública y continúan enfocándose a la medicina curativa en las áreas urbanas.

En general, el sistema de salud contemporáneo mexicano, siguiendo los mismos patrones de desarrollo de otros sectores de la sociedad; i.e. la modernización -bajo los

modelos occidentales- se ha impulsado con la intervención estatal⁹ y, al adoptar el modelo occidental de medicina y servicios de salud pública, no se adecuó a la realidad ni a las necesidades del país. Igualmente, es posible detectar que la medicina mexicana occidentalizada, con su orientación hacia la especialización y a la alta tecnología, al enfatizar el cuidado individual en vez de interesarse por la salud pública, ha tenido efectos negativos en la salud de la población, ya que ésta no es abastecida con igualdad de servicios.

Así pues, podemos decir que en México la modernización del sistema sanitario excluyó a la medicina tradicional y a sus practicantes, ya que éstos eran considerados como ineficientes e inadecuados, sin considerar que dichas fuentes pueden contribuir a generar estrategias de desarrollo más autónomas y a reducir el costo de algunas prácticas médicas.

Recientemente, los programas de salud pública se están enfocando a las necesidades del cuidado de la salud en las poblaciones rurales.¹⁰ Para lograr esto se ha solicitado la participación de aquellos miembros de las comunidades que colaboran o están encargados de suministrar el cuidado de la salud, con lo cual se intenta dar prioridad a la medicina primaria (como es el cuidado materno-infantil), por lo que desde 1973 se ha establecido contacto con las parteras, sin embargo la incorporación de las prácticas médicas tradicionales, así como de sus practicantes han generado algunos

⁹ El artículo 73 de la Constitución Mexicana establece que la responsabilidad del Estado es suministrar, a través de organizaciones nacionales (El Departamento de Salud Pública), el cuidado de la salud a la población mexicana, para lo cual fueron determinados los abastecimientos generales y obligatorios para toda la nación (Martínez Manautou, J., *op. cit.*, 1985, p. 39). Desde esta base legal, el gobierno tomó a su cargo las tareas de difundir y administrar el sistema de salud pública. Para lograr esto, el Estado primero ofreció los servicios sanitarios a los trabajadores gubernamentales que lo demandaran; en segundo lugar modernizó el sistema médico, ya sea enviando a algunos médicos a estudiar a Estados Unidos o a través de subsidios a universidades y a centros médicos de investigación. Finalmente, controló la profesión médica por medio de algunas regulaciones, como lo fue la generación de empleos en los crecientes servicios de salud pública (Cosío Villegas, Ismael, "Algunas reflexiones sobre medicina", 1981).

¹⁰ Ejemplo de ello es la creación del programa IMSS-COPLAMAR (1979).

problemas, ya que para la sociedad occidentalizada el conocimiento científico, caracterizado por la habilidad, la astucia y los conocimientos, es transmitido mediante un proceso formal de educación (D'Onofrio, Pamela, 1982). Es así como la dicotomía entre "lo moderno" y "lo tradicional" conlleva el siguiente problema: "no existe una medicina netamente tradicional, y/o moderna, ni tampoco totalmente moderna. Esto es porque no existen individuos tradicionales, ni grupos que no hayan incorporado la medicina moderna a sus conductas o prácticas. Aún más, hay una continuidad entre 'lo moderno' y 'lo tradicional', sino que 'lo moderno' y 'lo tradicional' son construcciones metodológicas y no realidades históricas."¹¹

Sin embargo Xavier Lozoya (1982) argumenta que tanto la medicina tradicional como sus prácticas están interconectadas con las prácticas modernas científicas y, como todo conocimiento, cambian con el tiempo. Ciertas prácticas y creencias son mantenidas gracias a su centenaria utilidad y a que han probado ser elementos estratégicos en la subsistencia de las diferentes comunidades.

Como ya se explicó arriba, la medicina tradicional mexicana incorpora elementos indígenas, africanos y españoles, los cuales están basados en el conocimiento empírico de las hierbas medicinales e incorporan ritos y ceremonias mágico-religiosas (A. Beltrán, G., 1963). Pero, a pesar de que la medicina tradicional ha sobrevivido junto con la medicina moderna, ésta ha sido sistemáticamente ignorada por la literatura médica. De hecho es hasta fechas recientes en que se le ha incorporado a los programas de salud.

¹¹ Menéndez, Eduardo, "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", 1987, p. 27. Por su parte, D'Onofrio, Pamela, "Technology economic development and the division of labor by sex", 1982, al respecto argumenta que el principal problema es que para la sociedad occidentalizada el conocimiento científico (caracterizado por la habilidad, la astucia y los conocimientos) es transmitido mediante un proceso formal de educación, mientras que el conocimiento popular se adquiere mediante la convivencia familiar y comunal, por lo que para muchos carece de validez científica.

problemas, ya que para la sociedad occidentalizada el conocimiento científico, caracterizado por la habilidad, la astucia y los conocimientos, es transmitido mediante un proceso formal de educación (D'Onofrio, Pamela, 1982). Es así como la dicotomía entre "lo moderno" y "lo tradicional" conlleva el siguiente problema: "no existe una medicina netamente tradicional, y/o moderna, ni tampoco totalmente moderna. Esto es porque no existen individuos tradicionales, ni grupos que no hayan incorporado la medicina moderna a sus conductas o prácticas. Aún más, hay una continuidad entre 'lo moderno' y 'lo tradicional', sino que 'lo moderno' y 'lo tradicional' son construcciones metodológicas y no realidades históricas.¹¹

Sin embargo Xavier Lozoya (1982) argumenta que tanto la medicina tradicional como sus prácticas están interconectadas con las prácticas modernas científicas y, como todo conocimiento, cambian con el tiempo. Ciertas prácticas y creencias son mantenidas gracias a su centenaria utilidad y a que han probado ser elementos estratégicos en la subsistencia de las diferentes comunidades.

Como ya se explicó arriba, la medicina tradicional mexicana incorpora elementos indígenas, africanos y españoles, los cuales están basados en el conocimiento empírico de las hierbas medicinales e incorporan ritos y ceremonias mágico-religiosas (A. Beltrán, G., 1963). Pero, a pesar de que la medicina tradicional ha sobrevivido junto con la medicina moderna, ésta ha sido sistemáticamente ignorada por la literatura médica. De hecho es hasta fechas recientes en que se le ha incorporado a los programas de salud.

¹¹ Menéndez, Eduardo, "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", 1987, p. 27. Por su parte, D'Onofrio, Pamela, "Technology economic development and the division of labor by sex", 1982, al respecto argumenta que el principal problema es que para la sociedad occidentalizada el conocimiento científico (caracterizado por la habilidad, la astucia y los conocimientos) es transmitido mediante un proceso formal de educación, mientras que el conocimiento popular se adquiere mediante la convivencia familiar y comunal, por lo que para muchos carece de validez científica.

Así pues, en este hemos tratado de demostrar dos cosas:

- 1a.) la vital actuación del Estado en la formación y dirección del proceso modernizador de los servicios de salud;
- 2a.) la adopción de valores, organización y tecnología occidentales en todas las instituciones gubernamentales.

Al mismo tiempo, estos dos aspectos se enfrentan a dos problemas:

- a) los costos de la medicina curativa se han incrementado, así como la dependencia de la farmacéutica extranjera y de la tecnología médica. Aunque, el Estado por su parte, frente a la generalizada crisis económica de las décadas recientes, ha comenzado a reconocer el potencial de las contribuciones de los cuidados tradicionales a la salud;
- b) ante la imposibilidad de hacer llegar a las áreas rurales las nuevas políticas de control poblacional, evitando los altos índices de morbi-mortalidad materna,¹² el Estado ha promovido la implementación de programas para parteras, los cuales han sido puestos en vigor desde 1973.¹³

¹² La PF es una de las formas más básicas e importantes de cuidado sanitario para las mujeres. Reforzando y expandiendo los PPF puede ser que las tasas de embarazo y de morbi-mortalidad materna descendan (Koblinsky, Timyan y Gay, *op. cit.*, 1993).

¹³ La consideración de los agentes tradicionales de salud en las décadas recientes en los llamados países del Tercer Mundo está basada en la incapacidad de extender el sistema de salud occidental a todos los sectores de la población.

Aunque, a su vez es preciso mencionar que este problema también está presente en los países más industrializados, ya que el acceso a los servicios médicos no están distribuidos entre todos los sectores de la población. Según Vicente Navarro, "Health and medicine in the rural United States", 1976, la mayoría de las áreas rurales en el mundo tienen limitados servicios de salud en comparación con los servicios ofrecidos en las áreas urbanas. Por ejemplo, en los Estados Unidos, y más específicamente en los Apalaches, las minorías tienen poco acceso a un buen cuidado de la salud; Szasz, Ivonne, *op. cit.*, 1995, refuerza también esta última aseveración.

En México, la historia ha demostrado que la implementación del modelo sanitario occidental para atender las necesidades de la mayoría de la población es un proyecto costoso que los gobiernos no pueden sufragar. El cuidado moderno de salud sólo es accesible para las áreas urbanas, mientras que las áreas rurales únicamente tienen acceso a incompetentes servicios modernos de salud, o peor aún a ninguno de ellos ya que, bajo la perspectiva gubernamental, las pequeñas comunidades no necesitan un gran hospital con personal entrenado e instrumentos y máquinas sofisticadas que requieren de una gran inversión de capital, sino que más bien, estas comunidades necesitan de programas educativos de salud preventiva. La medicina preventiva, se piensa, erradicará la mayoría de las enfermedades y de los problemas sanitarios en dichas regiones.

Consecuentemente, la partera es un agente importante a ser considerado por las organizaciones internacionales y por los gobiernos que suministran apoyo sanitario a las madres y a los niños. Por lo tanto, debido al:

- acelerado crecimiento poblacional;
- altos índices de morbi-mortalidad materna;¹⁴
- hecho de que las parteras tienen un mayor acceso a las mujeres rurales;
- los servicios que aquéllas ofrecen son reconocidos y aceptados socialmente; la cantidad y periodicidad de los embarazos de las mujeres rurales, los cuales afectan la salud femenina;

las mujeres rurales y las parteras han sido consideradas como agentes de vital importancia para los programas de planificación familiar.¹⁵

¹⁴ El 99% de la morbilidad materna mundial tiene lugar en los países en desarrollo: "cerca de medio millón de mujeres mueren cada año como resultado del embarazo, pero si se considera el número de mujeres que mueren a causa de los abortos, el número sería más grande" (Sai y Nassim, "The need for a reproductive health approach", 1989, p. 98).

4.3 La incorporación de las parteras tradicionales a la medicina institucionalizada

En las décadas recientes ha habido un creciente interés por parte de organizaciones internacionales de salud para incorporar a los miembros de las comunidades rurales y para hacer uso de sus servicios: "resultado de esto es el interés por estudiar los conocimientos y habilidades de las parteras y la promoción de los programas de planificación familiar".¹⁶

En México, al ser las parteras quienes atienden más del 60% de los partos, la alta tasa de muertes femeninas y fetales no necesariamente tiene que estar relacionada con su práctica, pero sí muchas de las veces pueden estar conectadas con las condiciones de pobreza y desnutrición en las que las mujeres viven, la carencia de servicios sanitarios,

¹⁵ Los programas de adiestramiento de parteras que hasta 1972 consideraban exclusivamente el cuidado materno-infantil, para 1977 implementaron los programas de planificación, en los cuales el papel que juegan las parteras tradicionales es de vital importancia.

En Cuaji pudo reconocerse a través de la Encuesta Rural de Planificación Familiar, realizada por el IMSS en 1981, que la escasa cobertura de atención materno-infantil es atribuible al personal médico, ya que sólo un 43% de las embarazadas, un 57% de las parturientas y un 17.8% de las puerperas fueron revisadas por este personal. La partera empírica o rural mostró un papel más relevante, ya que realizó un 19% de las revisiones prenatales, atendió el 54.4% de los partos y vigiló el 31% de los puerperios.

Asimismo, en el Programa de Planificación Familiar de Guerrero (1992), se reconoce que los principales errores cometidos por dicho programa en la Costa Chica Guerrerense son:

- a) carencia de cuadros técnicos para llevar a cabo investigaciones sobre población;
- b) modos de vida y creencias profundamente arraigadas en algunos sectores de la población;
- c) la falta de un conocimiento general sobre las acciones de población y la comprensión de sus efectos sobre los niveles de bienestar entre la ciudadanía;
- d) la continuidad de los programas de ajuste estructural del Gobierno Federal y las consiguientes limitaciones presupuestales a las acciones de población.

Por lo tanto, "en cuanto al cumplimiento por componente, el Institucional de Planificación Familiar de la Tierra Caliente y de la Costa Chica no alcanzó la meta. En la Costa Chica existió un problema en la programación, ya que no se contempló la implicación de 40 localidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura, lo que motivó que se diera mayor peso al componente institucional ocasionando que aparentemente el comunitario tuviera un logro superior" (SSA *et al.*, Programa de Planificación Familiar, Guerrero, 1992, p. 63).

Véanse los cuadros No. 4, 5 y 6.

¹⁶ Simpson-Hebert *et al.*, Traditional midwives and family planning, 1980, p. 441.

los tabúes y las tradiciones propias de las comunidades, las cuales muchas veces dañan a la madre y al recién nacido. Al confirmar esto deseamos hacer patente que "las causas principales de la morbi-mortalidad materno-infantil no pueden ser resueltas únicamente por las parteras tradicionales, aunque éstas, en varios países, sí han sido de gran apoyo para los programas sanitarios implementados por el Estado".¹⁷

La creciente población y la baja producción y productividad de los bienes y servicios que han de satisfacer las necesidades de vida (como son alimentación, vivienda, vestido, calzado, educación, recreación, salud, trabajo, etc., además de la gran dispersión de la población, las dificultades de acceso para llegar a las comunidades) junto con las políticas gubernamentales en torno a la economía y los patrones culturales propios de cada entidad, dificultan la disponibilidad de servicios de atención médica para la salud de la población que reside en el medio rural.

Por otro lado, los principales riesgos y daños a la salud, sobre todo en el medio rural, determinados por un ambiente insalubre y una alimentación deficiente y agravados por una conducta reproductiva que conduce a un número excesivo de embarazos (iniciados a edades tempranas, continuados a edades tardías, e incluso muy frecuentes) son factores que influyen e incluso determinan el adiestramiento de parteras tradicionales.

Además del deterioro de la salud de la población, la mujer está también condicionada por los riesgos y daños de la salud a los que su género está expuesto. Estos daños son identificables por las altas tasas de morbi-mortalidad: infantil, preescolar y materna, causadas por cáncer, enfermedades venéreas, SIDA, etc. Asimismo, se tienen que considerar las implicaciones que el ambiente insalubre, la insuficiente y deficiente alimentación y la casi total carencia de instrucción escolar

¹⁷ Leedam, Elizabeth, "Traditional birth attendants", 1985, p. 256.

conlleven a la salud pública. Por otro lado, habrá que tener en cuenta la "conducta reproductiva no planeada, la cual conduce a un número excesivo de embarazos (frecuentes e iniciados a edades tempranas) los que, a su vez, tienen repercusiones muy desfavorables para la madre y para el niño" (Bravo Barrientos, Hiram, 1990).

Es por esta situación que el gobierno está capacitando a las parteras para que atiendan eficazmente los partos, esto no con el objeto de que el personal médico oficial compita con ellas por la clientela, sino para ofrezcan instrucción pertinente en los servicios a la salud.¹⁸ Empero, es preciso señalar que los médicos y enfermeras no han podido hacer a un lado todos los prejuicios que tienen con respecto a las parteras, por lo que éstas en algunas comunidades de Cujinicuilapa siguen siendo menospreciadas e incluso consideradas como peligrosas (Entrevistas, Cuajinicuilapa, 1995).¹⁹

Ya que las parteras son un agente de salud alternativo para las mujeres y los niños, el gobierno en las comunidades rurales se evita los costos del suministro de servicios sanitarios (los cuales son ofrecidos para la población trabajadora urbana y para las clases más altas) intensificando, a su vez, la descentralización urbano-rural.

¹⁸ Véase para más referencias IMSS-COPLAMAR, Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales, 1989.

¹⁹ Para aclarar aún más esta aseveración, podemos decir que en el libro Capacitación dialogada por experiencia para las parteras rurales, publicado por el IMSS-COPLAMAR, *op. cit.*, p.p. 30-31 dice: "otras medidas preventivas 'nefastas' que se utilizan en el medio rural consisten en que las mujeres durante el embarazo suelen darse baños de temazcal, o cuidarse de 'influencias', como las del arco irris y los eclipses". Siendo que, como ya se ha dicho anteriormente, este tipo de creencias corresponden a una lógica cultural en la que muchas de las veces las prácticas o creencias referentes al embarazo resultan ser inocuas e incluso benefactoras para la salud de la madre o del neonato.

Asimismo, en el libro Veinte años de medicina rural, escrito por Salvador Aguilar, dice en la p. 99: "veámos, cómo atiende la partera un parto. Huelga decir que, por analfabetas, no tienen la menor idea del mecanismo del parto, de anatomía, patología, etcétera". En la p. 102 del mismo libro encontramos: "como se ve, toda la 'ciencia' de estas pobres mujeres, a quienes no se sabe si compadecer o condenar se reduce a poner a pujar antes de tiempo, a comprimir las vísceras con una ligadura y a quemar el ombligo del niño con parafina derretida..." Cabe mencionar que el autor arriba mencionado es director médico del sanatorio particular "Siglo XXI" de la Ciudad de Oaxaca, secretario de la Sociedad de Médicos Generales del mismo estado y presidente de la Cruz Roja Mexicana de Tlacolula.

Así pues, en 1972 los programas para parteras fueron implementados a nivel nacional a través del sistema de salud pública (IMSS, 1984; Fraustro, 1985; SSA, 1985; Bravo Barrientos, 1990) y, entre las organizaciones que participaron en los cursos de adiestramiento estuvieron la SSA, el INI, el IMSS.²⁰ La calidad de programas varía conforme la institución que lo imparta. De acuerdo con la SSA, el éxito de los cursos de entrenamiento depende de las fuentes de la institución de salud y del personal que implemente el programa, por lo que "los resultados pueden ser positivos en algunas regiones y pobres en otras".²¹ Esto puede verse reflejado en el número de programas y en la proporción de parteras que aceptaron, después de los cursos, cooperar con el sistema de salud para remitir los casos difíciles referentes a partos o a la PF.²²

El IMSS es la institución que ha implementado los mejores programas para entrenar a las parteras, ya que organiza cursos en todos los hospitales regionales para facilitar y asegurar la participación de las parteras que viven en los municipios, e introduce cambios que contemplan las demandas de las parteras. Además el material y las fuentes administrativas que ofrece aventajan otros servicios de salud.²³

Así pues, el adiestramiento de parteras ha sido el resultado de las diversas políticas que tienen las diferentes instituciones públicas con respecto a la salud y a la PF en las áreas rurales. Por ejemplo, la SSA entrena a los trabajadores comunitarios de

²⁰ En el caso de Guerrero la SSA es la encargada de llevar a las parteras afroestizas dichos programas. El IMSS trabaja en otras zonas rurales no afroestizas, mientras que el INI colabora en las zonas con población indígena.

²¹ Parra, Alicia, *The role of midwives in rural Mexico: an analysis of changing health policy*, 1989, p. 90.

²² En Cuaji conforme se han ido incrementando los recursos económicos va aumentando el número de parteras que confían en los hospitales, las que recomiendan el uso de anticonceptivos o las que remiten los partos difíciles. Aunque, es aún muy visible que si la paciente se rehúsa asistir al hospital o a usar anticonceptivos, la partera le ofrece los servicios que aquélla le demanda (Entrevistas a parteras, Cuajinicuilapa, 1995).

²³ Consúltense para más referencias Barrientos Bravos, Hiram, *Las parteras rurales en México. Investigación operativa para los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar*, 1990.

salud, quienes pueden o no ser parteras que participen en el Programa Rural de Salud, mientras que el IMSS se enfoca especialmente a entrenar a las parteras tradicionales que viven en las comunidades rurales.

Es necesario, a su vez, mencionar dos factores de suma importancia que también intervienen en este proceso:

1) a pesar de las diferencias entre los cursos de adiestramiento que las diferentes instituciones gubernamentales brindan, el contenido de éstos puede dividirse en tres partes:

- a) captura de la información referente a las características generales de las parteras;
- b) disponibilidad de las parteras a ser incorporadas a los PPF;
- c) nivel de eficacia que las parteras tienen al convertirse en agentes de los PPF.

2) Los programas para parteras (impartidos por el IMSS o la SSA) han tenido que superar tres problemas principales:

- a) el contenido de aquéllos está basado en la obstetricia médica occidental, la cual no acepta como verdadera ciencia a la medicina tradicional;
- b) la instrucción y la práctica educativa están basadas en la suposición de que las parteras han tenido experiencia escolar sin considerar que las parteras prefieren hacer uso de su habilidad para aplicar

construcciones abstractas en el momento de practicar (Jordan, B., 1989).²⁴

Es decir, la enseñanza ofrecida por las instituciones gubernamentales es contraria a las maneras en que las parteras aprenden su oficio, ya sea a través del aprendizaje, la observación directa o su propia experiencia de los partos;

- c) los programas continúan menospreciando tanto a la medicina tradicional como a las técnicas de las que hacen uso las parteras.

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, los resultados de los adiestramientos y de la investigación antropológica sugieren que las parteras tradicionales son los agentes ideales para remediar la ruptura entre el sistema de salud pública y la población rural.²⁵

No obstante, algunos adelantos institucionales son necesarios en la incorporación de parteras, teniendo como el principal de ellos los incrementos en los incentivos económicos que se otorgan a las parteras, esto con el objeto de que éstas sean atraídas hacia los programas de entrenamiento y de que sigan asistiendo a las reuniones (Population Reports, 1981). Sin embargo "las mejoras necesitan ser hechas en el contenido de los programas".²⁶ Al respecto, algunos investigadores²⁷ han recomendado los cambios en las actitudes hacia las parteras por parte de los oficiales públicos de

²⁴ Con esto nos estamos refiriendo al entorno mágico-religioso que contextualiza un parto; ejemplo de ello es la protección que debe tener una mujer embarazada ante los eclipses, los diferentes significados atribuidos al cordón umbilical, etc.

²⁵ Pensamos que esto se debe principalmente a que las parteras son reconocidas como agentes de salud en sus comunidades.

²⁶ Entrevista hecha al Mtro. Robledo, SSA de Chilpancingo, 1996.

²⁷ Entre los cuales se encuentran: Aguirre Beltrán, Benoit, Cosminsky, Lozoya, Módena, Potter, Parra, Castañeda, entre otros.

salud, es decir, éstos deben dejar de considerar que la "superioridad" de la medicina occidental debe orientar y corregir las prácticas tradicionales (como son: cambiar la posición de parto, discordar con el uso de las hierbas medicinales, separar al neonato de su madre una vez que el parto ha terminado, no prolongar los periodos de lactancia, etc.), ya que muchas de éstas, como se menciona en el capítulo anterior, han sido benéficas a las mujeres y a los niños.²⁸

Con respecto a la lactancia, los actuales programas médicos piden que las parteras recomienden a las mujeres que alimenten a sus hijos con comida suplementaria en una edad temprana (Entrevista, Cuajinicuilapa, 1995). Estudios como el de Joseph Potter *et al.*, (1987) reportan que una gran proporción de parteras que recibieron entrenamiento en las instituciones públicas de salud, en comparación con aquéllas que nunca fueron entrenadas, recomendaron la comida suplementaria para los niños menores de seis meses de edad.²⁹ Sin embargo, existen algunos médicos conscientes de estos problemas, por lo que reconocen que varias de las nociones enseñadas en las escuelas médicas son erróneas.³⁰

²⁸ Muchas de las muertes de madres e hijos se deben a enfermedades infecciosas, complicaciones del embarazo, nutrición deficiente de la madre, ambiente antihigiénico, parto prolongado, inmadurez o bajo peso al nacer, tétanos proveniente de fuentes que no son el corte del cordón umbilical, discontinuación precoz de la lactancia y, como lo sugieren las altas tasas de muerte pos-natal entre bebés del sexo femenino, descuido deliberado de los bebés de dicho sexo. Estos factores no están relacionados con la práctica de la obstetricia.

Revisese para mayor información Population Reports, "Las parteras tradicionales y la planificación familiar", 1981; Cosminsky, S., "Childbirth and change: a guatemalan study", 1982 y "La atención del parto y la antropología médica", 1992; Benoit, Cecilia, "Traditional midwifery practice: the limits of occupational autonomy", 1989; Parra, Alicia, "Midwives in the mexican health system", 1993; Castro, Roberto, "Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar", 1993 y "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo", 1995.

²⁹ Considerando lo que nos dicen Potter, J. *et al.*, "The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in Rural Mexico", 1987, y el Mtro. Robledo, -entrevista ya antes mencionada-, podemos agregar que en las condiciones de pobreza de los hogares cuajinicuilapeños este tipo de alimentación puede causar a los infantes infecciones y desnutrición.

³⁰ El personal médico entrenado bajo el paradigma de la medicina moderna ha reconocido que la medicina tradicional contiene legítimo conocimiento y procedimientos prácticos para promover mejoras a la salud.

Aunque todavía se requiere investigar la incorporación de las costumbres de las practicantes tradicionales a la medicina moderna, la situación actual de las parteras en el México rural ha sido mejorada en la última década, ya que éstas han sido reconocidas y estimuladas para trabajar con las instituciones públicas y para incorporar y promover la anticoncepción moderna.

4.4 Problemas que afectan el éxito de los programas dedicados al adiestramiento de parteras

A pesar de la variedad de programas de planificación familiar que involucran a las parteras tradicionales todos enfrentan ciertos problemas básicos. La mayoría de ellos, como el apoyo político, la capacitación y la supervisión, son comunes a todos los proyectos de desarrollo basados en la comunidad, pero otros, como la selección de las parteras tradicionales que se van a capacitar y las técnicas específicas adecuadas para la capacitación y la supervisión, pueden ser sólo pertinentes a los programas de parteras tradicionales. Probablemente no existe una solución apropiada para estos problemas, pero hay algunos enfoques que posiblemente hagan que dichos programas sean más eficaces, aún bajo condiciones diferentes. Dichas dificultades son:

4.4.1 Apoyo del gobierno y de los servicios de salud

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

médico estrictamente jerárquico no las ha mantenido alejadas de su trabajo tradicional: atender partos y practicar el arte de curar mujeres. Sin embargo, esa manera de tratarlas puede hacer más difícil obtener su participación, o aun su apoyo tácito a las nuevas iniciativas, como la planificación familiar, que puede ser fácilmente mal interpretada por las parteras, ya que se consideraría como una actividad dañina o que les roba a sus clientas. Por consiguiente, los primeros pasos deberían consistir en asegurar que las parteras capacitadas practican legalmente, por tanto deben ser tratadas con respeto por los demás practicantes.

La cooperación informal entre las practicantes modernas, los centros gubernamentales de salud y las parteras es bastante amplia en el campo de la obstetricia, aunque es imposible hacer una medición cuantitativa de ella. No obstante, en la planificación familiar la experiencia sugiere que se necesita la aprobación y el respaldo del gobierno, especialmente si aquéllas habrán de distribuir anticonceptivos orales en forma directa a sus clientes.

Si bien existen algunos proyectos privados, no gubernamentales, la mayoría de los proyectos cuentan con respaldo gubernamental respecto a sistemas de capacitación, licencias, supervisión, abastecimiento, y pago.

Para mantener los programas que involucran a parteras frente a la indiferencia o aun a la oposición que puede esperarse de algunos practicantes modernos, incluyendo las auxiliares de enfermería más jóvenes y las parteras capacitadas, se necesita una unidad gubernamental vigorosa de apoyo, (en el caso de Cuaji, sería la SSA). No es necesario que el gobierno nacional desempeñe un papel de liderazgo en la iniciación del programa; aunque también en algunas ocasiones las instituciones privadas podrían desempeñar un papel prominente. Este tipo de organización, cuando tiene la autorización legal y la capacidad para proporcionar estos servicios puede crear sus propios programas que complementen los del gobierno.

4.4.2 Apoyo comunitario

Aún contando con un compromiso genuino del gobierno en los programas de planificación familiar y en la incorporación de parteras tradicionales en ellos, el apoyo de la comunidad es crucial, ya que las parteras son integrantes de sus comunidades y reflejan las creencias y las prácticas de ellas y, al contrario de los empleados gubernamentales asalariados, su ingreso depende directamente de la comunidad. Además, en la medida de lo posible, tanto las parteras como la comunidad deben participar en el diseño de los programas de adiestramiento.

Una contribución que puede hacer tal revisión del trabajo de las parteras y de su posición en la comunidad en el diseño del programa es la referente al estatus social de la partera, ya que el reconocimiento y la cooperación de los líderes comunitarios constituyen el principio básico para llevar a cabo cualquier programa de salud. Una forma de conseguir y también medir el apoyo de la comunidad es preguntar a las (os) clientes sobre el desempeño de las parteras tradicionales en el programa (Entrevista al médico encargado del Centro de Salud de Cuajinicuilapa, 1995).

Cualquier programa de capacitación y de servicios que incluyan practicantes tradicionales, debe abarcar también medidas para que toda la comunidad tome conciencia de los beneficios que pueden proporcionar los practicantes después de haber sido capacitada. Estas medidas podrían comprender celebraciones al final de los cursos, reuniones vecinales, materiales impresos, o aun anuncios por la radio.

4.4.3 Selección

La selección de parteras para su capacitación y participación en programas de planificación familiar está llena de interrogantes, como por ejemplo:

- ¿Debe ser abierta la capacitación a todas las parteras o debe seleccionarse solamente a unas pocas?
- ¿Es necesario que las parteras cumplan ciertos requisitos de edad, alfabetización, experiencia, o actividad para que sean consideradas en la selección?
- ¿Quién debe hacer la selección, la comunidad o el centro de capacitación?
- ¿Debe capacitarse también a otras aldeanas enérgicas e influyentes para que colaboren en la planificación familiar?³¹

Los programas actuales tienden a ser más selectivos, y requieren, al menos oficialmente, alguna experiencia en atención de partos, un mínimo de alfabetismo, menos de 60 años e interés por la capacitación y la participación en el programa. El reclutamiento de parteras más jóvenes tiene ventajas, ya que existe mayor posibilidad que sepan leer y escribir, sean enérgicas, tengan una actitud más positiva hacia la planificación familiar, estén dispuestas a aprender nuevas técnicas, y vayan a permanecer activas durante muchos años. Por otra parte, las parteras de mayor edad generalmente tienen más influencia sobre sus clientes, la comunidad y sobre las

³¹ Preguntas como estas ha tenido que responderse la Secretaría de la Mujer para poder adiestrar a las parteras, para ello han llevado a cabo algunos estudios sobre la situación socioeconómica de las parteras cuajinicuiléñas. Aunque, según nos informó Profa. Ma. Esthela Maldonado (encargada de coordinar estos programas): "toda aquella partera que desea ser adiestrada tiene derecho a que el Estado le proporcione la enseñanza solicitada" (Entrevista, Secretaría de la Mujer de Chilpancingo, 1996).

parteras más jóvenes. Aunque, por otro lado, convendría contemplar que la selectividad puede ser autofrustrante.³²

4.4.4 Capacitación

La capacitación de las parteras con respecto a la planificación familiar plantea numerosos problemas, que en especial incluyen:

- a) selección y entrenamiento de las instructoras;
- b) desarrollo de métodos y materiales de enseñanza adecuados para personas analfabetas.

En la mayoría de los programas se utilizan enfermeras-parteras o parteras auxiliares como instructoras, ya que se estima que tienen los mejores conocimientos de obstetricia, por la relación (más estrecha) con las parteras que se están adiestrando y, por su calidad de mujeres, son más aceptables y más pacientes como profesoras.

Sin embargo, se pueden presentar desventajas que superan estas ventajas. Por ejemplo, la diferencia de edad entre las enfermeras jóvenes y las parteras crea un problema serio: "las jóvenes carecen de conocimiento de las creencias, actitudes, costumbres, tradiciones, lengua y valores de la gente rural" (Entrevistas a parteras, Cuajinicuilapa, 1995). Otro problema importante de la capacitación es que el personal

³² A partir de las entrevistas hechas a las parteras cuajinicuileñas, pudimos darnos cuenta que algunas al no haber sido llamadas a los adiestramientos se sienten frustradas, e incluso se muestran resentidas con el Centro de Salud de la entidad.

de salud a menudo no sabe cómo enseñar a la gente que no sabe leer ni escribir. Obviamente, los métodos estándares de enseñanza, como libros y conferencias, no son apropiados, pero aun las películas y los papelógrafos pueden ser tan difíciles de interpretar para una partera como puede serlo, por ejemplo, un diagrama de circuito electrónico para una persona que no es técnico en electricidad.

4.4.5 Remuneración

La remuneración personal es un asunto importante y delicado para todo el mundo, pero los funcionarios con estatus profesional a veces ignoran este hecho. Debido a que las parteras en general trabajan por un tiempo parcial y a menudo se autoconsideran servidoras de la comunidad, la mayoría de los programas no proporcionan remuneración por su trabajo en la planificación familiar. Asimismo, tampoco se ha considerado compensarlas (a excepción de entregarles un equipo de UNICEF) después de su capacitación en obstetricia.

Pero consideramos que la situación puede ser diferente en lo que se refiere a la planificación familiar, pues para las parteras que dependen de los honorarios de partos reducir la cantidad de embarazos significa disminuir su ingreso. Al mismo tiempo, la planificación familiar requiere de un trabajo extra, ya que es necesario aprender nuevas informaciones y nuevas funciones.

En Cuaji los pagos hechos por las clientes por servicios que la partera presta interfieren con el patrón tradicional de los practicantes privados pero, si toda la comunidad reconociera que los programas de capacitación mejoran las técnicas de atención de parto las parteras podría cobrar un honorario más alto.

Asimismo, allí donde la partera sirve de depositaria y recibe suministros de anticonceptivos de parte del gobierno para su distribución, ella podría vender condones, espermaticidas y anticonceptivos orales, en la misma forma en que vende ahora medicinas herbáceas. Sin embargo, dado que en México se tiene la política de prestación gratuita de servicios y suministros de salud a través de los centros gubernamentales de salud, ha sido difícil vincular en forma efectiva a las parteras que cobran honorarios con la red de salud del gobierno.

4.4.6 Evaluación

En la evaluación de los programas de planificación familiar existen dos consideraciones especiales. En primer lugar, las parteras y algunos otros servidores públicos de salud influyen en la vida de las comunidades rurales, estén o no involucradas en los programas de planificación familiar, por consiguiente el costo de su no inclusión en uno de estos programas debe tenerse en cuenta en la misma forma en que se consideran los costos y beneficios de su inclusión. En segundo lugar, aunque todos los programas tienen algunos costos y beneficios (los cuales no pueden medirse en forma exacta), las utilidades en los programas con parteras (que no pueden cuantificarse en el corto lapso de una evaluación) pueden ser los efectos más importantes a largo plazo.³³

4.4.7 Costos

Obviamente, las parteras solas no mantendrán un programa importante de planificación familiar. Por lo tanto, el hecho de que valga o no la pena involucrarlas, depende de los recursos que deben gastarse y de la valoración del aporte que ellas hacen una vez que están operando en el programa, es decir de su costo-eficacia.

³³ Para más referencias véase Population Reports, *op. cit.*, 1981; OMS/OPS/SSA, El perfil de la partera tradicional en México, 1994.

Así como no se pueden medir algunos de los beneficios importantes que brinda la participación de las parteras, también puede ser difícil averiguar algunos de los costos principales, por ejemplo el esfuerzo político, la preparación, el apoyo administrativo y el tiempo del personal de atención en salud implicado en la capacitación y la supervisión. Estos son recursos valiosos que no se renuevan con facilidad; cómo emplearlos es algo que debe decidirse tan cuidadosamente, así como la forma en que se gastará el dinero.

Pero, sin los datos completos sobre los resultados del proyecto, la posibilidad de hacer una evaluación acuciosa de los costos y beneficios de los programas para parteras en comparación con otros proyectos de planificación familiar es algo que está aún muy lejos.

Mientras tanto, persiste la impropia necesidad de una colaborar más estrechamente con las parteras, quienes todavía atienden la mayoría de los nacimientos en Cuaji. Asimismo existe un gran requerimiento de suministrar y llevar voluntariamente los servicios de planificación familiar justamente en aquellas zonas donde las parteras son más activas:

"los programas destinados a instruir a las parteras en los aspectos apropiados de las técnicas modernas del parto y de atención de la salud materno-infantil serían deficientes si no incluyeran la planificación familiar como componente fundamental". (Entrevista al Mtro. Robledo, Secretaría de Salud, Chilpancingo, 1996).

Aún más, debe evaluarse su función comparándola con la de otros propagandistas de planificación familiar, así como observar lo que pueden lograr en forma independiente con respecto a la planificación familiar y dentro de los programas oficiales.

4.5 Planificación Familiar en el México rural: el papel de las parteras

Todas las culturas han encontrado la manera de controlar su reproducción (Towler y Bramall, 1986). La prevención del embarazo existe formal e informalmente en todas las culturas. En México, por ejemplo, desde tiempos remotos, ha habido prácticas para prevenir o para cesar el embarazo (Cosminsky, S., 1977).

En 1927, el adiestramiento de las parteras tradicionales se inicia en las Comunidades Cooperativas del Departamento de Salubridad en el Puerto de Veracruz; continúa en los años treinta en las Estaciones de Adiestramiento para Médicos y Enfermeras responsables del adiestramiento de parteras en Cuernavaca, Morelos. En la década de los cuarenta se inicia dicha actividad en la Comarca Lagunera (Coahuila, Durango -en la región yaqui-), en el Estado de Tlaxcala y otros, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, estos programas, auspiciados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, inician su declive en los años que van de los cincuenta a los sesenta, muy a pesar de la integración de los Distritos Sanitarios y la Creación de Centros Rurales para la detección materno-infantil, debido a la falta de apoyo económico y del gobierno. No obstante, en 1972 vuelven a recibir apoyo oficial y el respaldo de otras instituciones gubernamentales como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, Confederación Nacional Campesina, Compañía Nacional de Subsistencias Populares, Cruz Roja Mexicana, los gobiernos estatales y otros pero, además en Octubre de 1976, Luis Echeverría entonces presidente de la República, aprobó el Reglamento de Parteras Empíricas Capacitadas, publicado en el Diario Oficial del 25 de Octubre de ese año.

A partir de 1974 el IMSS en sus programas de promoción del desarrollo y bienestar general de las comunidades rurales organizó veinte centros de adiestramiento para parteras a cargo del personal de enfermería, el cual fungió como instructor en los hospitales del Programa de Solidaridad Social en varios estados de la República;

constituyendo de esta manera otra importante etapa en la capacitación de parteras tradicionales. De ahí que, a fines de 1976 se adiestraron 5 048 parteras en un total de 324 cursos. Desde 1977 los cursos de capacitación incluyen lo relacionado a la planificación familiar. Tales programas se amplían hacia 1978, hecho que se revela de 20 centros de adiestramiento a 41 y, de esa forma, cada delegación estatal del IMSS cuenta con 1 ó 2 hospitales generales de zona como sedes.

No obstante estos avances, aún se desconoce con precisión la situación geográfica, socioeconómica y cultural del 90% de las 90 000 parteras rurales estimadas hacia 1994 (SSA, 1994). ¿Cuántas son realmente? ¿Dónde están localizadas? ¿En qué rango de población operan? ¿Cuántas de estas parteras han sido capacitadas por las diversas instituciones del Sector Salud? ¿Cuántas son susceptibles de capacitar? ¿Sobre qué hay que capacitarlas? ¿Cuál es la naturaleza de los problemas y obstáculos que presenta -con respecto a la transmisión del oficio de la obstetricia- la generación adulta de las parteras empíricas en comparación con la joven? ¿Cuál es la situación real y perspectivas de las parteras rurales de este país?

Operativamente se puede decir que el vínculo más importante entre las personas capacitadas y las instituciones de salud pública, se dio a través de las actividades relacionadas con la planificación familiar, las cuales inicialmente estaban orientadas a la protección anticonceptiva de la población, y cuando dicha protección evolucionó estas actividades llegaron a considerarse como indicativo médico preventivo frente a los factores de riesgo reproductivo de la población.

Con el fin de destacar esta decisión y como estímulo al papel que desempeñan las parteras rurales en el cuidado de la salud de la población, la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del IMSS, promovieron el establecimiento del "Día de la Partera Rural del IMSS", el cual quedó definido para el día 18 de Junio de cada año.

En 1983 se inician los cursos de readiestramiento para parteras rurales y se elabora un paquete didáctico para capacitación. Posteriormente (1985) se incorpora a los cursos el enfoque de riesgo reproductivo en la atención anticonceptiva y, en 1987, se inicia la elaboración del material didáctico y de difusión para la capacitación y apoyo a las actividades de campo de las parteras rurales.

En México, en las últimas décadas, varios han sido los exámenes aplicados por el Programa Nacional de Planificación Familiar del IMSS. Estos exámenes analizan las características demográficas de las parteras y evalúan su incorporación a la planificación familiar.

La selección de las áreas geográficas para los exámenes está basada en la apropiación que las diferentes regiones han tenido con respecto a los programas para parteras implementados por las instituciones públicas (IMSS, SSA, DIF, INI).

Asimismo, otra condición a considerar la constituyen las políticas de gobierno concernientes al poblamiento nacional. Al principio las parteras son adiestradas para atender el nacimiento de los niños, el cuidado de éstos y las madres,³⁴ posteriormente, hacia la década de los setenta, dadas las necesidades originadas por el sobrepoblamiento y la sistemática crisis económica, política y social, la política gubernamental no sólo nacional sino internacional, dirige su rumbo hacia los programas de planificación familiar nacional, en donde la partera tradicional no sólo debe atender los nacimientos, sino que también tiene que participar en los programas de salud de sus comunidades.

³⁴ Desde el siglo XVII (1750), en México se estableció la aplicación de exámenes a parteras para que éstas pudieran ejercer (Revisése para más información Karchmer Krivitsky, Samuel, "La ginecología y la obstetricia", 1993).

En estos programas de salud el gobierno ha incorporado en la capacitación aspectos de atención primaria de la salud, saneamiento del medio ambiente y autosuficiencia alimentaria, intentado reforzar el rol de las parteras y habilitarlas para la transformación y desarrollo de las comunidades donde actúan (Correu, Sánchez y Cabello, 1986).

Por su parte la SSA integra el esquema del programa de capacitación de parteras en cuatro áreas básicas:

- 1) atención del embarazo, parto y puerperio;
- 2) atención del menor de 5 años;
- 3) salud reproductiva y planificación familiar;
- 4) alimentación y saneamiento ambiental.

Al término de la capacitación inicial, cada partera recibe un maletín que contiene instrumental básico.³⁵ Durante el tiempo que duren los cursos de capacitación y las reuniones periódicas la SSA se hace cargo de los gastos de traslado de las parteras, comida y estancia (en los casos que se requiera).³⁶ Las parteras cuajinicuileñas tienen

³⁵ Al menos reciben: un estetoscopio de Pinard, unas tijeras, dos pinzas de Kelly curvas, una perilla de hule para extraer flemas y, un cepillo quirúrgico. También se les proporciona una bata blanca, una identificación que les acredita y facilita su atención médica cuando la requieren y un diploma que hace constar que recibieron la capacitación.

³⁶ Algunas organizaciones internacionales como UNICEF, UNIFEM, o algunas instituciones japonesas han colaborado económicamente en las propagandas anticonceptivas mexicanas. En Cuaji, por ejemplo, trabaja UNICEF junto con algunas organizaciones japonesas. Para 1992 el PPF contó con el presupuesto normal federal, el de inversión estatal directa, el apoyo de la ONU y el de la UNICEF, teniendo un presupuesto de 209 162 900 millones de pesos, con un incremento del 30.9% anual, con los cuales se continuó financiando los

que ir a tomar los cursos de adiestramiento a Ometepec, pequeña ciudad que se ubica a 30-40 minutos de distancia de Cuaji, si los cursos duran 3-5 días la SSA paga únicamente los gastos de transporte y comidas, pero si los cursos toman de 5-15 días, la SSA les proporciona una "beca" de estudio y cubre los viáticos.³⁷

Así pues, en algunos países como México existe la siguiente paradoja: mientras que se proponen planes de entrenamiento, las parteras son suprimidas como asistentes médicas a través de un proceso que primero las profesionaliza y luego las transforma en una especie de enfermeras. Se observa también que esta política respecto a las parteras se corresponde con orientaciones emanadas de organismos internacionales".³⁸ A su vez, la política oficial al respecto ha sido incapaz de llevar eficaz y totalmente a estos medios la atención médica; es decir, el Estado se encuentra ante un doble problema: por un lado "dejar hacer" y, por otro lado re-proponer el adiestramiento de parteras y su incorporación formal al sistema de salud, buscando el control de su ejercicio mediante el "mejoramiento" de su práctica.³⁹ Teniendo con esto que uno de los efectos del impulso por parte de la Secretaría de Gobierno al trabajo de las parteras ha sido reducir la importancia social de la partera (Latapí, Pablo, 1985).

servicios personales de la brigada móvil, algunos apoyos de medicamentos y material de curación para la Estrategia de Extensión de Cobertura Sanitaria de la Costa Chica y la Montaña (SSA, Reseña Testimonial. Tomo II, 1994).

³⁷ Generalmente la beca es de \$250-370 (Información proporcionada por la Secretaría de la Mujer de Chilpancingo, 1996).

³⁸ González, Ana I, "La profesión de obstetricia: género y subordinación" 1990. p. 6.

³⁹ Estudios como el realizado por Pilar Parra, op. cit., 1989, consideran que la partera empírica es incorporada en el sistema nacional de salud de México dada la imposibilidad del Estado para atender y hacer llegar la planificación familiar a las zonas rurales y marginadas con otro personal y a otro costo.

Al respecto la OMS considera que:

"el problema no consiste en definir la función de la partera tradicional en el sistema moderno de prestación de atención de salud, sino en determinar la función que pueda desempeñar el sistema-moderno para ayudar a la partera tradicional a realizar con más seguridad las tareas que ejecutan en general".⁴⁰

Asimismo, es preciso ver la otra cara de la moneda: la aceptación de los métodos anticonceptivos por las mujeres y los hombres cuajicuileños.

En las últimas dos décadas, una creciente proporción de mujeres en edad reproductiva ha empezado a usar los métodos modernos de anticoncepción, lo cual no era usual antes de 1970. Este hecho, está reflejado en la estable tasa de fertilidad total,⁴¹ teniendo como resultado tasas más bajas de mortalidad.⁴² Dichas tasas han sido a su vez consecuencia de los cambios en las políticas de crecimiento poblacional.

⁴⁰ OMS, Parteras tradicionales, 1979, p. 6.

⁴¹ En Guerrero la fecundidad representa el comportamiento siguiente: la región Acapulco registra la menor tasa de natalidad, seguida por la región Centro, Norte, Costa Chica (con una población del 12.2% del total de la entidad), Costa Grande, Tierra Caliente y la Montaña -a la cual le corresponde la tasa de fecundidad más alta-. En Cuaji, se pueden distinguir claramente dos tendencias en el comportamiento de las tasas de fecundidad del municipio durante el periodo de 1920-1990, una ascendente que va de 1920-1970; y otra descendente que va de 1970-1990. Mientras que, el promedio de hijos nacidos vivos por mujer pasó de 4.2 en 1970 a 3.5 en 1980, y a 3.3 en 1990.

⁴² En 1993 las cinco principales causas de muerte en mujeres cuajincuiléñas fueron:

1. diagnósticos (varios): 37.1%
2. parto normal: 23.8%
3. causas obstétricas directas: 10.9%
4. enfermedades del aparato digestivo: 6.0%
5. enfermedades por infecciones intestinales: 5.9%

Para mayor información véase INEGI, Anuario estadístico del Estado de Guerrero, 1994.

En Cuaji, por lo general, la aceptación de los PPF muestran dos caras:

1) basada en los apuros económicos de los hogares;

2) apoyada en las normas culturales y en la falta de acceso a los servicios públicos de salud.

Por lo tanto, podemos aseverar que allí existen diversos factores que hacen difícil establecer dichos programas. Considerando que estos elementos pueden ser causados por la falta de "modernización" en la estructura social en la que las condiciones económicas de pobreza y desigualdad generan un concepto racional de los hijos.⁴³

En cuanto al rechazo del uso de anticonceptivos el primero de los elementos que sobresalen es: la pobreza económica de la infraestructura de los hogares -característica en la mayoría de la población cuajinicuileña-, la cual otorga a los hijos un valor económico. En la agricultura de subsistencia, donde la labor y la falta de capital son básicos para la producción agrícola, se coloca a los miembros de la familia en un lugar muy importante (Caldwell, John, 1978). Los niños son considerados como fuentes de trabajo para el hogar y la producción agrícola, ellos son futuros jornaleros asalariados que ayudarán a incrementar el ingreso familiar, garantizando el sustento de sus padres cuando estén viejos (García, 1983; Zúñiga *et al.*, 1986); otro factor con incidencia es la tasa de mortalidad infantil, la cual es más alta en las áreas rurales que en las urbanas.⁴⁴ Por lo tanto, las familias rurales están poco dispuestas a reducir el número de hijos, ya que su deseo es tener más hijos que sobrevivan a las edades más adultas.

⁴³ Núñez, Leopoldo, "La fecundidad en el proceso de modernización y el ahorro", 1982, p. 199.

⁴⁴ Recuérdese que Cuaji (ciudad que cada vez se urbaniza más) es la cabecera municipal de 90 comunidades afromestizas, las cuales carecen de los servicios públicos elementales -como son: agua, luz, drenaje y hospitales-. Además, según reportes de la Secretaría de la Mujer de Chilpancingo, la Costa Chica es una de las regiones guerrerenses con una tasa de mortalidad materno-infantil más alta.

Otro elemento que puede influir en la disminución del uso de anticonceptivos está basado en los factores culturales: valores y tradiciones. En Cuaji las mujeres son valoradas por su capacidad de ser madres; así es como la mujer debe probar la fertilidad, ya que la noción de esperar que los niños vengan después del matrimonio es ajena. Aún más, la noción de la varonilidad del esposo es probada mediante un alto índice de hijos. Allí son los esposos los que deciden si las mujeres usan anticonceptivos y, en caso de usarlos, ellos deciden cuáles son.⁴⁵ Y, cuando la PF se acepta, la participación del hombre prácticamente está limitada a la aceptación del condón.⁴⁶

"¿Y usted sabe cómo funciona el dispositivo?"

- No. Yo no siento nada. No es que diga usted que me duele mucho o que sienta yo algo. No nada.

-¿Pero le explicaron cómo iba a funcionar?"

- Nada ... nomás le digo yo a usted, iba yo cada mes, me lo revisaban ...

-¿Y usted cómo se imagina que funciona?"

- Ni me imagino, no le digo a usted que no me duele ni siento náusea; no sé como funciona.

-¿Y sabe dónde quedó puesto?"

-No, nomás ... ya ajusté cinco años con él."

"¿Y qué método están usando?"

- Pues mire, ella es la que sabe. La señora es la que sabe"

(Entrevistas, Cuajinicuilapa, 1996).

⁴⁵ De hecho, las entrevistas arrojan un alto índice de mujeres que se niegan a usar anticonceptivos porque sus maridos no lo aceptan.

⁴⁶ Del total de las intervenciones quirúrgicas -con fines anticonceptivos- practicadas en los Centros de Salud de Ometepe y Cuajinicuilapa el 94.5% se practicaron en mujeres y el 5.4% en hombres (Secretaría de Salubridad y Asistencia, Análisis de los resultados del programa de planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, 1991).

Además, una de cada cinco mujeres en edad fértil ha optado por un método permanente, mientras que sólo uno de cada ciento treinta hombres ha aceptado la vasectomía.

La metodología empleada hasta 1991 para la programación de nuevos usuarios, no era la adecuada para una entidad, ya que se registran diferencias muy grandes de tasas de retención entre un año y otro, por lo que se considera que probablemente las metas fueron un tanto elevadas, situación que es respaldada aún más por el hecho de que no fue necesario alcanzar la meta de usuarios nuevos para lograr y aun rebasar la de activos.

No siempre está claro cuáles prácticas de las parteras tradicionales son peligrosas. No sólo gran parte de las prácticas de las parteras son benéficas, sino que también las prácticas obstétricas cambian y lo que se recomienda en un momento puede ser criticado en otro. Aunque la limpieza y la técnica aséptica siempre son beneficiosas, existe muy poca evidencia científica en el sentido de que sentarse o caminar durante el parto sean dañinos, que el masaje es necesariamente peligroso, que no pueden utilizarse sin riesgos el bambú recién cortado o un hilo para cortar o amarrar el cordón umbilical, o que el parto hospitalario es siempre más seguro que el domiciliario. Algunas prácticas tradicionales, como la cauterización con un vela del muñón cortado del ombligo (que se hace en México) puede ser tan seguras como el uso de tijeras esterilizadas (véanse los cuadros No. 2 y 3).

Por lo que, finalmente, podemos aseverar que la clave de los programas de planificación familiar en las zonas rurales es: hasta qué punto una mejor capacitación de las parteras y una mejor comunicación entre los servicios sanitarios gubernamentales y las parteras pueden eliminar algunas de estas causas de mortalidad. El tétanos, por ejemplo, puede reducirse en parte mediante el uso de un cuchillo, una navaja o un hilo estériles para cortar o amarrar el cordón, y puede ser casi totalmente eliminado con los programas de inmunización; pero aún así, las campañas de inmunización necesitan del apoyo de las practicantes tradicionales. Otras infecciones pueden reducirse en forma considerable con mayor limpieza, aunque hay que contemplar que no es fácil mantener

un ambiente estéril bajo las condiciones de los hogares cuajinicuileños: de insalubridad, de escasez de agua potable y electricidad.

A las parteras tradicionales se les puede enseñar a recomendar y proporcionar medios para la planificación familiar pero, si tienen que remitir a las mujeres a otra persona para que les entregue los anticonceptivos, es posible que esto no les produzcan ningún entusiasmo. Asimismo, se les puede capacitar para que reconozcan oportunamente las complicaciones y lleven a los centros u hospitales los casos difíciles, empero si los programas de adiestramiento no contemplan dicha problemática el resultado puede ser nulo o incluso peor.

Desde el siglo XV, el sistema mexicano de salud se ha desarrollado siguiendo las líneas del modelo sanitario occidental. Actualmente, la modernización del sistema de salud es parte del plan de desarrollo que el país se ha propuesto para este siglo. Así, inicialmente el derecho al cuidado de la salud y la responsabilidad estatal de atender las necesidades sanitarias de la población fueron establecidos con la Constitución de 1917, desde entonces el Estado es el encargado de beneficiar a la población con el suministro de los servicios sanitarios a través de varias organizaciones, las cuales pueden dividirse en tres grupos:

- 1) servicios de bienestar;
- 2) servicios de seguridad social;
- 3) servicios especiales de las organizaciones gubernamentales.

Aunque también algunos servicios médicos privados se ofrecen en México.

El acceso a los servicios de salud está altamente estratificado por los diferentes sectores de la sociedad y, la calidad de servicios varía enormemente; la cobertura del sistema de salud está limitada tanto social como espacialmente, por tal motivo podemos decir que el éxito de este proceso ha sido parcial. Es en las áreas rurales donde el sistema de salud ha sufrido más cambios, ya que en ellas los niveles de mortalidad, morbilidad y desnutrición reflejan la desigual distribución de riqueza y la falta de acceso a los servicios.

La crisis económica que en México se ha vivido desde la década de los setenta ha afectado la capacidad del Estado para atender los servicios de bienestar social. Durante estos años y a principios de los ochenta con la tasa de inflación disminuye el gasto gubernamental en los servicios de salud, poniéndose en duda la efectividad de algunos servicios que el gobierno provee. Una de las explicaciones que en la presente tesis damos a este problema es que la occidentalización de estos programas (cuyos costosos instrumentos tecnológicos y farmacéuticos son principalmente de origen extranjero) carecen de las herramientas para atender eficazmente las necesidades de la población.

Recientemente debido a la crisis económica del país, el gobierno mexicano se ha visto imposibilitado para cubrir todas las necesidades sanitarias de las diversas comunidades rurales; a pesar del crecimiento de los puestos de salud creados por el IMSS, y de los esfuerzos de la SSA por expandir el número de hospitales rurales, es claro que varias áreas rurales todavía no han sido favorecidas por estos programas.

Según pudimos comprobar, más de la mitad de las mujeres rurales confían en las parteras y, por lo que parece, esta situación no va a cambiar drásticamente.¹ No obstante, las políticas de gobierno y las instituciones médicas han banalizado, durante mucho tiempo, a los agentes tradicionales de salud, dejando en el olvido su valor médico y psicológico.

Sin embargo, en años recientes (desde 1973) el gobierno ha desarrollado programas para incorporar a las parteras tradicionales al sistema institucionalizado, el cual está encargado de proveer servicios de cuidado materno-infantil y, específicamente de incorporar a las parteras a los programas de planificación familiar (Alarcón, 1986; Martínez, 1985).

¹ Mojarro O., Cárdenas C., "Cobertura y disponibilidad de los servicios de Atención Materno Infantil", 1986, p. 307.

Así pues, esta tesis estuvo dedicada al estudio de la incorporación de las parteras tradicionales al sistema de salud institucionalizada. Hemos argumentado que su inclusión ha sido originada por la relación de dos factores:

- a) la incapacidad del sistema de salud pública para suministrar el cuidado sanitario correspondiente a todas las áreas del país, rurales y urbanas;
- b) la implementación de las políticas de salud.

En este contexto es que analizamos a las mujeres usuarias de los servicios que las parteras ofrecen. Los hallazgos de dicho análisis apoyan la noción de que las mujeres prefieren a las parteras para tener a sus hijos: más de la mitad de las mujeres rurales confían en las parteras. Asimismo, los factores culturales, sociales y económicos, (destacando sobre todo estos últimos, ya que tiene gran influencia en la decisión de las mujeres que han tenido más hijos, que viven en comunidades remotas y con poco acceso a las poblaciones más urbanizadas) determinan en gran medida la elección de las parteras. Todas estas características nos indican que:

- el desarrollo de los programas para incorporar a las parteras en el sistema sanitario puede ser dado, prioritariamente, en áreas remotas con acceso limitado a las instituciones formales sanitarias;
- el suministro del sistema referido puede encauzar a que las parteras remitan los casos difíciles a los proveedores formales de salud.

Igualmente, hemos comprobado que en la elección de las mujeres respecto al tipo de atención que tendrán durante el parto influye el tamaño de la comunidad: más de la mitad de las mujeres que viven en comunidades con menos de 2 500 habitantes no son partidarias de la planificación familiar. Así también, analizamos importantes factores que determinan el uso de anticonceptivos, como son: la educación, el número de hijos que las mujeres han tenido, la edad de éstas, las características de sus viviendas, etc. Otro de los factores más importantes que influyen en este proceso es el hecho de que la mujer en su último parto haya sido atendida por algún servicio de salud público: las mujeres que en su último parto fueron atendidas por una partera, con menos probabilidad usaron anticonceptivos, en comparación con aquéllas que fueron atendidas en una clínica privada o pública.

Como ya se mencionó arriba, las parteras han sido caracterizadas por ser mujeres que vienen de una tradición popular que brindan sus servicios con un sentido no lucrativo, humanista y de proyección social (lo que les otorga prestigio y reconocimiento social), su aprendizaje, de carácter empírico, históricamente ha sido menospreciado por la medicina oficial. Sin embargo, en los últimos años son buscadas por el Estado para entrenarlas y articularlas a los programas sanitarios gubernamentales, encontrándose, de esta manera, involucrado un problema social (de clase), ya que las parteras atienden a la población (predominantemente femenina) de sectores populares y marginados que no cuenta con el acceso a los servicios de salud pública o bien no hace uso de éstos y a la que el Estado se ha visto imposibilitada de llevar la planificación familiar.

En este marco la incorporación de las parteras tradicionales ha sido el camino más efectivo para que dichos programas lleguen a las mujeres rurales. Es decir, con la ya mencionada crisis de los setenta, las políticas gubernamentales empiezan a poner su mirada en las practicantes sanitarias tradicionales, las cuales desde entonces, son las principales encargadas de impulsar los programas de planificación familiar y los cuidados básicos para la salud, convirtiéndose de esta manera en promotoras de salud. Es, precisamente, dentro

de este contexto que hemos evaluado el papel de la partera, tanto en el cuidado materno-infantil como en los servicios de planificación familiar.

Por otra parte, las parteras han probado ser capaces de ayudar a las mujeres en el proceso de parto y en los aspectos relacionados a él. Ejemplo de ello son: el fomento de la lactancia materna; el uso de determinadas posiciones para parir; los masajes externos para corregir la posición del bebé; el apoyo psicológico que la presencia de la partera ofrece, ya que sus servicios, muchas de las veces, se acompañan de componentes religiosos, lo que hace que las pacientes sientan más confianza con la partera; el control de embarazos; etc. Quedando demostrado de esta manera que la incorporación de la planificación familiar a los servicios que las parteras ofrecen no contradice el interés que ésta tiene en los partos, sino que por el contrario, sus servicios, al incorporar la planificación familiar quedan complementados.

Por la naturaleza de las funciones de las parteras y el margen de ambigüedad existente respecto al carácter y alcance de los servicios que proporcionan y, siendo parte de la comunidad a la que atienden, aquéllas ejercen dentro de sus comunidades un considerable poder de influencia en la forma de conducir la vida sexual y procreativa.

Entre el personal sanitario institucional (médicos y enfermeras) existe la tendencia de asignarle a la partera una "categoría baja", considerándola ignorante, supersticiosa y peligrosa, aunque goce del respecto local. Muchas de las veces, con la capacitación que se le da el prestigio o la posición que tienen dentro de su comunidad sufre cambios, ya que su participación en los cursos de capacitación constituye un proceso social de "subordinación" al sistema oficial de salud donde la fuente de legitimidad es el saber. La partera adiestrada, que en el proceso de capacitación recibe instrucciones de utilizar remedios patentados en lugar de hierbas, así como de enviar al médico los casos que presentan o puedan presentar problemas y complicaciones, adquiere de esta manera una mayor dependencia con respecto a la medicina occidental y sus representantes y, a medida que esto aumenta va

disminuyendo su autoridad, pudiendo llegar a dudar de su propia idoneidad. Para evitar esto podemos sugerir que en los cursos de adiestramiento se debe procurar no se amenazar la autoestima, ya vacilante, de las parteras.

Asimismo, podría pensarse que la equivalencia partera=madre experimentada es uno de los factores que determina el carácter ambiguo que tiene la representación social de esta tarea, motivo por el cual la tarea de maternaje que realizan las mujeres queda socialmente invisibilizada al no ser considerada un trabajo sino un "servicio de amor", de igual modo gran parte de las actividades que las parteras realizan al acompañar y asistir a las mujeres en el parto quedan oscurecidas y son consideradas como "cualidades esenciales del ser mujer". Esta "naturalización de las tareas que realizan las parteras sirve socialmente para legitimar el lugar subordinado que tienen frente al saber/poder médico y, consecuentemente, justificar un fenómeno de discriminación ocupacional de género".²

El análisis aquí presentado sobre los programas de capacitación de parteras tradicionales y su incorporación al programa de planificación familiar en México, a través de cursos impartidos por parte de las instituciones de salud -concretamente la SSA-, se inserta dentro de la perspectiva de género tomando como base las críticas planteadas en torno a la ausencia de la participación de las mujeres en el diseño de las políticas de población y los programas de planificación familiar. En el caso de los programas dirigidos a parteras tradicionales tampoco se ha considerado la participación de las parteras en su diseño, sino que el adiestramiento ha consistido en la transmisión de las normas biomédicas sobre la "correcta" atención del embarazo, parto, puerperio, así como la promoción de métodos de planificación familiar (DIU y OTB) y la distribución de pastillas anticonceptivas, por lo que consideramos que la capacitación e incorporación de parteras del programa de planificación familiar forma parte de la política de disminución de la fecundidad.

² Graschinsky, Yudith Leonor; Rodríguez Giles, Estela, "De la comadrona a la partera profesional. Una investigación sobre las condiciones de trabajo y el rol de obstétrica en Argentina", 1994, p. 128.

Desde la perspectiva de género se ha reconocido el hecho de que las parteras han colaborado a reducir el número de hijas e hijos, pero también se ha planteado que éstas no han cuestionado los papeles estereotipados de madre y padre ni los contenidos simbólicos e imaginarios de la maternidad y la paternidad, de esta manera se considera que esta reducción en el número de hijos no redefine a la maternidad y la paternidad como actos y funciones trascendentes en sí mismos, es decir, que no convierte la reproducción en valiosa por el hecho de generar vida.³ De igual manera, no se puede negar que los avances en la gineco-obstetricia moderna ofrecen más seguridad a madres y recién nacidos en partos complicados. Tampoco se pretende negar que la práctica de las parteras pueda ser mejorada en aspectos como la higiene y la asepsia. Sin embargo, no se puede exigir que las parteras proporcionen una atención y práctica más segura para las mujeres que recurren a ellas, sin considerar sus necesidades, ya que el mejorar las condiciones de trabajo y de vida de las parteras y de las madres a quienes atienden evitaría la mayoría de las complicaciones que se les presentan en los partos (que desde la antigüedad son resultado de una mala calidad de vida) (Carrillo, Ana Ma., 1988).

El enfoque de los estudios de género acertadamente ha sugerido pensar en las políticas de población no como acciones dirigidas a alterar el comportamiento de una o más variables demográficas, sino en acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la reproducción de la población, que es el de la sociedad (De Barbieri, 1991; Salles y Tuirán, 1995a; Szasz, I., 1995). En esta misma línea, se sugiere considerar a las parteras y sus necesidades particulares en el diseño de las políticas y programas que buscan su integración en los servicios de salud materno-infantil y la planificación familiar, para lo cual se requiere del reconocimiento del valor de sus prácticas y de la contribución del cuidado tradicional de la salud, así como de la investigación de los elementos y prácticas que las parteras han desarrollado y transmitido a través del tiempo.

³ De Barbieri, Teresita, "Género y políticas de población. Una reflexión", 1991, p. 16.

De acuerdo con otros estudios, en el presente se considera necesario incorporar al conocimiento sanitario oficial el conocimiento y las prácticas de los agentes comunitarios, tales como las parteras tradicionales, que han favorecido a la salud en general, y a la materno-infantil en particular. Pero, para lograr la incorporación de la medicina tradicional en la "científica moderna" primero se requiere del reconocimiento de la contribución realizada por los practicantes tradicionales a la atención y al cuidado de la salud de la población.⁴ De esta manera, se considera que el diseño de políticas que plantean su incorporación sin tomar en cuenta sus necesidades particulares y sin revalorar sus prácticas (muchas de las cuales otorgan mayores beneficios, tanto a la madre como a su hijo (a), que las utilizadas por los agentes institucionales), sólo dan lugar a un reforzamiento de la idea implícita dentro del ambiente institucional de la medicina "moderna" sobre la ignorancia, igualmente propician la resistencia para su aceptación y reconocimiento.⁵

En las actividades de las parteras se entrelazan varias relaciones (principalmente con los miembros de su propia familia u hogar y con los de las familias u hogares de las mujeres que recurren a ellas, entre otras) que presentan matices específicos. Sin embargo, en la investigación global de la que forma parte este estudio, pretendemos explorar la relación partera-embarazada, a través de la cual consideramos que se establecen las pautas del oficio mismo de partera y donde se da lugar a una identificación de género y de circunstancias de vida y de experiencia similares. Nos interesa dar respuesta a cómo es internalizado el discurso de los cursos de capacitación de las instituciones de salud, concretamente la SSA, bajo las condiciones de vida de las parteras y de la población femenina que recurre a ellas,

⁴ En el estudio realizado por Isabel Kelly, "El adiestramiento de la partera en México, desde el punto de vista antropológico", 1995, se ha insistido en que los programas de capacitación en obstetricia deben enfocarse desde un ángulo antropológico, incluyendo como puntos de referencia fundamentales las creencias y prácticas locales relacionadas con la atención del embarazo, el parto y el periodo puerperal, así como la función que corresponde al especialista o partera de la localidad.

⁵ Se propone una perspectiva que tome en cuenta a las mismas parteras, así como a las mujeres que recurren a ellas y los factores socioeconómicos y culturales de la comunidad a la que pertenecen. Esto ha operado a nivel del discurso institucional pero, en el diseño de los programas y en las estrategias específicas de aplicación y desarrollo del proceso de capacitación las mujeres involucradas y supuestas beneficiarias, no han sido tomadas en cuenta.

haciendo hincapié en la interpretación de las modificaciones introducidas en el ámbito de las relaciones sociales.

Con respecto a la capacitación de parteras por parte de las instituciones de salud, en este caso la SSA, encontramos que en los planteamientos del discurso y los pronunciamientos teóricos sí se considera necesario identificar los patrones y prácticas culturales en las que las parteras están inmersas, así como sus necesidades particulares, para lo cual es indispensable conocer y tener en cuenta sus características personales, así como su nivel de conocimientos y prácticas tradicionales (Correu, S. *et al.*, 1986). Sin embargo, en la aplicación de los programas de obstetricia dirigidos a parteras se han descuidado los aspectos socio-económicos y culturales así como de tipo emocional o afectivo que están involucrados en las diferentes formas de concebir al nacimiento y su atención. De tal manera que muchas prácticas y creencias de las parteras y la población que recurre a sus servicios son consideradas por el personal médico occidental sólo supersticiones que deben eliminarse, sin considerar que éstas constituyen "tentativas para hacer frente a la crisis biológica del parto",⁶ las cuales cumplen varios propósitos relacionados con otros aspectos de la estructura socio-cultural de la que las parteras y las mujeres que atienden forman parte y que pueden tener efectos benéficos sobre la salud tanto de la madre como del hijo (a). De aquí que consideremos necesario que:

"es preciso incorporar en los programas de adiestramiento de atención del parto, así como en la enseñanza para los médicos, enfermeras y parteras que prestan servicio de instructores y esos programas, una conciencia y sensibilidad de las diferencias culturales en las características del proceso del parto",⁷ así como las diferentes maneras de concebir al nacimiento.

⁶ "El parto no sólo constituye un proceso biológico universal sino que también se ajusta a ciertas normas socioculturales. Cada sociedad tiene sus maneras de tratar y organizar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre como para el hijo" (Cosminsky, S., *op. cit.*, 1992, p. 139), en donde se incluyen las costumbres, creencias y prácticas relativas a la atención prenatal y post-natal: la atención del parto, dieta, medicina y hierbas; restricciones en el comportamiento; mecanismos de apoyo psicosocial así como de los especialistas a o parteras que asisten los partos.

⁷ Cosminsky, S., *op. cit.*, 1992, p. 157.

Finalmente, consideramos que el éxito de los programas de adiestramiento de parteras está basado en los intercambios entre la medicina moderna y la tradicional; pudiendo ser notorio que la apertura de las parteras a los programas gubernamentales y su buena voluntad para participar en ellos, como los agentes ideales que unen a los sistemas de salud pública con las poblaciones rurales, es cada vez es mayor. El hecho de tomar en cuenta la influencia que tienen los procesos sociales, económicos, institucionales, biológicos, médicos y culturales sobre el fenómeno del parto, reconociéndose con ello que la iniciativa de la maternidad sin riesgo reconoce que la morbi-mortalidad materna es consecuencia de la posición subordinada de la mujer en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

A. Shing-Jain; Hicks W. Whitney, "Economic development, contraception and fertility decline in Mexico", The Journal of Development Studies: 408-424.

Adams, Parveen, "Hacer de madre", Debate Feminista, Año 3, Vol. 6, Septiembre, 1992: 183-198.

Aguilar, Salvador, Veinte años de medicina rural, Instituto Oaxaqueño de las Culturas/Fondo Estatal para la Cultura y las Artes, Oaxaca, 1994. Colección Testimonios.

Aguirre Beltrán, Gonzalo, Cuijla, esbozo de un pueblo negro, Fondo de Cultura Económica, 1992.

Aguirre Beltrán, G., Medicina y magia, SEP/INI, México, 1963. Serie Antropología Social, 1.

Aguirre Beltrán, G., "La asistencia médica primaria y el retorno a la medicina popular", El futuro de la medicina tradicional en el atención a la salud de los países latinoamericanos, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heróles, México, s/f, p.p. 29-35.

Alarcón Navarro, F.; Manautou Martínez J., Innovaciones administrativas del Programa de Planificación Familiar, IMSS, México, 1986.

Álvarez, José; Bustamante, Miguel; López, Antonio; Fernández, Francisco, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, SSA, México, 1960.

Anzures y Bolaños, Ma. del Carmen, La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, México, 1983.

Archivo de la SARH, Cuajinicuilapa, Guerrero, Guerrero, 1980.

Argueta Villamar, Arturo, "Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud" en El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos, CIESS Jesús Reyes Heróles, México, s/f: 153-162.

Arias Huerta, J.; Keller, A., "¿La partera empírica: colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar?", Salud Pública de México, 18 (5), Septiembre, Octubre, 1976: 883-892.

Ávila Rosas, Héctor, "Los modelos asistenciales en su relación con la mujer", s/l, s/f.

Barroso, Carmen, "Esterilización femenina; libertad y opresión", Fem, Núm. 47, Agosto-Septiembre, 1986: 19-21.

Beauvoir, Simone de, "Los elementos de la biología", El segundo sexo, Buenos Aires, 1981. Tomo I.

Benería, Lourdes; Roldán, Martha, The crossroads of class and gender; industrial homework, subcontracting and household dynamics in Mexico City, Women in Culture and Society, Chicago (1), University of Chicago, 1987.

Benoit, Cecilia, "Traditional midwifery practice: the limits of occupational autonomy", Canad. Rev. Soc. & Anth., 26 (4), 1989: 633-649.

Berger, Peter; Luckman, Thomas, La construcción social de la realidad, Amorrortu Editores, Argentina, 1968.

Biais, Régis; Maheux, Brigitte; Lambert, Jean, "Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: the birth of a consensus?", Can. Med. Assoc. J., 150 (5), 1994: 691-697.

Bravo Barrientos, Hiram, Las parteras rurales en México. Investigación operativa para los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar, Jorge Martínez Manautou (Ed.), Academia Mexicana de Investigaciones en Demografía Médica/IMSS, México, 1990.

Bronfman, Mario; Tuirán, Rodolfo, "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", Cuadernos Médico Sociales, 29-30, 1984: 53-76.

Caldwell, John, "A theory of fertility: from high plateau to destabilization", Population Development Review, Vol. 4, Núm. 4, 1978: 553-575.

Campos Navarro, Roberto, "La relación médico-paciente. ¿Una relación de poder y subordinación? en Lara y Mateos, Rosa Ma., Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud, Plaza & Valdés, México, 1994: 233-256.

Campos, R. (Comp.), La antropología médica en México. Tomo II, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1992.

Cardaci, Dora, "Conocimientos y prácticas en salud materno-infantil" en Salud de la Mujer, UAM-X, 1988: 29-34.

Carrillo, Ana Ma., "Parteras y ginecólogos. El hombre dijo: háganse las salas de parto", Fem, Año 12, Núm. 64, Abril, 1988: 10-20.

Castañeda-Camey, Xóchitl, "Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el Estado de Morelos", Salud Pública de México, Vol. 34, Núm. 5, Septiembre-Octubre, México, 1992: 528-532.

Castro, Roberto, "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México", Salud Pública de México, Vol. 37, Núm. 4, Julio-Agosto, México, 1995: 329-338.

Castro, Roberto; Bronfman, Mario, "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo" en González Montes, Soledad, Las mujeres y la salud, El Colegio de México, México, 1995: 27-69.

Castro Pérez, Roberto; Hernández Tezoquipa, Isabel, "Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar", Salud Pública de México, Vol. 35, No. 4, Julio-Agosto, 1993: 376-391.

Castro, Roberto; Bronfman, Mario, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", Cadernos de Saude Pública, 9 (3), 1993: 375-394.

Castro, Roberto; Loya, M., "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad. el caso de Ocuituco", Estudios Sociológicos, IX (2), 1991: 583-609.

Collado Ardón, Rolando; García Torres, José E., "La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos", Salud Pública de México, Vol. XVII, Época V, Núm. 4, Julio-Agosto, 1975: 459-470.

Consejo Nacional de Población, Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994, México, 1991.

Conversando entre parteras, Año I, Núms. 1-6.

COPLAMAR, Geografía de la marginación, Siglo XXI Editores, México, 1982.

Córdova, Alejandro; Leal Gustavo; Martínez, Carolina. Discurso académico sobre la salud en México, UAM-Xochimilco, México, 1989. Temas Universitarios, 13.

Correu Azcona, S.; García Sánchez, F.; Cabello Galicia, J.H., "Los servicios de planificación familiar en el medio rural", en Martínez Manautou, Jorge (Ed.), Planificación Familiar, Población y Salud, IMSS, México, 1986.

Cosío Villegas, Ismael, "Algunas reflexiones sobre medicina", Foro Universitario, N(um. 11, Época II, México, 1981.

Cosminsky, Sheila., "La atención del parto y la antropología médica", La Antropología Médica. Tomo II, Roberto Campos (Comp.), Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1992: 139-160.

Cosminsky, S., "Childbirth and change: a guatemalan study" en MacCormack, Carol (Ed.), Ethnography of fertility and birth, Academic Press, Nueva York, 1982.

Cosminsky, S., "El papel de la comadrona en Mesoamérica", América Indígena, Vol. XXXVII, Núm. 2, 1977.

Chávez Cernas, T., Incorporación de la partera empírica al programa de salud en el Estado de Guerrero. Reunión de Consulta Técnica, UNICEF, Tepetzotlán, Morelos, Noviembre, 1985.

Chodorow, N., El ejercicio de la maternidad, Ed. Gedisa, Barcelona, 1985. Citado por Marta Lamas, "Algunas dificultades en el uso de la categoría género", Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, 29 Julio-5 de Agosto, 1993.

De Barbieri, Ma. Teresita, "Género y políticas de población. Una reflexión". Ponencia presentada en la Conferencia Centroamericana del Caribe y África sobre Políticas de Población y Desarrollo, Antigua, Guatemala, 9-12 de Abril, 1991.

De Barbieri, Teresita; De Oliveira, Orlandina, Mujeres en América Latina. Análisis de una década en crisis, Iepala Editorial, Madrid, 1989.

Declerq, Eugene R., "The transformation of american midwifery: 1975 to 1988", American Journal of Public Health, Vol. 82, Núm. 5, Mayo, 1992: 680-684.

Deliens Dellicour, Cristina; Camus, R., "La planificación familiar" en INEGI, Estudios sobre la mujer, Serie de Lecturas III, México, 1986: 59-82.

D'Onofrio-Flores, Pamela, "Technology economic development and the division of labor by sex" en D'Onofrio-Flores; Pfafflin, Sheila (Eds.), Scientific-technological change and the role of women in development, Westview Press, Colorado, 1982.

Donnison, Jean, Midwives and medical men. A history of inter-professional rivalries and women's rights, Schocken books, Nueva York, 1977.

Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre, Witches, midwives and nurses. A history of women healers, Feminist Press, Nueva York, 1974.

Elú de Leñero, Ma. del Carmen, "En torno a la mortalidad materna en México", Doble Jornada, Núm. 45, 2 de Octubre, 1990: 6-7.

Elú de Leñero, Ma. del Carmen, De lo institucional a lo comunitario. Un programa de salud rural, Asociación Mexicana de Población, México, 1982.

Ensayo para la historia de Guerrero, Instituto Guerrerense de Cultura, Chilpancingo, Guerrero, 1985.

Eschen, Andrea; Whittaker, Maxine, "Family planning: a base to build on for women's reproductive health services" en Koblinsky, Marge; Timyan, Judith; Gay, Jill, The health of women. A global perspective, Westview Press, San Francisco/Oxford, 1993: 105-131.

Fernández, Ana Ma., La mujer de la ilusión, Paidós, Buenos Aires, 1993.

Fernández Ruiz, F., "Participación de la partera rural en los Programas de Planificación Familiar. Experiencia en Puebla", Revista Médica del IMSS, Vol. 22, Núm. 2, 1984: 127.

Flores, Francisco A., Historia de la medicina en México. Desde la época de los indios hasta el presente, Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, México, 1886.

Fraustro Pérez, Ma. Guadalupe, Manual para parteras tradicionales, SSA, México, 1975.

Frenk, J., "Medical modernization in Mexico: paradigms, labor markets and the state" en Reichner, C. I., Modern and traditional health care in developing societies. Conflict and cooperation, University Press of America, Nueva York, 1988: 195-207.

Freyermuth, Graciela, "La partera indígena: entre la tradición y el cambio", Ponencia presentada en la Reunión Latinoamericana de Antropología de la Mujer, El Colegio de México, 13-15 de Junio, 1990.

Fuentes Avendaño, Patricia; García Barrios Cecilia; Martínez Alcántara, Ma. Cristina; Mejía Marengo, Juana de los Ángeles, "Modelo alternativo de atención a la salud de la mujer rural", Ponencia, s/l, s/f.

Galante, Ma. Cristina; Sesia-Lemis, P.; Alejandro, V., "Mujeres parteras: protagonistas activas en la relación entre medicina moderna y medicina tradicional" en Aranda, Josefina (Comp.), Las mujeres en el campo, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca, 1988: 345-354.

Gallástegui Paredes, Beatriz, "Capacitación e incorporación de parteras tradicionales al sistema de salud pública de México. (El caso del IMSS en una subdelegación del Estado de México)", Investigaciones Sociodemográficas en algunas regiones de México, Asociación Mexicana de Población (AMEP), México, s/f.

Gally, Esther, Manual práctico para parteras, Ed. Pax, México, 1977.

Bibliografía

García, Brígida, "Procreación y uso de anticonceptivos en México", Debate Feminista, 1, 1990: 218-221.

García, B., "Anticoncepción en el México rural" en Benítez, R.; Quilodrán, J., La fecundidad rural en México, COLMEX/UNAM, México, 1983.

García Prince, E., Políticas públicas en el enfoque de género en América Latina y El Caribe, Seminario Latinoamericano Mujeres, Género y Desarrollo, Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República, Caracas, 1992.

Gobierno del Estado de Guerrero/CONAPO, Subsistema de ciudades. Vol. I, México, 1988.

González, Ana I., "La profesión de obstetricia: género y subordinación" en Mónica Tarducci (Comp.), La producción oculta. (Mujer y antropología). III, Consejo Argentino de Antropología Social, Editorial Contrapunto, Buenos Aires, 1990: 6.

González Dávila, Amado, Geografía del estado de Guerrero y síntesis histórica, Ed. Quetzalcóatl, México, 1959.

González Forteza, Catalina *et al.*, "Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo", Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991: 160-168.

Graschinsky, Yudith Leonor; Rodríguez Giles, Estela, "De la comadrona a la partera profesional. Una investigación sobre las condiciones de trabajo y el rol de la obstétrica en Argentina" en Giles y Graschinsky, Mujeres, trabajo y salud en la era tecnológica, Grupo Editorial Latinoamericano, Argentina, 1994: 93-136.
Colección "Estudios Políticos y Sociales".

Guadarrama, Ma. T., Piedrasanta, H. R., "El papel de las mujeres en la medicina popular y tradicional" en Aranda, Josefina (Comp.), Las mujeres en el campo, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca, 1988: 363-369.

Gutiérrez Ávila, Miguel Ánge (Comp.), La conjura de los negros. Cuentos de la tradición afroestiza de la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca, Universidad Autónoma de Guerrero/Instituto de Investigación Científica, Área de Humanística Social, México, 1993.

Serie Antropología y Cultura

Guzmán Ornelas, Ma. del Socorro, Un enfoque antropológico de la teoría feminista en África, Tesis de Lic. en Antropología Social, ENAH, México, 1992.

Hernández Patricio (Ed.), La salud de la mujer y el niño: hacia una estrategia de atención primaria en Guerrero, Instituto Nacional de Salud Pública, 1989. Perspectivas en Salud Pública, 8.

Hernández Llamas, Héctor, La atención médica rural en México 1930-1980, IMSS, México, 1984. Colección Salud y Seguridad Social.

Heinsohn; Steiger, Excélsior, 11 de Diciembre, México, 1984: 31.

Hiriart, Bertha, "Revisemos los anticonceptivos", Fem, No. 47, 1986: 13-14.

Illades, Carlos (Comp.), Guerrero. Textos de su historia, Instituto Mora/Gobierno del Estado de Guerrero, México, 1989.

IMSS-COPLAMAR, Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales, IMSS, México, 1989.

IMSS, "Memoria de descentralización de los servicios del programa IMSS-COPLAMAR al gobierno del Estado de Morelos", México, IMSS, 1987, p. 12.

IMSS, Encuesta para parteras empíricas. Paquete didáctico, IMSS, México, 1981.

IMSS/Subdirección General Médica, Encuesta rural de planificación familiar 1981. Cuestionarios de hogar e individual, México, 1981.

IMSS/Subdirección General Médica, Encuesta rural de planificación familiar 1981. Documento metodológico, México, 1981.

INEGI, Anuario estadístico del Estado de Guerrero, INEGI, Gobierno del Estado de Guerrero, México, 1994.

INEGI, Guerrero. Perfil sociodemográfico. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, México, 1992.

Instituto Nacional Indigenista, Posición de la mujer dentro del sistema médico indígena. Organización de las mujeres para la salud, Subdirección de Atención a la Salud y el Bienestar Social, Ed. Mimeo, INI, México, 1985.

Jordan, Brigitte, "Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional wives", Soc. Sci. Med., 28, 1989: 925-944.

Jordan, B., Birth in four countries, Eden Press, Canadá, 1980.

Bibliografía

Karchmer Krivitsky, Samuel, "La ginecología y la obstetricia" en Aréchiga, Hugo; Somolinos, Juan (Comps.), Contribuciones mexicanas al conocimiento médico, Secretaría de Salud/Academia Nacional de Medicina/Academia de la Investigación Científica/El Fondo de Cultura Económica, México, 1993: 279-302.

Katz, Jorge; Muñoz, Alberto, Organización del sector salud: puja distributiva y equidad, Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina/CEPAL, Buenos Aires, 1988.

Kay, Margarita Artschwager (Ed.), Anthropology of human birth, David Company, Filadelfia, 1982.

Keller, A., Arias Huerta, J., "Parteras empíricas y salud de la madre y el niño en el México rural", Salud Pública de México, 18, 1976: 883-892.

Kelly, Isabel, "El adiestramiento de la partera en México, desde el punto de vista antropológico", América Indígena, Vol. XV, Núm. 2, 1955: 109-117.

Klein, M. C., "The midwife dossier: cooperation or competition", Can-Med-Assoc. J., Marzo 1, 150 (5), 1994: 657-661.

Kliner Fowkes, Virginia; Gamel, Nona; Wilson, Sandra; García, Ronald, "Effectiveness of Educational Strategies Preparing Physician Assistants, Nurse Practitioners, and Certified Nurse-Midwives for Underserved Areas", Public Health Reports, Vol. 109, Núm. 5, Septiembre-Octubre, 1994: 673-682.

Koblinsky, Marge; Timyan, Judith; Gay, Jill, The health of women. A global perspective, Westview Press, San Francisco/Oxford, 1993.

Lagarde, Marcela, Identidad de género, Curso ofrecido en el Centro Juvenil "Olof Palme", Managua, 25-30 de Abril, Organización Canadiense para la Solidaridad y el Desarrollo (OCSA)/Organización del Trabajo (OIT)/OPS/Ayuda Obrera Suiza (AOS), Nicaragua, 1992.

Lamas, Marta, "Algunas dificultades en el uso de la categoría género", Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México D.F., 29 Julio-5 Agosto, 1993.

Langer, Ana, "Por una maternidad sin riesgos en México", Quorum, Año II, Núm. 23, Febrero, 1994: 35-40.

Lara y Mateos, Rosa Ma., Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud, Plaza & Valdés, México, 1994.

Latapí, Pablo. Sociología de una profesión: el caso de la enfermería, Centro de Estudios Educativos, Ediciones Nuevomar, México, 1985.

Leedam, Elizabeth, "Traditional birth attendants", Int. J. Gynaecol. Obstet, Núm. 23, 1985: 247-274.

Leiter Ferrari, Waltraud, La atención "tradicional" del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua (San Antonio Tecómitl, Milpa Alta), Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas, ENAH, México, 1982.

Lévi-Strauss, C., Antropología estructural, Paidós, México, 1987.

Lines, Montserrat, Libre elección o fecundidad controlada, INAH/CONACULTA, México, 1989.

López Acuña, D., La salud desigual en México, Siglo XXI, México, 1980.

López Austin, A., "Las ideas etiológicas en la medicina náhuatl", Anuario Indigenista, 30, 1970: 256.

Lozoya, Xavier; Zolla, Carlos, La medicina invisible; introducción al estudio de la medicina tradicional de México, Folios, México, 1983.
Colección: El hombre y la salud, 4.

Lozoya, Xavier, "Visión histórica de la medicina tradicional" en Ortiz Quezada, Federico (Ed.), Vida y muerte del mexicano, II, Folio Ediciones, México, 1982.

Luna Mayani, Raúl, Geografía moderna del Estado de Guerrero, Ed. Rotzalin, Ayutla de los Libres, Guerrero, 1976.

M. V., José; Kumate, J., "La atención primaria de la salud como instrumento de desarrollo en México", Salud Pública de México, 31 (2), 1989: 177-184.

MacCormack, Carol, "Biological, cultural and social adaptation in human fertility and birth: a synthesis" en MacCormack, Carol (Ed.), Ethnography of fertility and birth, Academic Press, Nueva York, 1982.

Mae Baldwin, Laura; Hutchinson, Heidi L.; Rosenblatt, Roger A. "Professional Relationships between midwives and physicians: collaboration or conflict", American Journal of Public Health, Vol. 82, No. 2, Febrero, 1992.

Makowsky, Sara, "Formas de resistencia y acción colectiva en cárceles de mujeres", Ponencia presentada en el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), 2-6 Octubre, México, 1995.

Manzano A., Ma. de los Ángeles, Cuajinicuilapa, Guerrero: historia oral (1900-1940), Eds. Artesa, México, 1991.

Marcos, Sylvia, "Mujeres: cosmovisión y medicina: las curanderas mexicanas" en Orlandina de Oliveira (Comp.), Trabajo, poder y sexualidad, El Colegio de México, México, 1989: 359-382.

Martínez Carolina, "Relatoría de la Mesa Redonda "El Progreso Nacional de Salud 1990-1994", Mesa Redonda Organizada por la SOMEDE, 18 de Mayo, México, 1991.

Martínez Manautou, Jorge (Ed.), La revolución demográfica en México 1970-1980, IMSS, México, 1985.

Martínez Manautou, J., "El reto y la respuesta a la planificación familiar en México" en IMSS, Lecturas en materia de seguridad social. Planeación familiar y cambio demográfico, IMSS, México, 1982.

McClain, Carol, "Ethno-obstetrics in Ajijic", Antropological Quaterly, Vol. 48, 1975: 38-56.

McKay, K., "Mayan midwifery" en Shattuck, George (Ed.), Península of Yucatan, Carnegie Institute of Washington, Estados Unidos de Norteamérica, 1933. Publicación 431.

Mechet, Philippe, "Cómo se interpreta una encuesta", Este país. Tendencias y opiniones, No. 16, Enero, México, 1995: 26-30.

Menéndez, Eduardo L., "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo" en CIESAS, Medicina tradicional y atención primaria, CIESAS, México, 1987.

Cuadernos de la Casa Chata, 159.

Menéndez, Eduardo L., "Medicina tradicional o sistemas práctico ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención", El futuro de la Medicina tradicional en la atención de la salud de los países latinoamericanos, CIESS Jesús Reyes Heróles, México, s/f: 39-62.

Módena, Ma. Eugenia, "Instituciones, médicos y paramédicos", Campos, Roberto (Comp.), La antropología médica en México Tomo II, Instituto Mora/UAM, México, 1992: 43-68.

Módena, Ma. Eugenia, Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica, CIESAS, México, 1990.

Cuadernos de la Casa Chata, 37.

Mojarro, O.; Cárdenas, C., "Cobertura y disponibilidad de los servicios de atención materno infantil" en Martínez Manautou, J. (Ed.), Planificación familiar, población y salud en el México rural, IMSS, México, 1986.

Molokome, Athaliah, "Botswana: women and customary law" en Schuler, Margaret, Empowerment and law. Strategies of Third World, OEF International, 1986: 116-125.

Morales, Isabel (Coord.), Mujeres del sur, perfiles biográficos, Secretaría de la Mujer, Guerrero, 1988.

Moreno Santos, Ricardo, "Experiencias de la interrelación de la medicina tradicional y el programa IMSS-COPLAMAR", El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud en los países latinoamericanos, CIESS Jesús Reyes Heróles, México, s/f: 175-179.

Muñiz, E., "Los usos del género: una propuesta para la antropología y la historia", Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, 29 Julio-5 Agosto, México D.F., 1993.

Navarro, Vicente, "Health and medicine in the rural United States", Ed. Mimeo., s/l, 1976.

Newman, L. F., "Midwives and modernization", Med. Anthropol., 5 (1), 1981: 1-12.

Núñez, Leopoldo; Mendoza, Doroteo, "Tendencias de la fecundidad a nivel nacional, 1970-1979" en Martínez Manautou, J. (Ed.), La revolución demográfica de México 1970-1980, IMSS, México, 1985.

Núñez, Leopoldo, "La fecundidad en el proceso de modernización y el ahorro" en IMSS, Lecturas en materia de seguridad social. Planeación familiar y cambio demográfico, IMSS, México, 1982.

Oakley, A., "Cross cultural practices" en Chard, T.; Richards, M. (Eds.), Benefits and hazards of the new obstetrics, J. B., Lippincott, Filadelfia, 1977.

Ochoa Campos, Moisés, Historia del Estado de Guerrero, Ed. Porrúa, México, 1968.

OMS/OPS/SSA, El perfil de la partera tradicional en México, México, 1994.

OMS, Las condiciones de salud en las Américas, OPS/OMS, Washington, 1994.

OMS, Parteras tradicionales, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1979.

Osorio, Rosa Ma., "La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil" en Pérez-Gil Romo, Sara, Género y salud femenina. Experiencias en

investigación en México, CIESAS/Universidad de Guadalajara/Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, 1995.

Osorio, Rosa Ma., "La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil", Ponencia presentada en el Coloquio sobre Género y Salud Femenina, Enfoques y Perspectivas, México, Junio, 1993.

Parra, Pilar Alicia, "Midwives in the mexican health system", Soc. Sci. Med., Vol. 37, Núm. 11, Inglaterra, 1993: 1321-1329.

Parra, Pilar Alicia, The role of midwives in rural Mexico: an analysis of changing health policy, Tesis Doctoral en Filosofía (Sociología), Universidad de Wisconsin-Madison, 1989.

Pérez-Gil Romo, Sara, Género y salud femenina. Experiencias en investigación en México, CIESAS/Universidad de Guadalajara/Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, 1995.

Pimentel, Silvia, "Brazil: constitutional reform and women" en Schuler, M. (Ed.), Empowerment and the law. Strategies of Third World Women, OEF International, Washington, 1986: 45-48.

Population Information Program, "Las parteras tradicionales y la planificación familiar", Population Reports, Serie J, No. 22, Johns Hopkins University, Baltimore, Enero, 1981.

Potter, J.; Mojarro, Octavio; Nuñez, Leopoldo, "The influence of health care on contraceptive acceptance in Rural Mexico", Studies in Family Planning, Vol. 18, Núm. 3, 1987: 144-156.

Potter, J.; Mojarro, Octavio; Nuñez, Leopoldo, "The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in Rural Mexico", Studies in Family Planning, Vol. 18, Núm. 6, 1987: 309-319.

Potter, Joseph E., "Use of maternal health services in Rural Mexico", Ponencia presentada en la International Workshop on Child Survival, Agosto 22-24, Teotihuacán, 1985.

Ravelo, Patricia, "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México" en González Montes, Soledad, Las mujeres y la salud, El Colegio de México, México, 1995: 199-258.

Riquer, Florinda, "De la 'mujer' como tema al género como categoría de análisis", Población y género, CONAPO, México, 1993.

Romalis, Shelly (Ed.), Childbirth. Alternatives to medical control, University of Texas Press, Austin, 1981.

Ruiz, A., "El caso de los servicios de salud en Acapulco, Guerrero" en Ruiz, M.; Martínez, G. (Eds.), El cambio estructural. Desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: jurisdicciones y municipales, SSA/SPP/OPS/OMS/Gobierno Estado de Tlaxcala, México, 1988, 2: 111-121.

Sai, F. T.; Nassim, J., "The need for a reproductive health approach", International Journal of Gynecology and Obstetrics Supplement 3, Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy, 1989: 103-113.

Salles, Vania, Familias y hogares en México, CONAPO/UNFPA, México, 1996 (en prensa).

Salles, V.; Tuirán Rodolfo, "Mitos y creencias sobre la vida familiar", Revista Mexicana de Sociología, Núm. 41, 1996. (En prensa)

Salles, V.; Tuirán, R., Dentro del Laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva, El Colegio de México, México, 1995.

Salles, V.; Valenzuela, José Manuel, En muchos lugares y todos los días. Vírgenes, Santos y Niños Dios en Xochimilco, El Colegio de México, México, 1995b.

Salles, V.; Alatorre, Javier; Careaga, Gloria; Jusidman, Clara (Coords.), Las mujeres en la pobreza, GIMTRAP/COLMEX, México, 1994.

Salles, V., "Las familias, las culturas, las identidades (Notas de trabajo para motivar una discusión)" en Valenzuela, José Manuel (Coord.), Decadencia y auge de las identidades, COLEF/Programa Cultural de las Fronteras, México, 1992: 163-190.

Scott, Joan, "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en Amelang James, S.; Nash, M., Historia y género en la Europa Moderna y Contemporánea, Ed. Alfons el Magnanim, Institutio Valenciana D'Estudies I Investigatio, Valencia, 1990: 23-56.

Scott, J., "Genre: une categorie utile d'analyse historique", Le genre de l'histoire, Editions Tierce, París, 1988.
Les Cahiers du Grif, 37-38.

Schopera, I., Married life in an african tribe, Nueva York, 1941.

Schuler, Margaret, Empowerment and the law. Strategies of Third World, OEF International, Washington, 1986.

Schutte, Ofelia, "La creación cultural desde la perspectiva de la diferencia", Cuadernos Americanos, Vol. 4, Núm. 22, Nueva Época, 1990: 68-80.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, Reseña Testimonial. Tomos I y II, México, 1994.

SSA; Subsecretaría de Servicios de la Salud; Dirección General de Planificación Familiar; Servicios Estatales de Salud en el Estado de Guerrero, Programa de Planificación Familiar. Guerrero, 1992, México, 1992.

Secretaría de Salubridad y Asistencia; Subsecretaría de Servicios de Salud; Dirección General de Planificación Familiar, Análisis de los resultados del programa de planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud, Enero-Diciembre 1990, México, 1991.

SSA, La partera empírica. Reunión técnica, SSA, Tepetzotlán, 1985.

Secretaría de Salud, Regionalización sociodemográfica y de salud de la República Mexicana, México, s/f.

Selva B., Beatriz, "Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con las mujeres en la colonia Guerrero" en McPhail, Elsie; Salles, Vania (Coords.), Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer, PIEM/COLMEX, México, 1991: 463-500.

Simonelli, J. M., "Defective modernization and health in Mexico", Soc. Sci. Med, 24 (1), 1987: 23-26.

Simpson-Hebert *et al.*, Traditional midwives and family planning, Population Reports, Series J. No. 22, 1980: 437-488.

Soberón, Guillermo *et al.*, Hacia un sistema nacional de salud 1883-1983, UNAM, México, 1983.

Sokoloff, Shoshana, The proud midwives of Juchitan: primary care providers in a two tiered referral system, Tesis Doctoral, Harvard Medical School, Harvard, 1986.

Sotelo, Juan Manuel; Rocabado, Fernando, "Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo", Salud Pública de México, Vol. 36, Núm. 4, Julio-Agosto, México, 1994: 439-446.

Stebbins, K., "Curative medicine preventive medicine and health status: the influence of politics and health status in a rural Mexican village", Soc. Sci. Med., 23 (2), 1986: 139-148.

Szasz, Ivonne, "La condición social de la mujer y la salud" en González Montes, Soledad, Las mujeres y la salud, COLMEX, México, 1995: 13-26.

Terris, Milton, "The three world systems of medical care trends and prospects", World Health Forum, I (1-2), 1980: 76-86.

Toro, Olga, "Commentary on women-centered reproductive health services", International Journal of Gynecology and Obstetrics. Supplement 3, Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy, 1989: 119-123.

Valenzuela, José Manuel (Coord.), "Introducción", Decadencia y Auge de las Identidades, COLEF/Programa cultural de las fronteras, México, 1992: 13-33.

Vargas Machuca, Elizabeth, Identidad femenina: cuestionando y construyendo estereotipos, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo (DESCO), Perú, 1991.

Vázquez Añorve, Francisco, El ayer de mi costa, Ed. Periodística e Impresora de Puebla, Puebla, 1974.

Velasco Ocampo, Ma. Guadalupe; Velasco Ocampo, Raúl; López Hernández, Max, Diagnóstico socioeconómico contemporáneo de Guerrero, Universidad Autónoma de Guerrero/Maestría en Ciencias Sociales, México, 1989.

Viezca Treviño, Carlos, "Veinte años de investigación en medicina tradicional en México" en CIESAS, Medicina tradicional y atención primaria, CIESAS, México, 1987. Cuadernos de la Casa Chata, 159.

Weitlaner, Roberto J., Guión sobre el Estado de Guerrero, INAH/CAPFCE/SEP, México, 1962.

Weitz, Rose; Sullivan, Deborah A., Labor pains: modern midwives and home birth, Yale University Press.

Werner, David, Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos, Ed. Pax, México, 1993.

Widmer, Rolf, Conquista y despertar de las costas de la mar del sur (1522-1680), CONACULTA, México, 1990.

Williams, C. P.; Jelliffe, D. E., Cultural factors. Mother and child health: delivering the services, London, Oxford University Press, 1972: 12-16.

Zetina, Guadalupe, Aceptabilidad e incorporación de la partera empírica a la prestación de servicios de planificación familiar. Un estudio sociológico de campo, IMSS/Planificación Familiar, México, 1979.

Zitle Ferro, E.; Comuneal García, R., Incorporación de la partera empírica de salud rural a nivel nacional, Reunión de Consulta Técnica/Secretaría de Salud/UNICEF, México, 1985.

Zolla, Carlos; Mellado, Virginia, "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" en González Montes, Soledad, Las mujeres y la salud, COLMEX, México, 1995: 71-92.

Zolla, Carlos, Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana, México, Instituto Nacional Indigenista, 1994.

Zolla, Carlos, La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México, INI, México, 1994.

Zolla, C.; Del Bosque, Sofía; Mellado, Virginia; Tascón Antonio; Maqueo, Carlos, "Medicina tradicional y enfermedad" en Campos, Roberto (Comp.), La antropología médica en México, Instituto Mora/UAM, México, 1992: 71-104.

Zolla, Carlos; Mellado, V.; Castañeda, X., La atención del embarazo y parto en el medio rural, CIESS, México, 1988.

Zolla, C.,; Mellado Campos, Virginia, "Informe final correspondiente al proyecto B, titulado 'La atención al embarazo y parto en el medio rural mexicano'", CIESS/Comunidad Económica Europea/IMSS, México, s/f.

Zolla, C., "Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud", El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos, CIESS Jesús Reyes Heróles, México, s/f, p.p. 65-74.

Zúñiga, E.; Hernández, D.; Menkes, C.; Santos, C., "Conducta reproductiva de los grupos sociales del área rural" en Martínez Manatou (Ed.), Planificación familiar, población y salud en el México rural, IMSS, México, 1986.

ANEXOS

**ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES INVOLUCRADAS EN LA
PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO**

Cuadro No. 1

Servicios de Bienestar Social	Servicios de Seguridad Social
Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA)	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Departamento del Distrito Federal (DDF)	Petróleos Mexicanos (PEMEX)
Hospitales civiles, estatales y municipales	Ferrocarriles Nacionales (FF CC)
	Secretaría de la Defensa Nacional (SDN)
	Secretaría de Marina (SMN)
	Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

ATENCIÓN DEL PARTO

Cuadro No. 2

Aspectos	Medicina Tradicional	Medicina Moderna
Especialista	Comadrona-partera-rinconera	Medicina General
Lugar	Domicilio de la partera o de la paciente	Clínica, hospital
Acompañantes	Usualmente el esposo, suegra, hijos	Sola
Acelerante del parto	Zoapatle	Ocitocina
Posición	En cuclillas, acostada	Acostada
Función del especialista	Afecto, apoyo, atención específica religiosa	Atención Específica
Pudor	Permanece con su ropa cotidiana no permite a extraños presenciar el parto	Se le quita su ropa para ponerle una bata especial, pierneras permanentes
Cordón umbilical	Lo cuelgan o entierran. Analizándolo la partera predice el número y el sexo de los próximos hijos	Lo tiran
Placenta	El padre o la comadrona la entierran	La tiran
Relación madre-hijo	Después de ser aseado se coloca al recién nacido cerca de la madre, permanecen varios días en la casa después del parto	Se deposita en cuneros lejos de la madre, ambos salen del hospital después de dos días
Baño	En el temazcal, en su casa o en el río	Regadera
Visitas post-parto	Continúan por lo menos durante los ocho días siguientes	No hay seguimiento del parto, sólo en caso de complicación

PRÁCTICAS BENÉFICAS, INOCUAS Y DAÑINAS DE LAS PARTERAS

Cuadro No. 3

Benéficas	Inocuas	Dañinas
Responden y llegan pronto en momentos de necesidad	AdminiStran baños rituales a la madre y al bebé durante 3 días después del postparto	No utilizan procedimientos ni materiales asépticos en el parto, ni en la atención al recién nacido
Crean una atmósfera de confianza	Comparten y respetan la modestia de la mujer en asuntos de procreación	Ejecutan fuertes masajes abdominales
Reconocen la necesidad de que la madre y el bebé estén juntos	Usan amuletos para alejar a los malos espíritus	Atan una cinta alrededor del abdomen de la mujer para apresurar el parto retardado
Reconocen la necesidad de que otros miembros de la familia estén presentes durante el parto	Aconsejan evitar el contacto con extraños durante el periodo de parto y reclusión	Cuelgan a la mujer con los pies para arriba para corregir la presentación anormal del feto
Cuidan a la madre y a la familia por un largo periodo después del parto	Aconsejan a la mujer sobre la eliminación de la placenta en una forma prescrita por la cultura para evitar daños al recién nacido mediante la magia negra	Limitan la ingestión de "alimentos fríos" (pescado, cerdos, fruta) durante el postparto
Permanecen con la mujer durante el trabajo de parto; no obliga a la mujer a pujar demasiado temprano	Aconsejan a la mujer respecto a la realización de ceremonias rituales, poco costosas, como el baño de purificación	Aconsejan que se dé al bebé agua endulzada hasta que "baje" la leche de la madre
Permiten que la mujer se mueva, se siente y camine durante la primera etapa del trabajo de parto y que asuma la posición de cuclillas para el parto	Tratan las enfermedades menores con ciertas medicinas nativas inofensivas	Se abstiene de remitir a las pacientes al hospital en caso de urgencia

Cuadro No. 3 (continuación)

Benéficas	Inocuas	Dañinas
Apoyan a la mujer psicológica y emocionalmente; mantienen una estrecha relación personal con ella	Tratan las enfermedades menores del niño con remedios caseros	Aconsejan a la mujer que se subalimente durante el 3er. trimestre del embarazo
Prestan cuidados y atención al estado de salud física y mental desde el momento de la confirmación del embarazo hasta 40 días después del parto. (Esto incluye el desarrollo de la fuerza física, la confianza en sí misma y la fuerza de voluntad de la mujer)	Requieren que el cordón umbilical tenga cierta longitud	Le aconsejan que evite consumir ciertos alimentos localmente disponibles que son nutritivos
Lavan las ropas sucias de la madre y disponen del vendaje después del parto	Requieren la disposición apropiada de la placenta	Masajea vigorosamente el abdomen de la mujer durante el 2º y 3er. mes del embarazo
Estimulan la lactancia prolongada		Falta de asepsia en los procedimientos adoptados para el parto
Suministran la atención en una atmósfera de cordialidad, confianza mutua e interdependencia. (En contraste con el ambiente extraño e impersonal del hospital)		Remiten a los niños gravemente enfermos a los practicantes nativos de medicina

**LO QUE OPINAN LAS PARTERAS TRADICIONALES
SOBRE LOS SERVICIOS MODERNOS DE SALUD**

Cuadro No. 4

Partera número 1	"Los servicios de salud proporcionan una atención sumamente mala. Hacen que las mujeres esperen durante largo tiempo. Son descorteses, insolentes y dan tratamientos extraños. Ofenden y avergüenzan a las mujeres. Introducirán cosas extrañas en el cuerpo de una mujer sin que ella se dé cuenta; luego la mujer sentirá dolor o sangrará. Le dan píldoras que las marean, las esterilizan a veces, o les dañan el placer con sus maridos".
Partera número 2	"El personal del servicio de salud no se avergüenza de exponer así a las mujeres. Son irreligiosos; no dicen sus oraciones ni realizan rituales para proteger contra la mala suerte. Ni yo ni mis clientes entendemos su manera de hablar".
Partera número 3	"La enfermera del servicio de salud me trata mal cuando no encontramos. Dice cosas malas sobre mí. Yo doy buen servicio en mi comunidad. Hago muchas cosas que son importantes y que ella ni siquiera conoce... trataría de detenerme si las conociera".
Partera número 4	"Cuando una mujer necesita atención, a menudo los servicios de salud no están disponibles, pero yo sí estoy siempre a mano para ayudar a mis mujeres. Con frecuencia no tienen los artículos que necesita una mujer. Nunca están con una mujer durante el tiempo que ella las necesita".
Partera número 5	"El doctor está tratando de robarme a mis clientes".
Partera número 6	"Si quieren que yo promueva la anticoncepción ¿qué va a pasar con los partos de los cuales yo dependo?"
Partera número 7	"Es peligroso tener tratos con gente extraña".

**LO QUE OPINA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SOBRE LAS PARTERAS TRADICIONALES**

Cuadro No. 5

Médicos	Administradores	Algunas parteras adiestradas
<p>"Están impregnadas de malos hábitos que uno no puede cambiar, como el untar con sustancias sucias el cordón cortado, comprimir el abdomen de la mujer que está en trabajo de parto, y escupir a los ojos del bebé".</p>	<p>"El embarazo y el parto son los dos sucesos más importantes para el contacto con la población en la implantación de servicios de salud materno-infantil y en la atención en la salud primaria. Debemos colocarlos en el centro de nuestro programa y controlar la calidad de sus servicios a través de las instalaciones nuestras de salud".</p>	<p>"Son demasiado populares entre nuestra clientela de las zonas rurales y de algunas áreas urbanas, apelando así a las actitudes ignorantes, supersticiosas y dañinas de la mujer, mientras que nosotras recurrimos a las actitudes racionales, científicas e higiénicas de las mujeres y tratamos de desarrollarlas".</p>
<p>"Sus normas son demasiado bajas. Algunas matan a sus pacientes. En los hospitales se ven muchas complicaciones debidas a sus peligrosas prácticas. Remiten tarde a sus clientes y sólo cuando ya están en la extremosidad".</p>	<p>"No son capaces de mantener registros, pues son analfabetas y poco sistemáticas".</p>	<p>"La partera tradicional es mi competidora en los partos pagados que se realizan en el hogar y yo debo quitarle sus clientes para darles mejor atención; en represalia, ella difunde mentiras y rumores sobre los descuidos".</p>
<p>"Trabajan con base en supersticiones y creencias mágicas y religiosas. Por consiguiente, no pueden distinguir las prácticas buenas de las malas, y no podrían aumentar sus habilidades en el trabajo".</p>	<p>"La mayor parte de la atención pre y postnatal es educativa; ¿cómo se puede esperar que mujeres ignorantes y analfabetas eduquen en forma adecuada a la población?"</p>	

Cuadro No. 5 (continuación)

Médicos	Administradores	Algunas parteras adiestradas
"Sus casas son inmundas y antihigiénicas. Si logramos que las mujeres den a luz en las maternidades, habrá menos riesgo de infección, y mayor oportunidad para que la madre descanse, como también atención especial para el bebé, si es necesario".	"Si empezamos a capacitarlas, se organizarán, se convertirán en una asociación política, exigirán pago".	
	"De todas maneras son viejas, se están muriendo, no están siendo reemplazadas por las parteras jóvenes, irán desapareciendo en forma natural, mientras capacitamos a parteras auténticas. Por lo tanto no vale la pena invertir nuestros limitados recursos en mejorarlas o trabajar con ellas".	

**ALGUNOS RASGOS REFERENTES A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE
FUERON CAPTURADOS POR MEDIO DE LAS ENTREVISTAS A LAS
PARTERAS**

Cuadro No. 6

Partera número 8	Esta partera estuvo a favor de los partos espaciados y de la familia pequeña. Las razones que argumentó fueron los beneficios para la salud materno-infantil y las razones económicas. Asimismo, aceptó el uso de anticonceptivos. Sin embargo, con respecto a ellos objetó el uso de anticonceptivos afectan la salud de la madre, además de que éstos muchas de las veces no son aceptados por los preceptos morales y religiosos de las pacientes.
Partera número 9	"Mensualmente la incorporación de nuevas usuarias al PPF por parteras varía de 3-5, teniendo al menos una nueva usuaria. Para convencer a las mujeres de usar la PF, la mayoría de las parteras hablan individualmente con la nueva usuaria durante los chequeos en el embarazo, o después del nacimiento. Y sólo muy pocas hablan con el esposo de la usuaria". Esta partera los argumentos que usa para convencer a sus clientas de que usen anticonceptivos son: los factores económicos, la educación de los niños, y la salud de la madre.
Partera número 10	Esta partera expresó algunas fallas del PPF, se quejó de la mala distribución de los anticonceptivos, ya que las enfermeras no fueron a las clínicas o porque la clínica no las han provisto de anticonceptivos. El costo de transportación y el tiempo invertido para conseguir anticonceptivos fue otro aspecto del que se lamentó. Por otro lado, comenta que la distribución de anticonceptivos es insuficiente porque ellas (las parteras) incorporan nuevas usuarias que se encuentran con el problema de que los anticonceptivos se han acabado, por lo que sugieren que la cantidad de paquetes que se les proporciona la clínica sea mayor, además de que se cambie el empaque y el color de las píldoras porque las usuarias temen que el frecuente cambio de píldoras puede traer efectos negativos a la salud, ya que no entienden que las píldoras tienen la misma fórmula. Esta partera prefiere ser supervisadas e instruidas por enfermeras más que por médicos porque los médicos usan un lenguaje que las parteras no entienden. Además dice que siente más confianza con las enfermeras porque éstas también son mujeres y las entienden mejor. Por último solicitó más instrucción con respecto a los efectos de los anticonceptivos porque "ésta fue la principal duda entre las nuevas usuarias de la píldora o de las inyecciones".

**CUESTIONARIO APLICADO A PARTERAS
(Cuajinicuilapa, Guerrero 1995-1996)**

Localización	Observaciones
Estado Municipio Localidad Domicilio	
Fecha de la entrevista	
Resultado de la toma de datos	
Datos personales	Observaciones
Nombre de la partera	
Lugar de nacimiento	
Edad en años cumplidos Fecha de nacimiento	
Estado civil a. Casada b. Unión libre c. Divorciada d. Viuda e. Soltera f. Otra	
Idioma (s) que habla a. Español b. Otro	
Religión a. Católica b. Evangélica c. Protestante d. Otra	
Alfabetismo a. Sabe leer y escribir b. No sabe leer y escribir c. Solamente sabe leer	
Escolaridad Años a. Primaria b. Secundaria c. Preparatoria d. Otra	

Datos socio-económicos	Observaciones
<p>¿Con quién vive usted?</p> <ul style="list-style-type: none">a. Solab. Con su esposo e hijosc. Con un hijo (a) casado (a)d. Con un parientee. Otra	
<p>La casa que habita es</p> <ul style="list-style-type: none">a. Propiab. Prestadac. Rentada	
<p>Servicios Sanitarios Disponibles</p> <ul style="list-style-type: none">a. Agua entubada dentro de la viviendab. Agua entubada fuera de la viviendac. Excusado o w.c.d. Fosa sépticae. Letrina	
<p>Otros servicios disponibles</p> <ul style="list-style-type: none">a. Electricidadb. Gasc. Teléfonod. Telégrafoe. Correof. Transporte	
<p>Aparatos domésticos que utiliza</p> <ul style="list-style-type: none">a. Estufab. Refrigeradorc. Licuadorad. Plancha (eléctrica)e. Televisorf. Radio (pilas, eléctrico)g. Otro	
<p>¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?</p>	

Datos de su profesión	Observaciones
¿Desde qué año se inició como partera? Fecha Años de partera	
¿Actualmente trabaja como partera?	
¿Quién le enseñó el oficio de partera? a. Sola b. Una partera c. Su mamá o suegra d. En una escuela de enfermería e. Otra forma	
Otras actividades relacionadas con su oficio a. Sobadora b. Curandera c. Huesera d. Inyecta e. Otra	
Cursos de adiestramiento o readiestramiento para parteras Institución Cuántos a. IMSS b. SSA c. INI d. DIF e. Otro	
¿Cuántas revisiones hace durante el embarazo?	
Promedio mensual de partos atendidos	
¿Qué remedios utiliza con las embarazadas parturientas o puérperas, y para que sirven aquéllos?	
Señale usted si hace o no algunas de las atenciones siguientes a. Asea a la parturienta b. La soba c. Le da algún té d. Le aconseja qué debe hacer al momento del parto e. Le da de comer	

<p>¿En qué posición la atiende?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Acostada b. Arrodillada c. Sentada en cuclillas d. Otra forma 	
<p>¿Qué hace usted con la placenta?</p>	
<p>Señale si le han capacitado sobre los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atención y cuidados del embarazo b. Planificación familiar c. Riesgo reproductivo d. Nutrición y alimentación materna e. Saneamiento del ambiente f. Vacunación g. Rehidratación 	
<p>¿Qué métodos anticonceptivos conoce?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pastillas b. Inyecciones c. Dispositivo intrauterino (DIU) d. Ligadura de trompas e. Vasectomía f. Condones, óvulos y/o cremas g. Otros 	
<p>A cuántas mujeres entre los 15 y 49 años les proporciona actualmente algún método anticonceptivo, e institución con la que colabora</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pastillas b. Condones c. Óvulos d. Cremas e. Otros 	
<p>De las actividades que se mencionan, señale cuáles realiza en su comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Aplicación de vacunas b. Detección de embarazadas c. Envíos de enfermos y partos difíciles a las unidades médicas d. Visitas domiciliarias e. Colabora con el comité de salud de su comunidad f. Actividades de saneamiento g. Huertos familiares h. Distribuye sobres rehidratantes 	

<p>Para realizar su trabajo en la atención del parto ¿a quién se encomienda?</p>	
<p>¿Hace algún tipo de ceremonia para que el parto salga bien? Indíquelo</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Reza b. Enciende una vela o veladora c. Riega agua bendita d. Cumple una manda e. Deja un retablo o milagro f. Otro 	
<p>¿A quién le enseñaría su oficio de partera?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A su hija b. A una pariente c. A una vecina d. A una amiga e. Otro 	
<p>¿Qué medidas propone para facilitar la enseñanza de su oficio de partera a otras mujeres?</p>	
<p>¿En los programas de salud de su comunidad qué medidas pueden ayudar a una mayor participación de usted como partera?</p>	

<p>Para realizar su trabajo en la atención del parto ¿a quién se encomienda?</p>	
<p>¿Hace algún tipo de ceremonia para que el parto salga bien? Indíquelo</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Reza b. Enciende una vela o veladora c. Riega agua bendita d. Cumple una manda e. Deja un retablo o milagro f. Otro 	
<p>¿A quién le enseñaría su oficio de partera?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A su hija b. A una pariente c. A una vecina d. A una amiga e. Otro 	
<p>¿Qué medidas propone para facilitar la enseñanza de su oficio de partera a otras mujeres?</p>	
<p>¿En los programas de salud de su comunidad qué medidas pueden ayudar a una mayor participación de usted como partera?</p>	

Región de Costa Chica, Guerrero.



Municipio de Cuajinicuilapa, Guerrero.



Aguirre Beltran, Gonzalo, Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro.
Fondo de Cultura Economica, México, 1989.