



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA**

**Parteras profesionales en México: las
nuevas herederas de una antigua tradición**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA
P R E S E N T A**

VARINIA ALEJANDRA BARRÍA LEÓN



TUTOR: DR. HERNÁN SALAS QUINTANAL

Ciudad Universitaria, México, D. F., octubre de 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Este trabajo se lo dedico, por supuesto, a mi madre, a quien de muchas formas se lo debo. Y en especial, se lo dedico también a mi padre (¡porque es otra forma de abrazarte!).

*En recuerdo de mi abuelo, de mi tío Alejandro y del Gonza,
quienes nacieron a otro mundo, todavía desconocido,
mientras yo estaba tan lejos...*

AGRADECIMIENTOS

Sería muy difícil la tarea de agradecer como quisiera a las tantas personas que en los últimos dos años me han ayudado a avanzar en la conclusión de este trabajo. Quisiera decirles a todas mis amigas, amigos y familiares que en algún momento se detuvieron a darme su apoyo, su opinión, su asesoría especializada o simplemente su compañía, que no hubiera logrado terminar este proyecto sin contar con el cariño de ustedes. ¡Mil gracias!

Quiero agradecer también a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme el privilegio de estudiar en sus aulas y por el apoyo concreto que a través de una beca para estudios de posgrado me otorgó.

Me gustaría agradecer especialmente a las alumnas, egresadas y maestras de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA que me abrieron las puertas de su escuela, de su clínica y en muchas ocasiones también de su corazón.

Es con mucho afecto que hago un reconocimiento especial a la constante asesoría de Ana María Carrillo Farga, quien con paciencia, conocimiento y entusiasmo leyó mis borradores desde las primeras propuestas para esta investigación, ya que sin su orientación, su apoyo amistoso y su disposición a enseñarme, no hubiera logrado darle forma a esta tesis y su redacción hubiera sido tanto menos clara. Deseo agradecer también afectuosamente al Dr. Luis Alberto Vargas Guaderrama por su preocupación y por la generosidad característica con que apoya a quienes somos sus alumnos. También a la Dra. María Villanueva Sagrado, al Dr. Mario Castillo y a la Maestra Ana María Salazar quienes dedicaron gentilmente su tiempo a la revisión del manuscrito final. Por supuesto también a quien fue mi tutor durante toda la maestría, el Dr. Hernán Salas Quintanal, por su apoyo y confianza.

A mis maestros y especialmente a mis compañeras y compañeros del posgrado en Antropología, con quienes conocí y disfruté de este país maravilloso, y en particular a uno, quien con el tiempo se convirtió, además, en mi compañero de vida.

ÍNDICE

Preámbulo	6
Introducción	14
• El planteamiento del problema de investigación.	19
• Algunas consideraciones previas.	26
• Metodología y técnicas de investigación utilizadas.	33
Capítulo 1:	
Reproducción humana y salud de las mujeres	40
1.1. Sexualidad y maternidad.	42
1.2. Salud sexual y reproductiva, derechos humanos y desarrollo.	50
1.3. El cuidado de la salud sexual y reproductiva: algunas diferencias.	56
Capítulo 2:	
El nacimiento humano	62
2.1 El nacimiento del <i>Homo sapiens</i> .	63
2.2 Evolución de las crías y padres humanos.	68
2.3 El desarrollo intrauterino.	74
2.4 “Ecología” del parto y del nacimiento humano.	79
2.5 La asistencia del parto.	85

Capítulo 3:

Atención y cuidado de la gestación, el parto y el nacimiento	90
3.1 Antropología del nacimiento.	92
3.2 Sistemas de atención al embarazo y parto.	98
3.3 La medicalización del parto y nacimiento.	104
3.4 El movimiento por la humanización del parto y nacimiento.	114

Capítulo 4:

Antecedentes de la partería profesional en México	121
4.1 La atención del parto en el México prehispánico.	124
4.2 La partería tradicional.	126
4.3 La capacitación de parteras tradicionales.	133
4.4 Historia de la partería profesional en México.	135

Capítulo 5:

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA y las nuevas herederas de esta antigua tradición	141
5.1 El municipio de San Miguel de Allende y CASA, A. C.	142
5.2 La creación de la Escuela de Partería Profesional de CASA.	149
5.3 El ejercicio laboral de las parteras profesionales de nivel técnico.	156
5.4 La articulación de un nuevo modelo de atención al embarazo, parto y puerperio.	166

Conclusiones	167
---------------------	-----

Anexos	171
---------------	-----

Bibliografía	181
---------------------	-----

PREÁMBULO

“O parto tem uma longa história. É uma daquelas experiências radicalmente humanas e universais: em todas as épocas e em todas as partes do mundo, fêmeas mamíferas e mulheres deram à luz. Todos nós passamos ao nascermos por esta vivência. É nossa porta de entrada para o mundo. Passagem estreita, misteriosa e às vezes perigosa. Prova e desafio para cada indivíduo: condição indispensável para a sobrevivência da humanidade.”

Adriana Tanese (2004:1)

Decir que el nacimiento de una persona es un evento trascendental en su vida, puede parecer algo muy simple u obvio. Sin embargo, todo lo que ocurre y se transforma durante un parto –al nacer un nuevo ser– involucra tantos aspectos de la existencia humana, que no es posible comprender su trascendencia sin entender su complejidad. “No nacemos de la nada” (Morin, 2002: 456), nuestra vida comenzó mucho antes que nuestro nacimiento, pero ese momento particular en el que “entramos a este mundo” marcará profundamente las singulares formas que la vida de cada uno tomará a lo largo de su existencia.

A pesar de que en nuestro medio es importante recordar el nacimiento (celebrando cumpleaños, mirando el horóscopo, saludando a los recién nacidos y a sus padres, etc.), en general, no hemos sido conscientes de las profundas consecuencias que el nacimiento tiene para nuestra vida. Y, mucho menos, hemos tomado conciencia de la trascendencia que el nacimiento de las personas tiene para la sociedad en su conjunto.

Desde un punto de vista ontológico, el nacimiento es la llegada de un ser a un mundo que le es nuevo. El paso que el recién nacido realiza desde el mundo acuático, tibio y oscuro –que es el único que ha conocido hasta entonces– lo proyecta a un mundo aéreo que le es desconocido, en el que la experiencia sensorial cambia radicalmente. Después de deslizarse por esa misteriosa espiral que es el canal del parto, todo será distinto. El propio ser que se es, será entonces también nuevo para sí mismo, y tendrá la oportunidad de conocerse y de re-conocerse en una dimensión totalmente diferente. Las condiciones en las que este fenómeno ocurra, afectarán sin duda, y de manera profunda, la existencia de cada sujeto a lo largo de toda su vida.

En la tradición occidental, la conciencia no siempre ha sido una categoría explícitamente reconocida a todos los seres humanos. En este caso, me refiero al hecho de que sólo en las últimas décadas se ha profundizado en el estudio del desarrollo de la conciencia durante la vida intrauterina y en los recién nacidos.

En nuestra cultura científica occidental, por mucho tiempo se había pensado que los bebés no eran capaces de hacer otra cosa más que alimentarse y dormir.¹ Sin embargo, es sorprendente conocer –a la luz de los últimos descubrimientos en disciplinas relativamente nuevas como la psicología pre y perinatal– que tanto la experiencia en la vida intrauterina, como las experiencias de vida desde el nacimiento mismo y desde los primeros momentos que le siguen, son claramente conscientes. Estas experiencias conscientes afectan profundamente al desarrollo de las personas, constituyéndose en el sustrato primordial de la propia existencia y de la construcción de la identidad individual.

Habrán quienes sostengan que existen otros mundos después de éste que conocemos y en el cual vivimos. Y sobre esto, no he de pronunciarme aquí; pero sin duda, cada uno de nosotros ha vivido y ha experimentado “otro mundo”. Un mundo acuático, donde no existen muchas de las necesidades fisiológicas que constituyen nuestra vida cotidiana. Hoy, sabemos que estamos vivos porque respiramos; no obstante, en ese otro mundo que habitamos antes de nacer, no necesitábamos

¹ Para contrastar esta “miopía” científica, se menciona, por ejemplo, que en “algunas tribus africanas [...se considera] al recién nacido como un ser venerable poseedor del alma de un ancestro y, por ende, depositario de un saber infinito” (Matheli, 2001: 38).

respirar ni comer, y sin embargo estábamos vivos. Actualmente, el desarrollo científico y tecnológico nos permite afirmar, sin lugar a dudas, que durante la vida intrauterina los seres humanos también tenemos una existencia independiente. Los *bebinos*² en el útero de su madre escuchan sonidos desde la décimacuarta semana de vida, y reaccionan a ellos diferenciadamente. Los bebés *in utero*, perciben los olores y sabores de los aromas que su madre respira y de los sabores de la comida que ella ingiere. Ellos se chupan los dedos, se tocan el cuerpo, sus genitales. Bostezan, se rascan, juegan con su cordón umbilical, y se mueven libremente, sin los efectos de la gravedad, mientras se encuentran en su mundo acuático (Verny y Kelly, 1988; Piontelli, 2002; Fernández, 2005; Kaplan, 2006).

Los *bebinos* aprenden a reconocer las vocalizaciones de su madre y de las personas que están cerca de ella. Ellos responden a estos estímulos diferenciadamente, tanto dentro del vientre materno, como cuando se encuentran más tarde en su cuna, y pueden aprender a interactuar con sus movimientos y la estimulación externa que reciban (Dolto, 2003). Asimismo, experimentan en todo su organismo y en todo su ser consciente, la potencia de las descargas hormonales que acompañan las emociones de su madre, las cuales, a su vez, están ancladas directamente a las formas culturales que la asisten.

Cuando una mujer vive una experiencia feliz, el bebé que está gestando en su vientre experimenta en su cuerpo, y a partir de su propia sangre, los efectos de las endorfinas que a través de la placenta comparte con su madre. Si esta situación ocurre de manera repetida, el bebé en gestación tenderá a desarrollar mayormente los circuitos psico-neuro-endocrino-fisiológicos que se encuentran en la base de las sensaciones placenteras que continuará experimentando en su próxima vida terrenal, con el mismo sustrato bioquímico.

² *Bebino* es una expresión alternativa propuesta –aunque aún no aceptada oficialmente por las autoridades de nuestra lengua– para referirse al feto humano (Bulló, 2004). Su difusión busca cargar de conciencia, ternura y significados individualizantes a quien hasta hoy, suele denominarse estrictamente con términos fisiológicos o, incluso, como “producto”.

La supervivencia del *bebino* en el útero materno depende totalmente de la madre que lo contiene. De esta misma manera, podemos asegurar que nuestra existencia aérea depende totalmente de la “madre tierra” que nos contiene a nosotros; es decir –en un lenguaje más técnico-, de la biósfera en la que habitamos. Si la madre de un feto pereciera, la sobrevivencia de aquél no sería posible. Y, si la tierra o la biósfera en la que habitamos lo hiciera, tampoco nuestra sobrevivencia sería factible.³ Somos completamente dependientes y formamos parte de esta “madre tierra” que nos contiene; y sin embargo, en otro sentido, somos concientes de nuestra existencia individual y autónoma. Del mismo modo, durante su vida intrauterina, un ser puede ser consciente de su propia individualidad.

En la tradición científica del conocimiento psicológico y biomédico, la mayoría de las corrientes teóricas coinciden con la idea de que las experiencias tempranas se fijan en la personalidad y en la salud adulta de maneras muy profundas. Sin embargo, tradicionalmente, se habían adjudicado muy pocas capacidades psicológicas, de memoria o –mucho menos– conscientes al recién nacido y prácticamente ninguna al futuro bebé durante su vida intrauterina (Piontelli, 2002). Así como la adquisición del lenguaje, la adquisición de la conciencia de sí se proponía como algo que no ocurriría hasta después de nuestra llegada a este mundo. Actualmente, sin embargo, se viene realizando mucha investigación que pone en duda tales aseveraciones y se ha visto, por ejemplo, que cada recién nacido, al llorar, lo hace ya con patrones sonoros similares al lenguaje que habla su madre (Cyrułnik, 2005). A raíz de estos nuevos descubrimientos acerca de la vida y el mundo del ser intrauterino, la ciencia occidental y las prácticas que de ella se derivan se están encaminando hacia una nueva

³ Tal aseveración debe comprenderse en el sentido de la argumentación correspondiente. Sin duda, sería posible cuestionar esto a la luz del desarrollo científico y tecnológico, que hoy en día ha mostrado extraordinarias experiencias de incubación extrauterina. Del mismo modo, hay quienes quisieran proponer la posibilidad de un desarrollo tecnológico que permitiera la vida humana fuera de este planeta. Pero estas interesantes materias son propias de otra exposición.

concepción, tanto de las mujeres y de sus partos, como del propio nacimiento humano.⁴

Dar a luz está considerado en cada cultura de forma distinta: como una experiencia dolorosa o peligrosa; interesante, satisfactoria o importante (Langer, 1999). Todas las circunstancias que rodean el embarazo y el parto de una mujer, son también las que rodean el inicio de la vida y el nacimiento de una nueva persona; por tanto, también serán parte del sustrato primario desde el cual esa nueva persona dará forma a su existencia.

Las experiencias que un ser humano tiene a lo largo de su vida, están relacionadas entre sí en una cadena sin fin. Así se teje la trama de la vida de cada sujeto singular. Todas sus experiencias terrenales y acuáticas, y por ende, las de la vida de su madre, y de la madre de su madre, estarán igualmente interrelacionadas. El tejido de nuestra vida se inició mucho antes que nuestro nacimiento, pero al separarnos de nuestra madre, cuando traspasamos ese “umbral de la vida”⁵ – parafraseando el título de Martha Iliá Nájera (2000)– se inició una nueva red de experiencias sensoriales que están en la base de los significados con los que construimos nuestra vida, nuestra experiencia en el mundo y las relaciones con los demás seres.

Por eso, es importante detenerse a pensar en la concepción, en el embarazo, en el parto y en el nacimiento, para comprender que las experiencias vividas por las mujeres, en especial cuando gestan y dan a luz, constituyen el modo en que los seres

⁴ En este sentido, aludo a aquello que se ha dado a conocer en el ámbito latinoamericano e internacional como el movimiento por la humanización del nacimiento, y que se trata más extensamente en el capítulo tercero.

⁵ La experiencia de pasar “naturalmente” a través del cuello del útero materno o la de nacer mediante una cesárea –intervención quirúrgica que desde el siglo XIX tantas veces ha constituido una maravillosa intervención de rescate– corresponden al paso a través de este umbral. La separación entre un *bebino* y su madre es siempre una experiencia fuerte, llena de potencia, cuyas condicionantes culturales sólo afectan de un modo singular a cada persona en particular. Ningún nacimiento humano –ni siquiera los llamados “partos naturales” (aquellos que ocurren sin la intervención médica)– escapa a la mediación cultural.

humanos comenzamos a aprender a vivir. El primer soplo de vida de un individuo está condicionado por la situación singular que vive cada mujer que se hace madre.

En este sentido, pienso que la antropología puede constituirse en una valiosa herramienta que nos permita conocer, desde una perspectiva particularmente útil en la práctica clínica, otros aspectos de la “magia” del nacimiento. Es por ello, que he querido realizar una investigación antropológica, con el propósito de que sirva para conocer y desarrollar otros recursos terapéuticos, de acompañamiento e intervención clínica, que sea posible utilizar en distintos contextos del cuidado de la salud individual y colectiva. Pero, por sobre todo, he hecho esta investigación porque a través de ella me fue posible aventurarme más allá de la historia de mi propio nacimiento y del de quienes están cerca.

Repensar entonces el modo en que nacemos, a la luz de la enorme diversidad de prácticas y creencias que en distintas culturas y en diferentes épocas se ha observado, nos permite imaginar muchas formas posibles de nacer, y también nuevas maneras de pensar el parto, de enfrentarse a él y, en especial, de tratar y asistir a las mujeres que gestan y dan a luz. La gestación y el nacimiento son momentos privilegiados para promover la salud mental, el desarrollo armónico y la seguridad afectiva de los miembros de cualquier grupo humano. Esto nos ha de llevar entonces a pensar más cuidadosamente en el papel que desempeñan las mujeres en la sociedad y el lugar que se les asigna, así como también a pensar en las profundas implicancias que la asistencia y atención integral de salud tiene durante los procesos reproductivos.

Desde esta perspectiva en la que el parto deja de ser sólo carne, sangre y cartílagos que se distienden y separan durante un proceso biológico, para comprenderse ahora como un evento mucho más complejo y trascendente, es posible pensar, incluso, que ya no sería un mandato imprescindible el “parir con dolor”⁶.

⁶ Ésta no es sólo una referencia bíblica con respecto a la sentencia que, en voz de Dios, habría recaído sobre Eva: “Multiplicaré tus tristezas y tus preñeces; en medio del dolor darás a luz tus hijos;... [tu marido] será tu señor” (Génesis 3, 16). Sino que es, por cierto, un alcance concreto a la idea tan extendida en nuestra cultura, de que el parto representa, como característica esencial e inevitable, un gran dolor para la parturienta. El parto significa en nuestro medio un enorme sufrimiento, y se considera como uno de los dolores más fuertes que un ser humano puede soportar. Sin embargo, al investigar sobre el asunto, fue posible escuchar directamente

Si tejiéramos una historia distinta del cuerpo y de la sexualidad, ¿no podríamos dar lugar a mujeres *empoderadas* por su capacidad creadora de vida y de afectos positivos, que parieran gustosas, conscientes de su trascendencia y, además, sin contrariar a las diosas generatrices de la existencia?

Las personas aprenden a darle significado a las experiencias sensoriales a partir de su diferenciación y de su relación con determinados fenómenos del entorno. Al mismo tiempo que aprendemos a distinguir los estímulos provenientes del mundo exterior, y debido a que esto ocurre en una completa dependencia del cuidado de terceros, cuando nos reconocemos en esta nueva dimensión, vamos adquiriendo conjuntamente los códigos de la cultura a la pertenecemos. Los sujetos aprendemos estos códigos culturales en relación con la sociedad de la cual formamos parte, en un proceso de socialización que, comúnmente, nos es “transparente” a la percepción consciente.

En este proceso, en el que la cultura da forma a la experiencia sensorial, se van construyendo también las identidades sociales e individuales. Desde la propia biografía individual, se inscriben en el cuerpo los códigos con los que desciframos nuestra experiencia. Nuestra historia personal y nuestros recuerdos se registran materialmente en nuestra geografía corporal. Por lo tanto, al influir en la lectura de nuestro propio cuerpo y de nuestra propia historia, nuestra experiencia sensorial también se transforma. Eso es lo que se hace en las relaciones interpersonales, y es también lo que se hace a diario en la clínica.⁷

y revisar en la literatura (Merelo-Barberá, 1980), el relato de muchas experiencias de mujeres que no han sufrido ese inmenso dolor durante un parto, y que incluso refieren haber sentido intenso placer al momento de parir. Efectivamente la gran estimulación vaginal del paso del *bebino* durante un parto, puede dar lugar al orgasmo. También fue posible encontrar, por ejemplo, en el medio rural mexicano a mujeres que se extrañan ante la pregunta sobre los dolores del parto, y niegan haberlo sentido. Y son incontables las experiencias psicoprofilácticas y de preparación para el “parto sin dolor”. Encontramos así, evidencias de la coexistencia de partos placenteros además de los ya tan conocidos y extendidos partos dolorosos.

⁷ Al respecto, Watzlawick y Nardone (2000) plantean, específicamente, que la práctica clínica (y se refieren aquí al ejercicio de la psicología clínica estratégica) lleva al paciente a experimentar percepciones alternativas a su realidad.

Uno de los caminos alternativos para la construcción de una nueva forma de enfrentar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, es la combinación de saberes. En esta línea se ubica el trabajo de investigación que guió esta tesis, la que busca dar cuenta de la construcción de una nueva propuesta para la formación de profesionales que cuiden y atiendan los procesos reproductivos de las mujeres en México.

A la luz de enfoques integrativos, tanto desde la investigación e intervención interdisciplinaria⁸, como en la planificación y evaluación de políticas, estrategias y acciones concretas en salud, se podrán concebir nuevas posibilidades para gestar cambios sociales que redunden en una mejor calidad de vida para las personas. En una época de fenómenos globales, las experiencias locales y la ampliación de miradas que combinen experiencias diversas, nos abre posibilidades para imaginar un “renacer de la humanidad”, desde una perspectiva ya no globalizante, sino que holística.⁹

⁸ La interdisciplina implica el estudio de fenómenos complejos, y el estudio de fenómenos complejos exige la investigación interdisciplinaria. Para seguir un análisis de los alcances del término *interdisciplinario* ver a García, 2006.

⁹ holístico, ca.

1. adj. *Fil.* Perteneiente o relativo al holismo.

holismo.

(De *holo-* e *-ismo*).

1. m. *Fil.* Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen (Real Academia Española de la Lengua, 2007).

INTRODUCCIÓN

Gran parte de los procesos reproductivos –como la gestación, el desarrollo embrionario, el crecimiento de la placenta, etc.– son los mismos en todas las sociedades humanas; sin embargo, la experiencia, la interpretación y el resultado de estos procesos presentan una enorme variabilidad cultural (McElroy y Townsend, 2004). La reproducción humana, ha sido un objeto de estudio clásico dentro de la antropología general, y a partir de este interés se han descrito ampliamente sus tabúes, creencias folklóricas, su relación con diferentes rituales y las diversas prácticas culturales que se establecen en torno a ella.

La reproducción se materializa en el cuerpo de muchas mujeres, pero toda la sociedad en su conjunto participa o contribuye a dar el sustento sociocultural a la experiencia individual –y a la vez dual y social– de la gestación. Evidentemente, no todas las mujeres conciben ni dan a luz a nuevos seres humanos, ni lo pueden hacer los hombres. Sin embargo, tanto ellos como las mujeres que no son madres, y todo el conjunto social y ecológico de los grupos humanos, influirán también, de manera más o menos directa, en los procesos que experimentan las mujeres que dan vida a cada nueva generación. Y por lo tanto, en los procesos que atraviesa cada nuevo ser humano que nace al mundo.

En su sentido más amplio, esta investigación presenta algunos elementos que nos permiten reflexionar justamente acerca de las condicionantes que influyen en nuestra llegada al mundo y en la de aquellas personas que están por llegar. De este

modo, propongo volver a pensar en el lugar que cada uno ocupa en la dinámica constante de transformación de lo social.¹⁰

Sin duda, el papel que en estos procesos desempeñan las personas encargadas de cuidar del embarazo y de atender el parto y el nacimiento, es de vital importancia. No sólo para la supervivencia de la madre y del nuevo ser, sino también para la reproducción social y cultural de los grupos. En este sentido, el plantearse específicamente conocer las nuevas propuestas que surgen para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, también abre caminos para pensar en el cambio social.

A pesar de que la antropología del parto y nacimiento se viene desarrollando desde hace ya varias décadas, su difusión no ha sido muy extensa. En general, este tipo de etnografías corresponde a un área de investigación que han ocupado principalmente mujeres, tal vez, por las dificultades que para un hombre puede significar el introducirse a observar y estudiar este ámbito de la experiencia sexual femenina.¹¹

Sin embargo, en especial durante el siglo pasado, el desarrollo tecnológico y la estandarización de los procedimientos biomédicos modernos desplazaron en gran parte de los países “desarrollados” a las antiguas prácticas de asistencia al parto, tradicionalmente a cargo de mujeres, ubicando en su lugar a los especialistas masculinos de la naciente obstetricia moderna. Mientras que en las últimas décadas se ha constatado un resurgimiento de la partería y su revalorización en el mundo (Fisher, 2003; Kitzinger, cit. por Davis Floyd, 2000), un creciente cuestionamiento a las

¹⁰ “Las sociedades devienen, los hechos sociales se deben a la interacción y los modos de vida no son inexorables, ni los estamentos sociales eternos, sino mecanismos que definen relativamente las maneras de vivir. La historia la hacen los sujetos sociales y al vivir hacen precisamente esa historia. [...] En la conciencia moderna, lo imponderable ha cedido y es posible intervenir en el contenido y en el sentido de la marcha de la sociedad” (Lagarde, 2001: 89).

¹¹ Específicamente bajo la entrada de “parteras”, en el registro por materias de las tesis que guarda la biblioteca central de la UNAM, se ubican un total de 18 títulos. Todas fueron realizadas por mujeres, la mayoría corresponden a tesis de Enfermería y Obstetricia, dos son de sociología, y tan sólo una es de antropología, y corresponde a un estudio sobre mortalidad materna en una zona indígena de Chiapas, realizado por Graciela Freyermuth (2000).

prácticas rutinarias de la atención hospitalaria del parto está dando forma a lo que a nivel internacional se ha denominado el Movimiento por la Humanización del Nacimiento (ver Zieler, 2004 y 2005).

En México, a diferencia de la mayoría de los países industrializados, la persistencia de las parteras tradicionales a lo largo y ancho del territorio nacional ha permitido la convivencia de distintos modelos de atención. Sin embargo, esta convivencia no está exenta de conflictos, y a pesar del reconocimiento oficial de la labor de las parteras tradicionales, la tendencia hacia su desaparición –paralela a una marcada medicalización de los partos– caracteriza también las formas de nacer en la actualidad en este país.

Esto corresponde al contexto general en el cual se sitúan los objetivos que guiaron particularmente el trabajo de campo realizado durante esta investigación, los que se focalizaron en la reaparición de una nueva profesional sanitaria en México: la Partera Profesional.¹²

El desarrollo de un modelo de partería de nivel técnico profesional que aquí se expone, ha sido un esfuerzo enorme de unas cuantas personas que desde el sector no gubernamental fijan sus metas a gran escala y han echado a andar un proyecto que busca que las mujeres mexicanas dispongan de una nueva alternativa de atención a su embarazo y parto. Una alternativa “menos medicalizada”, “de mujer a mujer”, “rescatando tradiciones”, como ellas mismas nos cuentan. Este proyecto piloto busca además constituirse en una oportunidad laboral y de desarrollo para mujeres jóvenes, especialmente de sectores rurales y socioeconómicos desfavorecidos. La formación de parteras profesionales de nivel técnico aparece así como una interesante estrategia a implementar en regiones donde hay un bajo nivel

¹² “Partera” es la expresión que en México se utiliza para denominar a la mujer que asiste y atiende a otras mujeres durante el parto, y también en el embarazo y el puerperio. En otros países de habla hispana existen las matronas, comadronas u obstetrices, entre otras denominaciones para la partera. Cada una, evidentemente, lleva consigo una historia, una carga simbólica y refiere a especificaciones profesionales, de formación o de oficio distintas, dependientes del contexto en el cual es nombrada.

escolar y donde las poblaciones de las áreas rurales no tienen acceso a los profesionales de salud que tienden a mantenerse en las áreas urbanas.

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A. C. en San Miguel de Allende, Guanajuato, se presenta como la única escuela de parteras de nivel técnico terminal en el país. Enseñando “el arte y la ciencia de la partería”, esta escuela combina tanto elementos de la partería tradicional, como de la obstetricia moderna en el desarrollo de su modelo de atención. Así, el interés particular que dirigió este estudio fue conocer la forma en que se articulan estos dos modelos de atención al embarazo, parto y puerperio en la formación y en el ejercicio profesional de estas nuevas herederas de la partería en México. Para ello, utilicé una metodología cualitativa de investigación social, la cual expongo más adelante; además de la investigación bibliográfica y documental, a partir de la cual, construí un marco teórico referencial que me permite ubicar propiamente el problema de estudio desde una perspectiva antropológica integral.

El desarrollo de esta tesis, lo inicio en el capítulo 1 a partir de una reflexión sobre los significados culturales de la sexualidad y la maternidad, para presentar luego, el marco general de acuerdos internacionales desde donde se establece que la salud sexual y reproductiva forma parte de los derechos humanos universales, ya que en este marco se apoya también la propuesta que hace la Escuela de Parteras Profesionales de CASA. El respeto de estos derechos se plantea como un pilar fundamental para el desarrollo social de los países. Sin embargo, para acceder a la salud sexual y reproductiva existen diversos modelos de cuidado y atención, cuyos métodos, recursos, agentes y efectos a corto y largo plazo pueden ser muy distintos en cada grupo o población determinada.

En el segundo capítulo presento el estudio del parto y nacimiento desde una perspectiva evolutiva. Analizando las características ecológicas o bio-psico-sociales de estos procesos, reviso concretamente el papel que su asistencia ha desempeñado en la reproducción biológica y cultural de nuestra especie, así como en la vida y desarrollo de cada sujeto singular. Se plantea entonces que, dadas las características del propio nacimiento humano, la existencia de parteras o de una tercera persona que asista a la

mujer en el momento del parto, ha acompañado nuestro nacimiento muy probablemente desde los orígenes de nuestra especie.

En el capítulo 3 desarrollo algunos conceptos importantes de lo que específicamente se puede denominar antropología del nacimiento desde una perspectiva social. Expongo también algunas ideas que se encuentran en el marco de los estudios de la antropología médica y de los realizados desde la tradición feminista.¹³ Caracterizo aquí el desarrollo del modelo biomédico hegemónico de atención del parto y la respuesta que frente a éste se ha ido articulando en las últimas décadas desde el movimiento por la humanización del nacimiento.

En el capítulo 4 caracterizo el modelo tradicional de partería y expongo algunos antecedentes relevantes de su profesionalización en México. Estos elementos servirán de contexto para comprender mejor algunos aspectos del desarrollo y la pertinencia de la propuesta de esta escuela de partería profesional.

En el último capítulo expongo los resultados del estudio de caso que realicé sobre la práctica profesional y el modelo de atención de estas nuevas parteras profesionales que están gestando en México el renacimiento de una de las profesiones más antiguas del mundo. A través de las estudiantes, maestras y egresadas de esta escuela, pude conocer cómo distintos paradigmas de atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva se combinan y articulan dependiendo, principalmente, del contexto social y los distintos espacios en los que se atiende un parto.

¹³ Es pertinente hacer aquí una detención, para evitar que a la voz de feminismo se entienda cualquier cosa que pueda estar basada en prejuicios o estereotipos, al desconocerse –por los mismos– la larga historia del feminismo, su contundente aporte teórico-metodológico y los alcances de su apuesta política. Un enfoque de género feminista, permite ver aquello que justo por razones culturales nos suele ser transparente a la conciencia: “las sombras de las grandes ideas gestadas y desarrolladas sin las mujeres y en ocasiones a costa de ellas: democracia, desarrollo económico, bienestar, justicia, familia, religión...” (Varela, 2005: 21). La perspectiva de género feminista “tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, de la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres (Lagarde, 2001; 13). Específicamente como corriente antropológica, la antropología feminista se ha definido por Henrietta Moore como el “estudio del género en tanto que principio de la vida social humana” (Moore, 1991, cit. por Alberti, 1997: 349).

Los últimos apartados corresponden a las conclusiones y consideraciones finales que se derivan del ejercicio de investigación hasta aquí realizado. Se trata de las reflexiones propias y las desarrolladas en conjunto con las muchas personas con las que tuve oportunidad de discutir e intercambiar ideas. Sin duda, el objetivo general desde donde abordé esta investigación fue sólo la puerta de entrada a un tema de enorme amplitud y relevancia, que no dejará de presentarse constantemente con nuevas preguntas e inquietudes.

A continuación, detallo parte de las experiencias personales que me llevaron a delimitar de este modo el planteamiento del problema de investigación. Presento además algunas reflexiones y consideraciones epistemológicas que me parecen relevantes para exponer, posteriormente, la metodología y las técnicas de investigación utilizadas en el transcurso de este estudio, y que configuran el trabajo de campo realizado.

- **El planteamiento del problema de investigación**

El interés general que me motivó a realizar este estudio se relaciona con las condiciones en que se gestan y nacen los seres humanos, las distintas formas de asistir el momento del parto, y los fenómenos socio-culturales que atraviesan estos procesos. Sin duda, un asunto muy amplio. De tal modo que fue necesario delimitar el problema de investigación en torno a una experiencia bastante particular en México, a través de la cual pude observar algunas de estas relaciones. Esto es, la propuesta de profesionalización de la partería que surge en una escuela técnica terminal particular en San Miguel de Allende, Guanajuato, en el centro de México, al alero de la organización no gubernamental CASA, A.C. (Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende).

Mi acercamiento a la escuela de Partería Profesional se dio gracias a una invitación para asistir a la ceremonia de graduación de tres nuevas parteras profesionales en el verano del año 2005.

Unas semanas antes, yo había asistido a la “Primera Conferencia Internacional sobre la Naturaleza del Nacimiento” en México. Un encuentro realizado en Oaxtepec, Morelos, al que llegaron parteras de distintos lugares, de distintas tradiciones, con historias y experiencias diversas. Asistieron parteras tradicionales de varios estados de la República Mexicana; las que yo pude conocer personalmente venían Oaxaca, Morelos y Yucatán. Recuerdo un grupo de parteras tradicionales guatemaltecas, que habían migrado y trabajaban en los Estados Unidos, y una partera tradicional brasileña que tenía también formación en enfermería. Llegaron matronas chilenas, enfermeras obstetras mexicanas, parteras profesionales italianas, venezolanas, argentinas, *certified midwives* y también *doulas*¹⁴ de distintos países. Aunque en menor número, asistieron algunos médicos gineco-obstetras –hubo los que desde otras latitudes hubieran querido estar ahí, pero no pudieron llegar–, asistieron psicólogas, terapeutas, pediatras, algunas mujeres embarazadas, otras que ya eran madres, algunos padres, y en fin, distintas personas que se interesaron por los

¹⁴ “Una *doula* es alguien que atiende a la madre en su labor de parto” (Ellison, 2006: 64). Las *doulas* son en su mayoría mujeres que acompañan a la embarazada muchas veces desde antes del parto y también en el puerperio, enseñándole a cuidar de ella misma, de su embarazo y de su bebé. No atienden el parto y no dan indicaciones médicas. Utilizan masajes y ejercicios para ayudar a la madre a prepararse para el parto y durante el trabajo de parto. Ayudan a aliviar dolores y tensiones en el caso de las mujeres que no están preparadas para parir, que se sienten inseguras o tienen alguna complicación. Le enseñan a bañar a su bebé, a amamantarlo, y representan sobre todo una importante fuente de contención emocional. Su figura remonta desde muy antiguo, y el importante papel que en la actualidad pueden desempeñar, seguramente era cumplido por otras mujeres cercanas cuando el parto ocurría en contextos de familias extensas. En los últimos años, las *doulas* han resurgido con un quehacer más o menos regulado (existen en distintos países algunos cursos de formación y certificación de *doulas*), por el cual se puede recibir una remuneración. El obstetra francés, Michel Odent, comentaba irónicamente que si se descubriera algún fármaco que tuviera los efectos que la presencia de una buena *doula* provoca en la mujer parturienta, se consideraría muy poco ético que las instituciones no lo administraran.

argumentos del movimiento por la humanización del nacimiento¹⁵ y asistieron a la reunión.

Fue un encuentro “lleno de magia”, en el que se hicieron reflexiones y presentaciones de experiencias diversas, relativas al parto “natural”, al resurgimiento de la partería en el mundo, a las posibilidades de *empoderamiento* que un parto puede llegar a proporcionar a la mujer que lo vive conscientemente, y a los beneficios que se pueden promover en este contexto para la salud de los recién nacidos y su posterior desarrollo. Hubo conferencias y exposiciones tanto de representantes del mundo académico, como de parteras tradicionales y terapeutas o practicantes de modelos “alternativos” en salud. Se llevaron a cabo rituales de inicio y de cierre de la reunión, talleres demostrativos, ejercicios de conocimiento personal, exposición y venta de materiales y productos relativos a los temas que se trataron, y fueron muchos los espacios para compartir entre gente muy diversa.



Fotografías de la Primera Conferencia Internacional sobre la Naturaleza del Nacimiento, en Oaxtepec, Morelos. Junio de 2005.

¹⁵ La “humanización” del nacimiento se trata, en términos muy generales, de la recuperación del parto como un evento que no requiere la intervención médica rutinaria o innecesaria, poniendo el acento en las necesidades y experiencias particulares de cada mujer que pare y de cada nuevo ser que nace (una mayor descripción de sus propuestas se aborda específicamente en el capítulo 3).

Personalmente, lo que más me llamó la atención durante esos cuatro días en Oaxtepec fue la “fuerza” o la “energía” que se sentía entre esas mujeres allí reunidas, particularmente entre las que eran parteras. Todas parecían mujeres muy seguras, poseedoras de secretos o conocimientos especiales. Había “algo” en ellas, en sus manos, en sus voces, que las hacía únicas. Así, comencé a interesarme más específicamente por conocer quiénes son estas mujeres, que al parecer, por el hecho de ser parteras, se habían vuelto mujeres poderosas y muy especiales.¹⁶

Esta era la segunda vez que me encontraba en una reunión sobre asuntos relativos al movimiento por la humanización del nacimiento, y nuevamente me preguntaba cómo resolver esa aparente contradicción entre ciertos planteamientos sobre la “naturaleza del nacimiento” y toda su “potencia hormonal” –planteamientos que a veces se encontraban muy cercanos a ideas como el instinto materno...– y esa parte de los planteamientos feministas que distancian totalmente la biología de la maternidad, para dejar de entender a esta última como el despliegue de conductas y afectos “maternales” de preocupación y cuidado, supuestamente contenidos en la “naturaleza biológica” de las mujeres.

El movimiento por la humanización del nacimiento tiene raíces en movilizaciones por partos domiciliarios y por la labor de las parteras (o de las *midwives*) ya en la década de los sesenta del siglo pasado, cuando el parto volvió a mirarse como un evento fundamentalmente femenino por ser sólo experiencia directa de mujeres. Vivido “en libertad”, un parto resultaría ser una experiencia sumamente *empoderadora*, como expresión del espíritu, de la potencia y la experimentación de la “fuerza femenina”. Esto representaba para mí, algún grado de tensión con las propuestas feministas como yo las entendía.¹⁷

¹⁶ Tal vez, cabe mencionar aquí que yo misma soy hija de una matrona y que he conocido a muchas otras matronas, las que también suelen ser mujeres muy fuertes y especiales.

¹⁷ En Chile, de donde yo provengo, la medicalización del parto y del nacimiento es muy alta. No sólo el índice de cesáreas se calcula desde hace años como uno de los más altos del mundo –Davis-Floyd (2007) refiere 43%–, sino también el modelo de atención tiende a regular, normar y estandarizar una atención centrada en los procedimientos y rutinas a seguir por parte del personal sanitario en la atención de partos. De hecho, se entiende comúnmente por “parto normal”, aquel que es vaginal, aunque ocurra con anestesia, acostada en una cama de partos,

En esos días del encuentro en Oaxtepec, la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd¹⁸ –con quien previamente me había puesto en contacto por correo electrónico– me presentó a doña Antonia, una partera tradicional, que había participado en la creación de la única escuela profesional de partería que existía en México. Doña Antonia, me presentó a su vez a Maricruz, partera profesional egresada de la misma escuela, quien entonces estaba a cargo de su dirección. Fue ella la que, en una breve conversación, me dijo que si quería conocer la escuela, podía aprovechar de asistir a la ceremonia de graduación de las nuevas egresadas, que estaba muy próxima. Me dio algunas referencias sobre cómo llegar y yo, por supuesto, asistí.

En aquella ocasión, llegué en la mañana, directamente a la ceremonia. Tres alumnas egresadas de la escuela recibieron de las manos de sus madres –las tres, parteras tradicionales o empíricas¹⁹– una vela encendida que representaba la luz con la que las nuevas egresadas iluminarían, a partir de entonces, su quehacer como parteras profesionales. Por supuesto, recibieron también un diploma que certificaba el haber cumplido con los requisitos académicos de la escuela. Hubo presentaciones artísticas de niños y jóvenes, y una banda militar abrió al inicio la ceremonia para el saludo oficial a la bandera.

utilizando distintas intervenciones para controlar su curso. Por otro lado, yo conocía mujeres (algunas que formaban parte activa de movimiento feminista) que no estaban “dispuestas a pasar por los sufrimientos del parto” y que decidieron practicarse una cesárea, incluso antes de estar embarazadas, reclamando así su derecho a decidir ellas mismas cómo vivir sus propios procesos reproductivos. De modo que estos planteamientos sobre la humanización del parto y nacimiento me parecían muy sugerentes y en cierta forma contradictorios.

¹⁸ Robbie Davis-Floyd es una antropóloga estadounidense que se dedica a escribir e investigar en temas relacionados con la antropología del parto y nacimiento. Además, hace, a nivel internacional, difusión y activismo en el marco de la desmedicalización del parto y nacimiento, y por el reconocimiento y fortalecimiento de las parteras en el mundo (Davis Floyd, s/f). Parte de su trabajo, publicaciones y actividades pueden ser consultados en la página: www.davis-floyd.com.

¹⁹ En el capítulo 4 se trata específicamente el tema de la partería tradicional o empírica.



Fotografías de la ceremonia de graduación de la sexta generación de parteras profesionales egresadas de CASA, Dra. Matilde Juárez, 2005.

Todas las alumnas de la escuela salían de vacaciones aquel día, y al regreso, las egresadas deberían empezar a cumplir con un año de servicio social gratuito, insertándose en algún establecimiento de salud para poder concluir así con todo el proceso de su formación y tramitar su cédula profesional.

Al terminar la ceremonia de graduación, hubo una reunión convocada por la directiva de la escuela y dirigida principalmente por Nadine Goodman, cofundadora y asesora del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, CASA. Ésta fue una reunión que se realizó aprovechando la presencia de representantes de instituciones de salud y educación, en la que se hizo un reclamo por la situación en la que las parteras profesionales se encontraban al no estar reconocidas por el sistema institucional de salud. De este modo, no podían ser contratadas ni ejercer su especialidad técnico-profesional, a pesar de que su programa de formación había sido reconocido ya ante la Secretaría de Educación Pública, para lo cual contó con la asesoría de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM). En esa

reunión yo fui presentada como “la antropóloga”, y casi sin que me diera cuenta, me encontré accediendo a lo que sería mi objeto de estudio.²⁰

Al día siguiente de la graduación, una de las egresadas celebró una gran comida en su casa, a pocas horas de San Miguel de Allende. También a esta celebración fui invitada. En esta casa, bastante grande y ubicada en un bonito y amplio terreno donde los padres de la egresada tienen huertas y varios animales, se encuentra también la “Casa de nacimiento doña Lucila” en la que su madre – reconocida partera del municipio²¹ – atiende partos y también otras consultas de salud general (más tarde, yo la observaría realizando principalmente “sobadas” y “curas de espanto” a su clientela, la que no se limita sólo a mujeres embarazadas y que diariamente solicitan sus servicios). Me llamó entonces la atención, la compleja situación en la que se encontraría su hija, ya que ella, contando con toda la experiencia aprendida de su madre y además con estudios formales de partería, ella no podría insertarse en una institución de salud, y de hacerlo, no alcanzaría allí el mismo nivel de reconocimiento e ingresos que su madre tiene en su propia comunidad. Fue así entonces, asistiendo a estas reuniones, como comencé mi trabajo de campo.

Una de las cosas que más resalta la Escuela de Partería Profesional de CASA, A.C., es que busca integrar en la formación de sus alumnas recursos y conocimientos obstétricos tanto de la biomedicina moderna como de la práctica de la partería tradicional. Lo que no deja de ser un gran desafío, puesto que, aparentemente, estas

²⁰ Por supuesto que más tarde, cuando volví a la escuela con un proyecto y un programa de investigación concretos, tuve que volver a presentarme. La autorización para hacer la investigación en las dependencias de CASA me la dio Nadine Goodman, después de leer el documento con el proyecto que les presenté y sostener una entrevista conmigo. Mientras tanto, las parteras profesionales (alumnas y maestras) me habían recibido ya muy bien.

²¹ La señora Lucila es muy conocida en su municipio, y más allá de las posibles coincidencias, me impresionó el hecho de que cuando fui a visitarla, llegando a la terminal de autobuses de la cabecera municipal (ella vive en un sector rural más apartado), las primeras personas a las que pregunté como llegar al sector que buscaba me indicaron exactamente cómo llegar a la casa de doña Lucila, pues la ubicaban perfectamente. También otras personas a las que consulté en el camino supieron contestarme dónde vivía.

dos son formas muy opuestas de aproximarse al papel que desempeña quien atiende un parto y cuida de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

De ahí, que el interés de esta investigación se focalizó en conocer los modos en que se actualiza, en la formación y en la práctica de estas nuevas parteras profesionales, la articulación de dos sistemas distintos de cuidado y atención del embarazo, parto y puerperio. Por otra parte, en consideración a que esta escuela busca además la inserción de las egresadas en el sistema de atención institucional de salud, otro eje de interés en el planteamiento de esta investigación fueron las estrategias que estas nuevas parteras implementan para la construcción y validación de un espacio emergente dentro del quehacer sanitario público.

Así, las principales preguntas que guiaron la investigación de campo fueron: ¿cómo combinan estas nuevas parteras los elementos de la partería tradicional y los significados y herramientas modernas de la biomedicina en su práctica profesional?, y ¿de qué modo se articulan ambos sistemas de atención en la construcción de un nuevo modelo de atención al embarazo, parto y puerperio?

• **Algunas consideraciones previas**

Marcelo Pakman (2006: 27) define la epistemología como “el intento de responder explícita o implícitamente a las preguntas básicas sobre el conocimiento, sus procesos y mecanismos, sus límites y condiciones, su sujeto y su objeto”. Intentaré referirme aquí a algunas ideas en torno a estos conceptos y relaciones.

Los seres humanos hemos necesitado desarrollar una serie de mecanismos de orientación en el mundo, a través de los cuales generamos una sensación de seguridad y control sobre las circunstancias que nos rodean. “La realidad en la que vivimos, entendida como el conjunto de fenómenos de la naturaleza humana y no-humana y las dinámicas en las que se insertan, es tan compleja, tan dinámica,

compuesta por tantas interrelaciones distintas, que resulta inabarcable para la mente humana” (Hernaldo, 2000: 104). Tenemos que organizar la realidad, darle un orden al mundo de modo que podamos habitarlo. Al respecto, Roger Bartra plantea que los sistemas culturales y simbólicos –el exocerebro– sería lo que nos permite sustituir “el desorden de la confrontación con una diversidad de nichos ecológicos por el orden generado por un nicho simbólico estable” (2007: 32).

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo²², el lenguaje, la complejización del pensamiento y el aprendizaje de patrones relacionales, de comportamiento o emoción, son procesos que se van dando paulatinamente y en un determinado contexto sociocultural. A través de su desarrollo, el ser humano va identificando experiencias sensoriales que va diferenciando y significando en relación con el entorno; de este modo el mundo comienza a ordenarse y la persona puede ubicarse entonces dentro de ese orden. Vamos construyendo y conociendo el mundo, en la medida en que nos vamos diferenciando de él, y este proceso sólo puede ocurrir en tanto establecemos relaciones con los demás miembros del grupo y con el entorno.

Este proceso de construcción de la realidad, descrito ya por Jean Piaget hace más de medio siglo, es una primera aproximación a la idea de que la experiencia y el conocimiento no pueden estar sino impregnados de connotaciones culturales y sociales, “filtradas” subjetivamente. En este sentido, Gregory Bateson refiere que “[...] cada individuo humano –cada organismo– tiene sus propios hábitos personales de construir el conocimiento y cada sistema cultural, religioso o científico promueve determinados hábitos epistemológicos” (Bateson y Bateson, 2000: 33).

A través de las relaciones sociales, las personas y su entorno se van adscribiendo o diferenciando en grupos y categorías diversas. Este proceso por el cual nos vamos ubicando en cierta posición dentro de la sociedad en la que vivimos, se ha denominado socialización. Así, aprendemos a distinguir y clasificar el mundo,

²² Cabe mencionar aquí, que mi formación universitaria es en psicología, por lo tanto, seguramente, en más de una ocasión mi enfoque antropológico se tocará igualmente con el psicológico.

en la misma medida en que el entorno nos distingue y clasifica. Desarrollamos entonces nuestra identidad a partir de un fenómeno que resulta ser, a la vez, de auto y heteroadscripción.

En las relaciones intersubjetivas los “otros” son aprehendidos y “tratados” desde los esquemas tipificadores que cada uno tiene internalizados. Por ello, estos esquemas tipificadores son recíprocos, todos los tenemos y, en las relaciones cara a cara se da un interjuego de interferencias mutuas por lo que los esquemas entran en “negociación” (Achilli, 2005: 20).

La cultura entonces es producida socialmente, en las interacciones sociales. Corresponde, en parte, a aquello a través de lo cual podemos organizar el mundo para interactuar con él. Distinguimos y establecemos relaciones entre los distintos segmentos de la “realidad” dándole un significado al entorno, al “mundo como lo conocemos”, y lo hacemos desde una determinada posición en él. Es decir, conocemos, organizamos y entendemos el mundo a partir de relaciones establecidas en el ámbito social, pues sólo en esa dimensión es posible nuestra supervivencia y adaptación al medio, y lo hacemos inmersos en las significaciones culturales que compartimos con el grupo al que pertenecemos.

Las personas comienzan a establecer relaciones sociales más complejas en la medida en que van interactuando cada vez más autónomamente en el mundo, y van desarrollando así su identidad personal, más o menos individualizada dependiendo también del contexto histórico y social. Quizá, la mayor parte de los fenómenos relativos a este proceso y a la implantación de los dispositivos socioculturales que nos permiten relacionarnos con el mundo y comprenderlo, son absolutamente “transparentes” a la conciencia. Funcionan, entonces, a nivel inconsciente y están anclados a la experimentación sensorial y corporal, a la experiencia subjetiva del mundo. Y, aunque estos procesos están dados dentro de lógicas sociales y culturales compartidas, se materializan en cada miembro del grupo de maneras siempre singulares.

Estas ideas me parecen de suma importancia, en tanto que a partir de ellas ya no es posible sostener la “objetividad” de cualquier investigación a partir de un pretendido distanciamiento del objeto de estudio. Al contrario, hacer explícitos los

valores e intereses personales y políticos de quien investiga, me parece una condición fundamental para el avance del conocimiento científico. Al respecto señala Sandra Harding que,

[...] una ciencia máximamente objetiva, natural o social, será aquella que incluya un examen autoconciente y crítico de la relación entre la experiencia social de sus creadores y los tipos de estructuras cognitivas promovidas en su investigación. [...] Sean cuales fueren los valores e intereses morales y políticos responsables de la selección de los problemas, las teorías, los métodos y las interpretaciones de la investigación, reaparecen en el otro extremo de la investigación como el universo moral y político que la ciencia proyecta como naturales y, en consecuencia, ayuda a legitimar (Harding, 1996: 216).

La construcción de la experiencia subjetiva del mundo depende de múltiples factores tanto de orden social y cultural, tales como el género, la etnia, la generación o la ubicación social, como de orden individual. Dice Boris Cyrulnik, hablando de la singularidad de los vínculos entre la historia y el cuerpo:

[...] un segmento de lo real vibra de manera diferente según la estructura del medio. Un rasgo anatómico o de temperamento, un gesto o una frase, resuenan de distinto modo según la significación que adquieran en un espíritu y no en otro, en una cultura y no en otra [...]. Un rasgo morfológico o una conducta determinada genéticamente, determina a su vez las respuestas de los padres. Pero las réplicas adaptativas dependen de la significación que el padre o la madre atribuyan a ese rasgo. La apariencia morfológica o de comportamiento del niño despierta un recuerdo de la historia parental y esta evocación organiza la respuesta afectiva con la que el padre o la madre rodean al niño (Cyrulnik, 2007: 27).

Junto a esto, es interesante considerar que existe una “programación” cultural que marca una clara diferencia entre los patrones de interacción y de estimulación hacia los bebés, en función del sexo declarado. Basta con que las personas adultas sepan que están frente a un niño o una niña para que sus patrones comportamentales cambien y establezcan relaciones cualitativamente distintas. Estos cambios puede radicar en cuestiones tan “transparentes” como el tono de voz (más o menos aguda) que se use con una o con otro, en la frecuencia con que se alcen en brazos o la cantidad de interacciones que se establezcan con unos bebés y con otras (Cyrulnick; 2004). Las distinciones de género pueden comenzar a vivirse entonces

desde el inicio de nuestra vida social, cuando comenzamos a organizar el mundo y nuestra existencia en él.²³

En la teoría de género –que ha sido una buena forma de construir metodologías para la investigación feminista–, esta categoría refiere específicamente a las construcciones de orden social y simbólico que se hacen sobre la variabilidad anatómica entre –al menos– machos y hembras de nuestra especie. Dice Teresita de Barbieri: “[...] los sistemas sexo-género son los conjuntos de prácticas símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general a las relaciones entre las personas” (cit. por Rosas, 2005). Almudena Hernaldo, hace una síntesis del concepto de género, entendiéndolo como,

[...] el dimorfismo de respuestas ante los caracteres sexuales externos como uno de los aspectos más universales del vínculo social (Money, cit. por Dio Bleichmar, 1996: 115), que se concreta en la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres (Hernaldo, 2000: 102).

“[Las comunidades viven] por obra de la comunicación: sin la transmisión de esquemas de adaptación aprendidos los seres humanos no sobrevivirían” (Bateson y Bateson, 2000: 184). No podemos acceder a la realidad sino en la medida que ésta nos va siendo presentada desde la sociedad en la que vivimos y de acuerdo con el lugar que ocupamos en ella. Por lo tanto, la realidad nos será presentada de manera distinta en tanto seamos categorizados en determinado género o grupo asignándonos determinadas características.

Todos los grupos humanos construimos diferencias –es decir, generamos información, significado– con base en el dimorfismo sexual de nuestra especie. Éstas y otras distinciones se ordenan socialmente para regular las relaciones entre las personas y de éstas con el mundo. La construcción simbólica de las diferencias

²³ Es interesante imaginar las implicancias que en este sentido puede llegar a tener la información con la que, gracias a las nuevas tecnologías ecográficas, los padres pueden ahora contar a cerca sus hijos aún antes de nacer (sexo, patologías, etc.).

sexuales, y en general de la variabilidad humana, puede entenderse como estructurante de la organización social y de los procesos de identidad. Pensar en las normas que rigen los patrones de género, permite entonces comprender mejor los procesos sociales, sus contextos culturales y las dinámicas psíquicas que se encuentran en la base de los mismos procesos.

Todos, hombres y mujeres, cazadores y agricultores, epipaleolíticos o postindustriales, somos idénticos [...] en el sentido de que podemos desarrollar el mismo tipo de emociones y el mismo sentido lógico o común, pero nada más hacerlo, y en virtud de la enorme inteligencia que nos caracteriza y nos diferencia de las otras especies animales, comenzamos a internalizar una representación simbólica de la realidad en la que habremos de vivir, que establece distintas percepciones de esa realidad, distintas ideas sobre lo que somos cada uno de nosotros, y en consecuencia, diferencias culturales, de género o individuales, que luego habrán de definir nuestra manera de relacionarnos con nosotros mismos y con el mundo (Hernaldo, 2000: 105).

Entonces, cabe preguntarse por el orden social y simbólico en el que aprendemos los esquemas de adaptación social a través de los que modulamos nuestra conducta. Esto es el contexto histórico en el que cada sujeto, hombre o mujer, experimenta su propio proceso [de ordenar y conocer el mundo y a sí mismo]. Dice Chiara Zamboni:

[...] cuando me refiero al contexto histórico, la pregunta a plantear es cuál es nuestro presente, que se muestra en forma de leyes necesarias que nos gobiernan. Pienso en el orden patriarcal cuando pienso en este presente. Es algo muy concreto, pues se trata del orden patriarcal que delinea el mundo en que nacemos. Es un mundo de significados establecidos y de comportamientos codificados que aprehendemos al mismo tiempo que aprendemos a hablar. Significados y comportamientos no todos explícitos, porque el orden patriarcal nombra lo real de modo sin duda vinculante, pero al mismo tiempo esconde su gesto, y en este esconder se esconde a sí mismo (Zamboni, 1996: 26).

La teoría feminista entiende el patriarcado como el orden social y simbólico que establece relaciones que ubican a las mujeres y a lo que se considera “lo femenino”, junto a otras categorías subordinadas, en una posición inferior a los hombres y a “lo masculino”. Este ordenamiento es constituyente de la identidad de las personas, y también lo es de las relaciones e interacciones que se establecen entre las personas, y de su ubicación en el mundo. Sin duda, el género es una variable más de un sinnúmero de condicionantes del entramado social, pero es una

variable estructural, por lo cual su consideración para la comprensión más amplia de los fenómenos sociales es muy necesaria.

Las variables asociadas a las relaciones simbólicas de género pueden afectar también el desarrollo del conocimiento, “incluso” del conocimiento científico. De tal modo que es posible rastrear largamente los sesgos de género que ha mostrado el desarrollo de las ciencias. Los discursos científicos se originaron con una carga misógina muy fuerte, explícita muchas veces en los textos y las memorias de los grandes pensadores que han ido dando forma a nuestros tiempos y a nuestras costumbres. Una misoginia heredada desde hace siglos, construida de manera importante también desde la iglesia judeocristiana occidental, donde a la mujer – como categoría única– se la rodeó de demonios, pecados y tentaciones.

El conocimiento, entonces, no es neutro. Muchos de los conceptos con los que se trabaja en las ciencias han sido concebidos y gestados en determinados momentos y por determinadas personas, ambos, contextos que marcan sentido y significado. Bajo la premisa de que el conocimiento necesariamente depende de preconcepciones, las que a veces pueden, y deben, ser revisadas o alteradas (Bateson y Bateson; 2000), se vuelve necesaria una epistemología que integre al observador en relación con la construcción de su objeto de estudio.

Una red conceptual articulada sobre la noción de circularidad: la cibernética de segundo orden, como una teoría del observador, puede dar cuenta de esta relación. En el caso de la psicología clínica esta cuestión es bastante clara:

¿Qué problema podría considerarse más central para el terapeuta que el de ser al mismo tiempo un participante y un observador? Alguien que intenta hacer descripciones y operar desde adentro de aquello sobre lo cual quiere operar, y a lo cual quiere describir, está predispuesto a considerar una teoría que intente dar cuenta de esta condición ineludible de las ciencias y de las prácticas sociales (Pakman, 2006: 21).

Un marco conceptual basado en las nociones de información-organización permite justamente eludir las dicotomías entre lo físico y biológico, y lo social, lingüístico y cultural (Pakman, 2006: 83). Esta es una posición interesante para quien investiga en antropología. No es posible separar enteramente estas clases diferentes de discursos, pues por más que el etnógrafo crea fehacientemente que la

tuberculosis “es real” y que la hechicería “no es real” ambos terrenos entran en juego en la causalidad de los modos de conducta observables. Sin prestar atención a ambos, no se puede comprender o explicar el fenómeno que se está presenciando (Bateson y Bateson, 2000). De la misma manera, un médico no puede curar efectivamente a un paciente atendiendo tan sólo a aquellas variables que pueden aislarse en el laboratorio. Ciertamente, en las interacciones humanas bien pudiera ser que la hechicería sea lo “real” y no la tuberculosis. “La idea de medicación representada por el placebo puede ser efectiva contra la idea del síntoma, y el sufrimiento tal como lo experimentamos es él mismo una idea, un tipo de imagen mental” (Bateson y Bateson, 2000: 183-184). Del mismo modo, la eficacia simbólica de la que hablaba ya Levi-Strauss, resulta efectivamente en modificaciones experienciales y corporales bastante concretas.

- **Sobre la metodología y las técnicas de investigación utilizadas**

Lo social, cultural y económico no son ámbitos distintos y autónomos de la vida humana, sino partes del continuo de todos los procesos sociales. Con esta tensión de fondo, sin embargo, dice Elena Achilli (2005), es necesario delimitar un enfoque que sirva para desarrollar un conocimiento antropológico, que permita a su vez el diálogo interdisciplinario.

En ese sentido, plantea una lógica de investigación que tenga coherencia y que coloque permanentemente lo que se hace, bajo la mirada crítica de la teoría, relacionando las concepciones que se ponen en juego en todo el proceso de investigación. “La búsqueda de nexos conceptuales con que se va argumentando la construcción del *objeto de estudio* en sus diferentes niveles de abstracción. [...] Desde que nos planteamos *qué* conocer y *cómo* lo solucionamos metodológicamente hasta la *construcción del objeto final*” (Achilli, 2005: 41).

La investigación se entiende como “[...] el proceso de construcción de conocimientos que se realiza alrededor de algún problema de un modo sistemático/metódico. [...] Lo ´metodológico` supone una intersección de consideraciones epistemológicas, teóricas y empíricas que no se concretizan en un determinado proceso de investigación” (Achilli, 2005: 32). No son, entonces, meras cuestiones de procedimiento o estrategias dentro del proceso de investigación.

Como ya mencionaba, este estudio se ubica entre las metodologías cualitativas de investigación social. Una parte importante de él, la dediqué a la investigación bibliográfica y documental, lo que realicé durante todo el proceso de investigación. Esto me permitió desarrollar un marco teórico y conceptual en el cual integré conocimientos derivados de distintos ámbitos del quehacer antropológico. Este ejercicio me resultó especialmente interesante, en tanto que al provenir de otra área del conocimiento, el adentrarme en cuestiones evolutivas, de la antropología médica y de la sociocultural me permitió desarrollar nuevas herramientas y puntos de vista para el análisis.

Además de la investigación en gabinete, realicé trabajo de campo (en terreno) de modo que pude recoger información etnográfica para la construcción de mi objeto de estudio, y ubicar así mi investigación más propiamente en la tradición metodológica de la antropología social.

Hice cuatro estancias de campo entre junio de 2005 y julio de 2006 en las instalaciones de la escuela de partería de CASA, las cuales duraron entre una y dos semanas y media cada una. Tanto la primera, como la última, coincidieron con la celebración de la ceremonia de graduación de las nuevas egresadas de la escuela. También realicé otras dos estancias de campo durante las cuales visité otros municipios, en los estados de Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, acompañando a alumnas y egresadas que se encontraban trabajando o realizando el servicio social.

Durante las estancias de campo, realicé principalmente observación participante y entrevistas abiertas a distintas personas vinculadas al quehacer de las parteras profesionales. La programación del trabajo de campo se limitó al establecimiento de algunos tópicos centrales sobre los que me interesaba indagar, de

modo que estuve abierta a recoger la información que las mismas personas entrevistadas quisieron compartir, dirigiendo la conversación, en la medida de lo posible, hacia los temas de mi propio interés. Resulta difícil establecer numéricamente la cantidad de entrevistas sostenidas a lo largo de todo el trabajo de campo, puesto que si bien con algunas personas sostuve entrevistas formales –en términos de pedir especialmente una cita, por ejemplo–, con la mayoría de las entrevistadas sostuve más de una conversación y compartí en distintos momentos diferentes actividades.

Considero que el hecho de ser yo misma hija de una matrona y de un ginecólogo, y de conocer las propuestas del movimiento por la humanización del nacimiento, me facilitó muchas veces el establecimiento de un buen *rapport* (o relación) durante las entrevistas, puesto que aparecían algunos elementos en común que facilitaban la identificación mutua y clarificaban mi interés por realizar esta investigación.

Pude acceder con mucha facilidad a las actividades y dependencias de CASA. El objetivo principal de esta etapa de la investigación consistió en lograr integrarme a la dinámica general de la escuela. Al participar de ella, fui estableciendo los vínculos que me permitieron mantener entrevistas abiertas con prácticamente la totalidad de las alumnas y maestras. Durante mis estancias en la escuela, asistí con las alumnas a sus clases teóricas, a la realización de talleres técnicos y presentaciones de invitados especiales. Las acompañé durante las horas de práctica y turnos en el hospital clínico y de maternidad de CASA, el cual fue creado para la atención de público en general, para la formación de las alumnas, el desarrollo de su modelo de partería y el desempeño laboral de varias de las parteras profesionales que allí se encuentran trabajando. En el hospital de CASA puede observar varias consultas prenatales y de planificación familiar de cuatro parteras distintas, y observé también la atención de tres mujeres en trabajo de parto y sólo fui autorizada por una de ellas para observar también el parto.

Compartí muchas horas de convivencia cotidiana con las alumnas en la casa-internado donde viven la mayor parte de ellas, gran parte del año, y donde me alojé

durante las estancias de investigación de campo en San Miguel. Allí pude incluso compartir las horas de comida y las actividades de cocina (una de ellas incluso intentó enseñarme a hacer tortillas a mano). También conocí algunos espacios personales de algunas alumnas y maestras que viven en el municipio.

De este modo, mantuve principalmente entrevistas abiertas y conversaciones de distinta índole con alumnas, maestras, administrativas de la escuela, parteras profesionales egresadas y personas que trabajan en la clínica de CASA. También tomé contacto con dos parteras profesionales que ya se han independizado de CASA; una de las cuales tiene su propio consultorio particular en San Miguel de Allende.

En general, el ambiente en el que realicé el trabajo de campo me pareció muy acogedor, y la buena disposición de alumnas, maestras y otras personas cercanas a la escuela para conversar y responder a mis preguntas fue un aspecto que sin duda también facilitó mucho la investigación de campo.

Tuve la oportunidad recorrer durante cinco días distintas localidades rurales y centros de salud en la región de la Huasteca, en el estado de San Luis Potosí, acompañando a la partera profesional a cargo de supervisar a las alumnas en las prácticas de terreno que estaban realizando (estancias de aprendizaje que realizan dos veces en el año en comunidades rurales con la idea de que puedan aprender directamente de parteras tradicionales). Durante este período, pude establecer un contacto distinto y estrecho con la supervisora y con algunas de las alumnas que visitamos. Pude observar una charla de educación para la salud que coordinaron dos de las alumnas junto a personal institucional de salud de la comunidad en la que se encontraban, y junto a la supervisora, pude escuchar las evaluaciones que de las alumnas hicieron los encargados de los centros de salud donde muchas de ellas se ubicaron.

En la misma región, realicé algunas entrevistas en el único hospital comunitario de salubridad en el que la Secretaría de Salud del estado de San Luis Potosí, en un proyecto piloto, contrató a parteras profesionales. Compartí tres días con la única partera profesional que permanecía trabajando allí. Entrevisté al director

del hospital, a una mujer a la que la partera profesional había atendido su parto y a una enfermera. En este hospital no se me permitió realizar observación directa de la práctica de la partera, pero sí pude visitar las instalaciones.

En el estado de Michoacán realicé observación participante y algunas entrevistas abiertas en el hospital donde se insertó, haciendo su servicio social, una de las egresadas de ese primer grupo de alumnas que conocí en su graduación. Durante esta estancia, me alojé dos noches en la casa donde vivía la partera profesional y pude pasar los días completos en el interior del hospital, la mayor parte del tiempo con ella. Entrevisté a tres médicos: una pasante de medicina, un médico residente que completaba la especialidad de ginecología y otra que hacía la de anestesiología. Entrevisté al director del hospital y a la enfermera jefa de la unidad. También a otras dos enfermeras que trabajaban cercanamente a la partera profesional. Pude observar la atención de dos partos, un ameu (procedimiento de aspirado para retirar restos de un aborto incompleto), una consulta prenatal y un procedimiento para realizar un exámen de detección de cáncer cérvico-uterino realizados por la partera profesional. Observé también una cesárea, una cirugía para la esterilización de una puérpera (oclusión tubárica bilateral) y el funcionamiento de las salas de hospitalización y neonatología.

En el Estado de Guerrero, municipio de Taxco, visité y entrevisté a una partera profesional egresada de la escuela, que habiendo concluido su formación regresó a su comunidad. Además de sostener entrevistas con ella, con su madre y su abuela, pude entrevistar a la médica pasante del centro de salud, donde además me alojé.

También realicé observación participante en la casa de nacimiento de una partera tradicional, quien aprendió el oficio desde niña con su madrina, y que es la madre de una partera profesional egresada de la escuela. Ella es una partera que suele ser visitada por mujeres que quieren aprender partería, y algunas alumnas de CASA han hecho allí sus prácticas de terreno. Con ella observé la atención de un parto, algunas consultas prenatales y varias sesiones de atención a otros padecimientos de salud. Por otra parte, establecí también contacto y entrevisté a una

partera tradicional del municipio de San Miguel de Allende, quien no se vincula con las actividades y el desarrollo de la escuela.

En San Miguel de Allende, entrevisté además a la jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria N° 2, a la que corresponde el municipio. En el Distrito Federal entrevisté a una representante de la Subsecretaría de Innovación y Calidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien se vinculó a la discusión sobre el reconocimiento de la partería técnico profesional por el que luchó la escuela durante casi diez años.

Otra estrategia utilizada para la obtención de información fue la realización de un taller con las alumnas de los distintos años de ingreso a la escuela. Con metodología de trabajo grupal se guió el desarrollo de una reflexión grupal en torno a la identidad profesional de las parteras profesionales y el modelo de partería de CASA. Este taller fue desarrollado durante la segunda estancia de campo en la escuela, y al iniciarlo utilicé un pequeño cuestionario solicitando información personal de las alumnas, el que me permitió hacerme una imagen del grupo y sus características generales.

Inicialmente había planeado trabajar con grupos de discusión o *focus group*, sin embargo, dado que el total de alumnas no supera las veinticinco, y no sólo estudian juntas y cumplen turnos de práctica en la clínica, sino que también viven la mayoría en la casa-internado, ellas ya se conocen muy bien entre sí. De tal modo que los grupos de discusión no habrían sido una buena herramienta a implementar. Además, en los horarios de comidas, o por las tardes y noches, en la casa-internado se formaban espontáneamente pequeños grupos de conversación donde se comentaban también, un poco inducidos por mi, algunos de los temas sobre los que me interesaba indagar.

Como la difusión de información es una estrategia importante entre las acciones de promoción de CASA, tanto la escuela como el modelo de atención de las parteras profesionales aparecen presentados y comentados en varios folletines y documentos de circulación local, los cuales utilicé también como fuentes. Entre las referencias aparecen algunos documentos de circulación interior o local que no tiene

fecha (s/f), pero sí autoría. Parte de esta documentación la obtuve directamente de la institución en aquella primera reunión después de la ceremonia de graduación. Más tarde, durante las siguientes estancias de campo, fui teniendo acceso también a otros documentos y a información administrativa y curricular de la escuela y de las alumnas.

CAPÍTULO 1

REPRODUCCIÓN HUMANA Y SALUD DE LAS MUJERES

*Podrán decir que el individuo nace y muere, pero
la vida nunca se interrumpe*

Boris Cyrulnik, 2005

La reproducción humana es siempre repetición y al mismo tiempo creatividad. Cada uno de nosotros podría reducirse en un sentido físico al código genético que comanda su desarrollo. Cada nueva generación humana, desde hace miles de años, está destinada a seguir el orden de la naturaleza para sobrevivir a la muerte, reproduciéndose a sí misma a través de pequeñas células de su propio organismo. Así es la biología humana. La cultura, en cambio, es otra cosa (Gotwald y Holz, 1983). Sin embargo, sólo ambas articuladas entre sí, dan lugar a cada existencia singular; su separación no existe más que en la teoría.

La reproducción humana y también el parto –entendido como un evento profundamente sexual, normado y significado de manera diferente por cada sociedad– aparecen como parte de esos “procesos bisagra” entre la cultura y la biología humana que menciona Levi-Straus (1969). Los grupos regulan la conducta sexual de sus miembros e intervienen en las distintas etapas de los procesos reproductivos, a través de creencias y prácticas que reflejan los esquemas ideológicos desde los que se interactúa como sujetos miembros de una sociedad. Así, preguntarse por las condiciones en que la reproducción humana se produce, es

adentrarse en cuestiones de orden filosófico y político, en la complejidad¹ de los procesos bio-psico-sociales y en la magia de los misterios humanos.

La sexualidad entre los seres humanos no se limita a la perpetuación de la especie. Aunque proporcionalmente destinemos muy poco tiempo a los actos sexuales físicos, somos permanente y eminentemente seres sexuales (Gotwald y Holz, 1983). Nuestra sexualidad –la construcción cultural que está en la base de nuestra identidad y de nuestro comportamiento como seres sexuados– cruza todos los aspectos de la vida.

Se ha establecido que “todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros, y en ese sentido, cada sociedad, cada pueblo, cada grupo y todas las personas, tienen una particular concepción de género, basada en su propia cultura” (Lagarde, 2001: 14).

El mecanismo cultural de asignación de género sucede en el ritual del parto: al nacer la criatura, con la sola mirada de sus genitales, la partera o el partero dice y nombra a la vez: “es niña” o “es niño”. Y el resto de la vida, de manera casi imperceptible se repite el ritual: cada persona reconoce a otra a través de la mirada de su cuerpo, de la escucha de su voz, y constata que es una mujer o un hombre (2001: 27).²

¹ Buscando una definición para la complejidad Rolando García (2006) cita a Edgar Morin: “La complejidad se impone de entrada como imposibilidad de simplificar: ella surge allí donde la unidad compleja produce sus emergencias, allí donde se pierden las distinciones y claridades en las identidades y causalidades, allí donde los desórdenes y las incertidumbres perturban los fenómenos, allí donde el sujeto-observador sorprende su propio rostro en el objeto de observación, allí donde las antinomias hacen divagar el curso del razonamiento (p. 377)”. En otra parte, García define a los sistemas complejos como “constituidos por elementos heterogéneos en interacción –y de allí su denominación de complejos- lo cual significa que sus subsistemas pertenecen a los “dominios materiales” de muy diversas disciplinas” (p. 32).

² Es interesante recordar en este sentido, las palabras que oí durante el trabajo de campo, observando bastante participativamente la atención de un parto en la casa de una partera tradicional, quien le contestó a la madre que preguntaba por el sexo de su hija recién nacida: “Es una niña... ahí está el problema, ¿ves?, ¡viene a puro sufrir!”. Yo, que tenía a la niña en mis brazos (con la indicación de aspirarla “para que no se ahogue”), sentí un peso enorme y vino a mi mente el recuerdo del cuento de La Bella Durmiente..., pero no supe qué hacer para revertir el hechizo.

El género es una condicionante importante del estado vital de las personas. Desde un punto de vista psicológico las variables asociadas a la asignación de género son parte esencial en la construcción de la experiencia individual y de la identidad personal. También desde un punto de vista social, las relaciones entre las personas se establecen en gran medida a partir de pautas o patrones conductuales dependientes del género. “La representación del orden genérico del mundo, los estereotipos sociales y sus normas, son fundamentales en la configuración de la subjetividad de cada quien y en la cultura. Se aprenden desde el principio de la vida [...] y la vida cotidiana está estructurada sobre normas de género [...]” (Lagarde, 2001: 19).

En la antropología, la sexualidad se refiere, “a las maneras en que una sociedad y los individuos dentro de ella organizan, actúan, conciben y representan sus actos eróticos y reproductivos” (Povinelli, 2000: 41). Las investigaciones antropológicas han documentado una enorme variabilidad cultural en la definición de la sexualidad, en su expresión conductual y en la expresión de las distintas etapas del ciclo vital, y particularmente, durante el tránsito a través de los procesos reproductivos. Al mismo tiempo, desde los estudios antropológicos se hace cada vez más claro que las experiencias reproductivas de los individuos son definidas, muchas veces, más por fuerzas globales que individuales (Makhlouf, 2000).

Los métodos modernos de regulación de la fertilidad y las estrategias de salud pública para la sobrevivencia infantil se han extendido a lo largo y ancho del planeta, a la par de las políticas estatales e internacionales que derivan de la vinculación del desarrollo socioeconómico con la limitación de la natalidad y el cuidado de la salud reproductiva. Esto, en algún sentido, ha acarreado mayores posibilidades de elección sobre estos procesos. Pero también, en ciertas circunstancias, se ha asociado con negligencias respecto al cuidado de la salud y con transgresiones a los derechos fundamentales de las mujeres (*ibid.*).

1.1 Sexualidad y maternidad

Nuestra sexualidad es una construcción histórica, y por tanto también cultural. Una construcción que es imperativo comportamental, convertido en dispositivo de poder (Foucault, cit. por Lizárraga, 1984). Sexo, género y sexualidad son conceptos que en diferentes culturas suelen usarse con fines de control social (Povinelli, 2000). El control de los procesos reproductivos en particular, suele caer en un mayor control del cuerpo de las mujeres. Aunque en la reproducción humana, evidentemente, participan “machos y hembras”, éste suele ser un tema “femenino” y, sin embargo, las mujeres suelen ser al mismo tiempo las que menos autonomía y decisión tienen respecto a las políticas y planes de acción que las afectan o respecto a su propio cuerpo y el cuidado de su salud.

Sobre el cuerpo femenino y sus características naturales se ha construido la condición de opresión de las mujeres en el patriarcado³, como se conoce desde el feminismo a este orden social en el que el hombre, como sujeto político de dominación, goza de mayor prestigio y privilegios. A “la mujer” se la identifica con sus funciones reproductivas, a las cuales no se les asigna valor. Dice Franca Basaglia: “Es natural la diversidad del cuerpo de la mujer en relación con el del hombre; es natural que esta diversidad exista en función de la procreación; es fisiológica la necesidad sexual de ambos [... y es natural la capacidad de las mujeres para crear vida]. Pero esta diversidad natural del cuerpo de la mujer ha sido traducida –culturalmente– en desigualdad histórica” (Basaglia, 1980: 16).

La diversidad natural convertida en desigualdad social, significa que la subordinación de las mujeres en el orden patriarcal pasa por la identificación total del

³ La etnia, la clase, la historia, religión, cultura, etc. también se construyen, experimentan y varían conjuntamente con el género, por tanto para hacer operativas las categorías de la teoría de género, como “opresión de las mujeres en el patriarcado”, deben contextualizarse en un tiempo, un espacio y grupo concretos. Sin embargo, Pilar Alberti apunta algunas de las “características de la opresión de las mujeres” (Alberti, 1997:350, entre comillas también en el original): control sobre la sexualidad femenina, restricción física de sus movimientos, utilización de las mujeres en las transacciones masculinas, limitación de su acceso al conocimiento, desvalorización de las actividades femeninas, desigual participación en el control de recursos, desigual acceso a recursos sociales: educación, trabajo, cargos públicos, violencia física y moral sobre las mujeres (particularmente dentro de su casa), existencia de una moral diferente para hombres y mujeres, reconocimiento social del poder y autoridad de los hombres sobre las mujeres y los hijos.

cuerpo de la mujer con su función social de procreación. El control de las mujeres se ha establecido con la expropiación de su sexualidad, con la construcción de una identidad femenina que ubica a las mujeres como objetos de la sexualidad y no como sujetos de su propio deseo⁴.

El cuerpo subjetivado de las mujeres se expropia de su conciencia sexual colocándolas en posición de objetos sexuales, cosificadas en las prácticas sociales concretas y a nivel simbólico en el desarrollo de mitos, cuentos y hasta conocimientos científicos que reproducen este ideario. Se convierte en una virtud moral para las mujeres el ser-para-otros; seres que se realizan conforme los deseos y la realización de los otros (hijos, pareja, padres, etc.).

De tal modo que históricamente se han establecido reglas basadas en convenciones o prejuicios de orden moral o de estereotipos que apelan a una supuesta ley de la naturaleza, que sirven como mecanismos para mantener la distancia y la diferencia entre la esfera de acción y de poder de mujeres y de hombres (Basaglia, 1980).

La mujer siempre ha sido expropiada de lo que tenía "valor", excluida (privada de alma en la época teológica, privada de cuerpo o desconocidas sus exigencias cuando el hombre llega a descubrirlo y a conocerlo; privado de valor económico su trabajo doméstico, cuando el único valor es conferido al trabajo productivo). Lo que quedaba de su competencia era la dedicación, material y afectiva a cualquiera que necesitase de su ayuda. Pero sin mencionarlo, que ninguno dijera que era un trabajo, que no se valorara lo que ella producía, porque era *natural* (Basaglia, 1980:23).

En la actualidad la maternidad es un imperativo del ser mujer. "Para nacer he parido", dice Marcela Lagarde (2005: 379), refiriéndose a cómo el estereotipo de identidad femenina se completa en la figura de la mujer-madre. Como parte de los estereotipos de género, la maternidad para las mujeres representa siempre una parte muy importante de su vida, incluso para las que no tienen hijos.

⁴ Estas y otras ideas que al respecto aparecen desarrolladas en el texto han sido tomadas del Seminario: *Derechos Humanos de las Mujeres y Antropología Feminista*, dictado por la Dra. Marcela Lagarde, en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, al que asistí entre los meses de agosto y octubre de 2007.

La maternidad en el modelo actual se representa como la entrega total de la madre a su hijo. Al parir, ésta pierde la centralidad de su propia vida y toda su subjetividad debe volcarse hacia el cuidado de ese nuevo ser que depende de manera prácticamente exclusiva de ella. No se piensa ni acepta en nuestro medio el hecho de que una madre pudiera no desarrollar naturalmente un profundo y amoroso sentimiento de cuidado y dedicación hacia sus hijos.

El empleo ambiguo del concepto de maternidad tanto para un estado fisiológico momentáneo como es el embarazo, como para una acción a largo plazo como la crianza y educación de los hijos, ayuda al mantenimiento de la creencia en una actitud maternal preformada, automática y necesaria a la situación de haber parido (Badinter, 1980). El “amor maternal” dedicado y tierno que lleva a las mujeres a vincularse “instintiva” o “naturalmente” a sus hijos como una condición esencial a su ser mujer-madre, no es sino parte importante del ideario a partir del cual se construyen, social y simbólicamente, las identidades femeninas. Aunque se ha desechado el concepto de instinto en cuanto al comportamiento humano, para las mujeres, el concepto de maternidad sigue estando muy cerca. “Abandonamos el instinto por el amor, pero seguimos atribuyéndole a éste las características de aquel”, dice Elisabeth Badinter (1980: 14).⁵

La historia y las diferencias culturales respecto a la maternidad evidencian que el “amor maternal” es una construcción social que ha ido cambiando a través del tiempo, así como ha ido cambiando la visión que se ha tenido de los niños y bebés. Durante siglos en Europa, por ejemplo, los niños fueron criados en raras ocasiones por sus propios padres y madres. Elizabeth Badinter describe una falta de interés e indiferencia hacia los niños “que de ningún modo fue condenado ideológica, moral ni socialmente hasta muy entrado el siglo XVIII” (Badinter, 1980: 115). Sostiene además,

⁵ En el discurso de la ciencia que establece el orden patriarcal han sido tradicionales las referencias que remiten a la idea de la mujer asociada a la “animalidad”. Cuando Linneo, a mediados del siglo XVIII, clasifica al *Homo sapiens sapiens* ubica una característica de la anatomía femenina –las mamas– para establecer que somos igual de animales y de mamíferos que otras especies, y lo que fue una característica negada durante siglos a las mujeres –el desarrollo intelectual– es lo que justamente distanciará “al Hombre” (como lo ha dicho el discurso científico) de los demás animales (Hernaldo, 2007).

que el amor maternal, así como lo entendemos en la actualidad –como un amor innato, esencial y natural en toda mujer– es una construcción social que dista mucho de los usos y costumbres europeos hasta de mediados del siglo XVIII, cuando apenas un pequeño porcentaje de los bebés (1,000 de los 20,000 que nacían por año en París en 1780) eran amamantados y criados por sus madres. La familia moderna que se caracteriza por la ternura y la intimidad entre hijos y padres existe en Europa hace relativamente poco tiempo.

Se perfila entonces, la imagen de la “nueva madre” cuyos rasgos se acentúan especialmente en los siglos XIX y XX. El bebé y el niño se convierten en objetos privilegiados de la atención maternal, y muchas mujeres modernas comienzan a aceptar sacrificarse para que sus hijos vivan mejor a su lado, gracias a sus cuidados y ternura. En este proceso fue especialmente importante la influencia de hombres ilustrados y médicos que exaltaron las bondades de “una buena madre”, lo que a la larga llevaría también a la retracción de la importante figura que ocupó el padre en el espacio doméstico que precedía a la familia moderna occidental.⁶

En buena medida, el amor maternal como sacrificio espontáneo, erigido como ley natural y exaltado ideológica y socialmente, corresponde una construcción moderna que aparece en función de motivaciones económicas y filosóficas de un nuevo ordenamiento social. De modo que, como sostiene Carmen Sáez (1999), la sociedad moderna resolvió un problema económico particularmente difícil y complejo con la mistificación de la imagen tierna de la madre ideal, a la vez que se solucionaron problemas de población sobre los que comenzaba a alertar la naciente ciencia demográfica.

⁶ Aquí resulta interesante relacionar la observación que desde un punto de vista histórico hace María Soledad Zárate (2007), cuando refiere que es a partir del siglo XVIII cuando se comienza a hacer reconocible la connotación desigual y jerárquica que la emergente medicina universitaria “científica” irá adquiriendo por sobre la medicina “popular” y el conocimiento “vulgar” de las parteras. El carácter casi exclusivamente femenino que tuvo la atención de los partos hasta mediados del siglo XIX, fue alterado no sólo por la participación eventual de algunos médicos, sino también por la incorporación de mujeres formadas especialmente para su atención, al alero de la medicina científica.

En el caso de la “maternidad occidental” –que más fácilmente podríamos identificar en un medio urbano, industrializado, de clase media (Sáez, 1999)–, ésta aparece o se construye históricamente con orígenes en el capitalismo. En este marco es que la “mujer-ama de casa-esposa-madre” deviene en una institución, tanto por razones de la organización económica y de la fuerza laboral, como por los ideales de mujer asimilados desde el ordenamiento religioso. Es larga la historia que subyace a la mistificación de la *mujer-madre*, a quien no sólo se le dotó de pureza, fragilidad, asexualidad e inmadurez, sino también (y como estrategia para enfrentar el problema de la mortalidad y abandono infantil) se le otorgó el don del *instinto maternal*. Lo que se reforzó intensamente desde el catolicismo con la imagen y la devoción a la Virgen.

La idea de la *mujer ideal* y su *amor maternal* persiste hoy en día, y suele ser reforzada desde diversos flancos: la psicología clínica y experimental, la medicina, la sociología, la religión, el arte, etc.

La ideología que subyace al enfrentamiento del pasaje a la maternidad en el orden patriarcal promueve la asociación mujer-madre como constitutiva y fundamental de la identidad femenina. Se es mujer en la medida que se es madre o que al menos potencialmente se puede llegar a serlo.⁷ Este estereotipo constituye sin duda un referente importante para la constitución de las identidades femeninas y la maternidad se vuelve entonces un mandato social para las mujeres en edad reproductiva. Así, en esta cultura de la maternidad idealizada, muchas mujeres llegan a encontrarse madres en situaciones realmente dramáticas (Lagarde, 1994, cit. por Garza y Cadenas, 1997).

Al recorrer la historia de las actitudes maternas se evidencia que no hay conductas universales y necesarias de una mujer cuando se hace madre. Los sentimientos maternos varían de acuerdo con la cultura, los intereses personales y frustraciones –y los de la sociedad de la cual la madre forma parte–. Con toda seguridad siempre ha habido madres amorosas dedicadas al cuidado de sus hijos, al

⁷ Aquí es interesante pensar en el fenómeno que Sadler (2004) describe entre las clases populares chilenas donde el rito de la menarquia no es lo que marca el paso de la niña a la mujer sino es el de la maternidad.

igual que madres despreocupadas que han optado por no criarlos y abandonarlos⁸. Por ello, el establecimiento del estrecho vínculo amoroso entre una madre y su descendencia –o entre un padre y sus hijos– aparece más que como un mandato de la naturaleza de las mujeres, como un potencial que ha de desarrollarse en la medida que las condiciones ambientales (sociales, culturales, biográficas, etc.) favorezcan los procesos psicofisiológicos que están a la base del desarrollo del apego.

En nuestro medio, la construcción de la “mística maternal” ha sido parte fundamental de los procesos sociales, económicos e históricos más generales. Actualmente el modelo económico y social se basa, y da por hecho, que el desempeño de las funciones, tareas y responsabilidades reproductivas son llevadas “naturalmente” por una mujer, sin que esto se signifique como algo importante ni se requiera la consideración de una remuneración por ello. A esto se refiere Ivonne Knibiehler (2001) con el problema de las sociedades occidentales que adolecen de la capacidad de reconocerle un valor a la producción de hijos.

En la actualidad, y a partir de este mismo paradigma de lo maternal, se diagnostican y tratan los estados de ánimo que no concuerdan con la maternidad perfecta y efectivamente puede que se trate muchas veces de padecimientos importantes (como depresiones posparto, por ejemplo, que suelen ser muchas y muy subdiagnosticadas). Pero es importante no dejar de considerar que muchas veces, éstas tienen que ver más con las condiciones psicosociales en las que se experimenta la maternidad, que con la necesidad de fármacos por la patologización de un estado de ánimo reactivo, muchas veces “natural” o perfectamente “acorde” con determinadas formas de volverse madre.⁹

⁸ Ver también a Margarita Lagarde Lozano (2001), quien describe las altas tasas de infanticidio y de niños abandonados en orfanatos que se registraban hace unos siglos atrás en Europa.

⁹ Catherin Mathelin (1998) comenta en su estudio sobre clínica psicoanalítica con niños prematuros, el caso de una mujer que no desarrolló apego con su hijo, quien nació muy prematuro y logró mantenerse con vida en una incubadora, gracias a la asistencia médica. Meses después, el bebé fue dado de alta y la madre dijo que ya no lo quería. Ella no sentía afecto por ese ser que no estaba vivo gracias a ella, y con quien no tuvo esa relación primaria inmediata que permite profundizar el vínculo con una interacción bioquímica profunda entre madre e hijo—. Entonces, el personal médico sólo tuvo una explicación posible para tan desconcertante respuesta de la madre: “está loca”.

El modelo económico a escala mundial ubica actualmente a la población femenina con los mayores índices de pobreza y discriminación laboral, pues pueden acceder mucho menos que los hombres a la educación, a puestos de poder, de decisión y a una remuneración digna. Al mismo tiempo, los modelos sociales y culturales ubican a “la mujer” como la encargada incuestionable de las tareas reproductivas, sin importar las condiciones personales o socioeconómicas en las que se encuentre. Esta situación resulta, cuando menos, paradójica –por no entrar en una discusión sobre la justicia– si consideramos las profundas consecuencias de las tantas necesidades que el crecimiento y el desarrollo integral de un ser humano involucran.

Otro antecedente interesante para redimensionar las responsabilidades sociales e individuales que a cada quien se le asignan respecto a nuestra reproducción como especie, es el hecho que desde hace varias décadas se viene constatando, acerca de la aparición cada vez mayor del “amor maternal” también entre muchos hombres que se hacen padres (Badinter, 1980). Y este es un tema muy importante, en términos de la inclusión también de éstos como responsables de las tareas y responsabilidades reproductivas.

Con un modelo familiar nuclear en el que nada menos que casi toda la responsabilidad por el desarrollo de los seres humanos recae sobre las mujeres, al mismo tiempo que las demás responsabilidades y desafíos de la vida moderna, es razonable pensar que la presencia y el apoyo de otras mujeres (ginecogrupo, como se le ha llamado) o de algún compañero con quien realmente compartir la dura tarea de darle vida a la humanidad, puede hacer mucha falta entre las mujeres modernas. Al parecer, es más fácil encontrar a mujeres dispuestas a estudiar, trabajar, desarrollarse profesionalmente y apoyar de manera importante la economía familiar, que a hombres comprometidos consciente y efectivamente, con agregar a su jornada laboral, parte de la carga de la segunda y hasta la tercera jornada que exige el trabajo doméstico y reproductivo, y que asumen casi siempre las mujeres.

Será necesario contar con madres y padres conscientes de lo que implica el desarrollo integral de un ser humano, para que autónoma, libre e informadamente

puedan determinar el curso y desarrollo de sus propios procesos reproductivos. Y para ello será necesaria también una plataforma política y legal que asegure el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Sin considerar una visión integral de lo que implica la salud sexual y reproductiva, entendida también desde el ámbito relacional y político, no será posible llegar más que a “pseudoexplicaciones” acerca de lo que ocurre en el cuerpo de una mujer durante sus procesos reproductivos o acerca de cómo influyen los distintos esquemas de intervención en la salud de las personas y de las poblaciones. Y, “las pseudoexplicaciones [...] no dictan más que intervenciones estériles y soluciones únicamente parciales” (García, 2006: 18). Propongo abordar el tema de la salud sexual y reproductiva desde el marco ético que se desprende de la larga reflexión sobre los derechos humanos, con un enfoque de género feminista y desde una mirada bio-psico-social. Así, será posible comprender más ampliamente la experiencia concreta de gestar y de parir a otro ser humano como una experiencia femenina, exclusiva de algunas mujeres en sus determinados contextos. Pero también esta mirada nos permitirá abarcar algunas aristas de la complejidad del propio nacimiento humano, es decir, de una experiencia universal.

1.2 Salud sexual y reproductiva, derechos humanos y desarrollo

Actualmente la salud reproductiva es una prioridad planetaria. Para la Organización de las Naciones Unidas, mejorar la salud materna e infantil, así como promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres, corresponde a una parte importante de las metas y estrategias de desarrollo propuestas para alcanzarse en el año 2015. Con ocasión de la Cumbre del Milenio, en el año 2000, se congregaron representantes de 189 países que aprobaron el conjunto de metas denominado “Objetivos de Desarrollo del Milenio”¹⁰. Estos objetivos se propusieron

¹⁰ Así dice, el Boletín *Población, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del milenio. Cómo el Programa de Acción de la CIPD promueve los derechos humanos y la mitigación de la pobreza*. Fondo de Población de la Naciones Unidas, UNFPA. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio corresponden a: 1) Erradicar la pobreza y el hambre, 2) Lograr la enseñanza

gracias a los resultados de un trabajo que se venía ya realizando decenios antes, en distintos niveles de participación política.

La profundización de los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos, ha logrado grandes avances en el reconocimiento explícito de los derechos de las mujeres. En este proceso destacan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en el Cairo, y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995. El consenso internacional que se logró profundizar y ratificar en estas reuniones, incluyó cuestiones específicas sobre salud reproductiva, planificación de la familia, maternidad sin riesgos y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras. A partir de la Conferencia del Cairo, se desarrolló un “nuevo enfoque para los problemas de población y salud reproductiva”, y se desplegó un programa de acción para su implementación en todas las regiones; un material de “interés y utilidad para continuar avanzado en la concreción del concepto holístico de salud reproductiva” (Padrón, 1995: 3). En el caso de México, fue a partir del compromiso del gobierno de instrumentar este Programa de Acción, que se comenzaron a diseñar nuevas políticas y programas de salud sexual y reproductiva (Espinosa y Paz, 2002).

Los conceptos, estrategias y políticas en general, van evolucionando a lo largo del tiempo y van adquiriendo formas particulares en su desarrollo local. “En el marco de los derechos humanos, también los derechos sexuales y reproductivos se encuentran permanentemente en evolución, como resultado de las luchas de los organismos de la sociedad civil” (Valdés, 2002, cit. por Vidal *et al.*, 2004: 22). Tradicionalmente, desde las políticas públicas, los procesos asociados a la reproducción humana se trataban con el enfoque “materno infantil”, el cual no consideraba el reconocimiento de las mujeres más allá de su rol de madres ni las necesidades de atención de los adolescentes en la materia; además, el enfoque materno infantil tampoco reconocía explícitamente el rol paterno en estos procesos. Posteriormente, se acuñó el concepto de “salud reproductiva”, más amplio e integrador

universal, 3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, 4) Reducir la mortalidad infantil, 5) Mejorar la salud materna, 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

que el anterior, y que comprendía además la atención preconcepcional (Gutiérrez, 1994). Sin embargo, este concepto también ha sido objeto de controversia, especialmente en cuanto a su traducción operativa (Padrón, 1995). Actualmente, se plantea que la “*salud reproductiva* no puede concretarse si no se la asocia a la *salud sexual*, y ésta, a su vez, a la salud integral. Políticamente es importante colocar los derechos reproductivos como parte de los derechos sexuales de las mujeres [...]” (Lagarde, 1997: 29). Y en este sentido, es importante destacar además que los procesos reproductivos –incluido el parto– son también profundamente sexuales.

La salud sexual y reproductiva se concibe entonces como un conjunto de aspectos que rebasan el enfoque biomédico e incluye aspectos de índole cultural, social, histórica, política y económica. No se trata sólo de los cuidados para evitar los trastornos de salud, sino que incluye necesariamente la exploración de las condiciones que permiten o impiden el acceso a ella (Galante y Yanes, 1999). Este nuevo enfoque para la salud sexual y reproductiva se articula a partir de tres componentes fundamentales: 1) la igualdad y equidad de género, 2) la atención en salud sexual y reproductiva centrada en las necesidades de las usuarias y 3) los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como derechos fundamentales. De este modo, la salud sexual y reproductiva de las mujeres es, en gran medida, el resultado del ejercicio de sus derechos (Pedrero, 2002).

En el marco de los derechos humanos se especifica que los derechos sexuales y reproductivos abarcan ciertos derechos ya reconocidos en documentos internacionales. Entre estos aparecen:

[...] el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia (Alcalá 1995, cit. por Vidal *et al.*, 2004: 18).

El respeto a estos derechos ha sido identificado como un pilar fundamental para el desarrollo de los países. Cuidando de la salud sexual y reproductiva de las personas, la comunidad internacional se ha planteado abordar y resolver problemas

tan urgentes e importantes como la mortalidad materna, el crecimiento de la población, los niños abandonados, el embarazo de adolescentes, la violencia social, doméstica o intrafamiliar, el abuso sexual y el gran predominio de mujeres y jóvenes entre los grupos más pobres de la sociedad (Vidal *et al.*, 2004).

Ya en la Conferencia del Cairo en 1994 se puntualizaba la necesidad de:

[...] prestar especial atención al mejoramiento socioeconómico de las mujeres pobres de los países desarrollados y en desarrollo. Como las mujeres suelen ser el sector más pobre de los pobres, y al mismo tiempo, agentes clave del proceso de desarrollo, la eliminación de la discriminación social, cultural, política y económica contra la[s] mujer[es] es condición indispensable para eliminar la pobreza, promover el crecimiento económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible, garantizar servicios de planificación de la familia y de salud reproductiva de calidad y alcanzar un equilibrio entre la población y los recursos disponibles y las modalidades sostenibles de consumo y producción (Programa de acción de CIPD, Párrafo 3.16).

Dado que los impedimentos para el pleno ejercicio de estos derechos tienen su origen en la esfera social, económica y política, la perspectiva de género se presenta como una herramienta conceptual necesaria (Galante y Yanes, 1999). Desde esta perspectiva se plantea específicamente que:

La salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. Por ello, su *condición de género* es sustrato de su salud, [...] los contenidos de vida asignados a las mujeres por su género definen en gran medida su *estado vital*, sus riesgos, enfermedades y malestares, así como su potencial de vida sana y su expectativa de longevidad. Igualmente la *situación vital* conformada por el género, la edad, la generación, la clase social, la etnia y la nacionalidad, determinan la *posición social* de las mujeres en el mundo y su acceso a recursos y oportunidades. Las relaciones personales y las relaciones de poder en que participan las mujeres desde su situación vital tienen un impacto definitivo en su *estado de salud*. (Lagarde, 1997: 15)

En el caso de México, al igual que en muchos otros países, comúnmente los propósitos de los planes de acción en salud reproductiva han dado especial importancia a la planificación familiar y al fomento de la anticoncepción moderna; “[...] dirigiendo primordialmente [hacia las mujeres] las estrategias institucionales de control de la natalidad, a pesar del pretendido discurso de equidad de las políticas públicas” (Barragán y Huacuz, 2006: 564). En la práctica, no se ha logrado abarcar, desde una

perspectiva integral, la salud sexual y reproductiva de la población. Las políticas y estrategias de cuidado en este ámbito no se han dejado permear aún –más allá del discurso “de los y las encargados y encargadas” –¹¹ por una perspectiva que garantice, especialmente a las mujeres, las condiciones necesarias para un real ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Espinosa y Paz, 2002).

Es claro que el acceso a la atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva concentra grandes diferencias por cuestiones de orden cultural, socioeconómico y de género. Múltiples y variados factores se entrelazan para determinar la vida o la muerte de las mujeres que atraviesan por los procesos reproductivos. De hecho, usualmente las cifras asociadas a la mortalidad materna¹² se utilizan como indicadores de desarrollo para los países. En este sentido, las diferencias son sorprendentemente grandes: de las 529,000 muertes maternas que se produjeron en el año 2000, el 95% de ellas sucedió en África y en Asia, sólo el 4% se registró en América Latina, y menos del 1% en los países desarrollados del mundo.¹³ Mientras en África Subsahariana la mortalidad materna se refleja en una relación de 1:16 mujeres, en países desarrollados, ésta es de 1:2,800 (Cabero Roura, 2005).

Pobreza, marginación, desvalorización y discriminación de género, falta de oportunidades educativas, carencia de opciones (fuera de la maternidad) para obtener reconocimiento y seguridad a nivel familiar y social, desconocimiento de sus derechos, ausencia de un real acceso a servicios de salud de calidad y de información, son

¹¹ “Entre quienes trabajan y participan de manera programática con las mujeres se ha extendido la creencia de que el género es concepto relativo a la mujer. En el extremo se usa el concepto de género como parte de jergas especializadas, pero muchas veces vaciadas de su contenido filosófico feminista y de sus contenidos teórico-políticos.” “[...] la perspectiva de género ha sido víctima de la burocratización” (Lagarde, 2001: 21 y 22).

¹² En términos estadísticos, la mortalidad materna comprende específicamente la muerte de mujeres vinculada con complicaciones del embarazo parto y/o puerperio (período comprendido dentro de los 42 días posteriores al parto). Sin duda, ella es sólo la expresión más dramática de una realidad aún más extensa –a la cual no me referiré aquí– que corresponde a la morbilidad materna, o episodios de enfermedad vinculados a estos mismos procesos.

¹³ El número de nacimientos por año en el mundo se calcula en ciento treinta millones (Gawande, 2006).

algunos de los factores que en México se han vinculado de manera importante a las muertes maternas (Elu, 2000). Es así como la dimensión cultural, tanto en la elaboración de las políticas como de las acciones concretas en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, aparece también como una consideración imprescindible para poder contribuir efectivamente al desarrollo social y local que requiere la salud de la población.

En este sentido, es importante reconocer que el drama de la mortalidad materna no sólo involucra a la mujer que muere o al enorme deterioro de su salud en los casos donde la falta de acceso a una atención adecuada no da como resultado la muerte. También cabe mencionar el costo que esta realidad tiene para los demás hijos o miembros de la familia¹⁴, en especial si se considera el significativo –y a veces mayoritario o exclusivo– aporte de las mujeres al sustento familiar. Muchas veces, son éstos, los principales argumentos los que se esgrimen para enfatizar la prioridad que requiere la atención de los asuntos en salud sexual y reproductiva.

Desde esta perspectiva se desarrollan importantes programas que a nivel internacional impulsan un “enfoque de riesgo” sobre la salud reproductiva; el cual parte de la idea que todos los embarazos están potencialmente en riesgo y deben ser controlados. De esta forma se programa, también en México, las estrategias de atención de partos y embarazos.

Sin embargo, este énfasis en el riesgo y la mortalidad materna que se ha utilizado para graficar las desigualdades y para evaluar el impacto de los planes y programas de acción en salud, ha contribuido, por otra parte, a invisibilizar la necesaria y urgente atención que otros ámbitos de la salud sexual y reproductiva requieren, como pueden ser los aspectos psicológicos y sociales. Como ocurre generalmente, el enfoque sobre la patología pocas veces nos ayuda a conocer sobre los estados de

¹⁴ En un estudio sobre mortalidad materna desarrollado en el municipio de Chenalhó, Estado de Chiapas, Graciela Freyermuth dio seguimiento a 40 casos de muertes maternas, sobre los cuales refiere que “la mayoría eran menores de 30 años y tenían hijos pequeños, algunos de los cuales no sobrevivieron al primer año de la muerte de su madre [...] en uno de los casos la pareja tuvo tres hijos, ninguno de los cuales sobrevivía cuando realizamos la entrevista [de seguimiento] (Freyermuth; 1999: 36)

salud y bienestar. Igualmente, el enfoque epidemiológico, no ayuda a conocer la subjetividad de la experiencia vivida concretamente por las mujeres durante sus embarazos, partos y puerperio.

1.3 El cuidado de la salud sexual y reproductiva: algunas diferencias.

En cuanto a la regulación de la natalidad, por ejemplo, Carmen Sáez observa ya en los debates de la Conferencia del Cairo en 1994, los enfrentamientos para “controlar, conducir, auspiciar, evitar, y –en definitiva– dirigir, en un sentido u otro, el nacimiento de nuevos seres humanos [...]” (Sáez, 1999: 1). Entre las diferentes tendencias que ella observa, menciona la restricción de la natalidad en China (tan distante de la estimulación –ahora incluso económica- que la natalidad tiene en Europa, por ejemplo). Esta política restrictiva en China implica una diferencia enorme respecto a la realidad latinoamericana, donde la extendida demanda de las mujeres por la legalización del aborto, aparece como contraria al aborto impuesto a las chinas. En Colombia, en cambio, Sáez identifica la eliminación de “niños sobrantes en las calles” por fuerzas militares o paramilitares; y por otra parte, menciona la comercialización de niños que se hace desde los países más pobres hacia los acomodados. Estos son sólo algunos ejemplos que grafican cómo en la reproducción humana tienen lugar las más diversas prácticas de evitación de embarazos, abortos, infanticidios o búsqueda de fertilidad. Si se agrega una perspectiva histórica, la variedad de formas que la regulación de la fecundidad en las poblaciones humanas ha tomado, se hace prácticamente infinita.

Aunque a nivel internacional, desde organismos como la Organización Mundial de Salud (OMS) emanan claras recomendaciones para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, y en particular respecto a la atención del parto y nacimiento¹⁵, necesariamente en los distintitos países se instauran e implementan diferentes

¹⁵ En anexo se incluye el texto de La Declaración de Fortaleza, con las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento y las tecnologías adecuadas para la atención de partos.

políticas y planes de acción. Éstas responden a las diferencias culturales, ideológicas, de recursos y de intereses observados para cada uno.

En relación con la preocupación mundial por las muertes maternas, el llamado a la acción se formalizó ya en 1985, en la Reunión Interregional para la Prevención de la Mortalidad Materna, organizada en Ginebra por la OMS. Luego, en 1987 en Nairobi, Kenya, se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional de Maternidad sin Riesgo, donde se lanzó *The Safe Motherhood Initiative*¹⁶ o Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos (Gutiérrez, 1994). En septiembre del año 2002, los miembros de las Naciones Unidas formalizaron la adopción de la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, en la que se incluye específicamente la meta para reducir la mortalidad materna (Freyermuth, 2004). Sin embargo, las tasas de muertes asociadas al embarazo, parto y puerperio, aún no se han logrado rebajar a cifras aceptables en una cantidad importante de países en el mundo (Ramses, 2002; cit. por Freyermuth, 2004).

En el caso de México, la mortalidad materna todavía es un problema de salud pública (Freyermuth, 2004). A pesar de que sus cifras han mejorado en comparación con la situación sanitaria que se vivía hace unos decenios atrás, habiéndose marcado a nivel nacional una tendencia al descenso, esta tendencia no ha sido constante ni y uniforme en el país. Se puede observar cómo en el caso de determinadas poblaciones – típicamente poblaciones rurales, indígenas y pobres– los problemas de salud de las mujeres han tenido incluso significativos aumentos. En el Estado de Chiapas, por ejemplo, se registró hace algunos años un incremento de la mortalidad materna, donde, según las estadísticas oficiales, la razón de 5.9 en 1990, se elevó a 8.9 en el año 2002 (*ibid*). En tanto que, de acuerdo con la estimación general para México, ésta descendió de 8.9 en 1990 a 6.5 en 2003 (INEGI, 2006)¹⁷. Al respecto, Graciela Freyermuth y sus colaboradores (2004) plantean que la mortalidad materna “continúa siendo uno de los principales problemas de salud de las mujeres [...], y una de las

¹⁶ También se anexa la iniciativa por un una maternidad sin riesgos.

¹⁷ Estadísticamente la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10000 nacimientos. En México según las estadísticas vitales, en el año 2003 ocurrieron alrededor de 1310 muertes maternas (INEGI, 2006).

expresiones más notorias de las desigualdades socioeconómicas, étnicas y de género [en el país]” (p. 11). Y esto, a pesar de que efectivamente se han desarrollado distintas iniciativas encaminadas a disminuirla, y a pesar de que estas defunciones responden a causas que pueden ser resueltas por los servicios de salud disponibles.

Las causas de muerte por complicaciones del embarazo, parto o puerperio más frecuentes son, en su gran mayoría, padecimientos cuyo tratamiento depende de una labor de prevención y atención adecuada. En la experiencia internacional, los programas de atención de la salud reproductiva, demuestran ampliamente que pueden evitarse estas defunciones y puede, en efecto, mejorarse la calidad de vida de las mujeres y, por ende, de sus familias. Para ello es necesario que todas las mujeres sean atendidas por personal de salud competente durante el embarazo, el parto y el puerperio e, idealmente, que puedan contar con un acceso oportuno a servicios de urgencia. La atención de “alta calidad” ha podido hacer de la mortalidad materna algo muy poco frecuente en algunos países (Cabero Roura, 2005). Así, como problema de salud pública, las muertes maternas se han logrado erradicar con éxito, y a través de distintas estrategias, en una gran variedad de lugares, como por ejemplo en Japón, Chile, Holanda, etc.

Es justamente en esta línea argumental, desde donde la creación de una escuela profesional de partería en México cobra sentido. La ambiciosa meta de asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres mexicanas, es la que dirige los esfuerzos de quienes se han involucrado con el proyecto de profesionalización de la partería en la escuela de CASA.

Por otra parte, aunque las experiencias en salud pública son diversas (incluso dentro del grupo de países desarrollados –o no– que ha logrado reducir sus cifras de mortalidad materna) se puede observar, al mismo tiempo, que generalmente se ha tendido a “medicalizar”¹⁸ la atención del parto. Es decir, a que ésta se realice desde las

¹⁸ El proceso de medicalización se define como la manera en que la jurisdicción de la medicina moderna se ha expandido en años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas (Herman, 1994, cit. por Sadler, 2004), como es el caso de la gestación y nacimiento. Según Menéndez (1992: 101), “el concepto de medicalización refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una

nociones y prácticas de una medicina “académica” vinculada a los conceptos biomédicos desarrollados por la medicina occidental. Esto, en muchas ocasiones, a costa de las particulares concepciones y expectativas individuales y colectivas o de las visiones y prácticas tradicionales o indígenas, como consecuencia de una “estandarización de la calidad”, que desconoce el contexto cultural y la subjetividad personal desde la cual la idea de bienestar en salud toma forma.

También es interesante notar cómo esta “medicalización” de la atención de la salud sexual y reproductiva se asocia especialmente a determinados sectores de la sociedad. En el comportamiento de las cifras de nacimientos por cesáreas, por ejemplo, se observa cómo éstas se concentran claramente en los hospitales y clínicas privadas. Las mujeres que reciben atención gineco-obstétrica particular tienen un mayor riesgo de sufrir una cesárea que las atendidas en los sistemas públicos. En México, en el año 2001, se registró una tasa nacional de 37% de nacimientos por cesárea –la que ya es bastante más alta que la recomendación de 10% a 15 % que hace la OMS–. Solamente en el sector privado, en cambio, la tasa de cesáreas registrada fue de 57% (Niederstrasse, 2005).¹⁹

Por otra parte, muchas veces se ha dicho que la alta mortalidad materna y neonatal²⁰ que se concentra especialmente en las zonas rurales de México –donde las tecnologías biomédicas no están instaladas– es consecuencia de la ignorancia y el mal manejo de las parteras “empíricas” o “tradicionales” que atienden a esas mujeres. Sin embargo, esta conclusión no da cuenta de que, al mismo tiempo, la mayoría de los partos atendidos por parteras tradicionales corresponden a los partos de mujeres con altos índices de mal nutrición y multiparidad, y que ocurren en lugares carentes de servicios sanitarios básicos o redes de comunicación y transporte. En estos casos, en

extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normatización.

¹⁹ En este sentido, es interesante recordar el caso de Chile: uno de los países con mejores índices de mortalidad materna e infantil de la región, pero que al mismo tiempo presenta una de las tasas más altas de cesáreas en el mundo.

²⁰ La mortalidad neonatal corresponde a las defunciones ocurridas desde el nacimiento hasta los 28 días

realidad, la contribución de las parteras a la salud de sus comunidades es enorme (Cao, 1994). La importancia cualitativa y cuantitativa de la labor de las parteras en el campo mexicano se encuentra bastante bien documentada para quien desee informarse (Mellado y Cols, 1989).

Desde esta primera aproximación, ya es posible ubicar al menos dos sistemas de atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres para el caso de México: el sistema “tradicional” de la partería indígena o empírica; y el sistema “académico” de los médicos y otros profesionales del sistema de salud hegemónico (Mellado *et al.*, 1989).²¹

La enorme diversidad de prácticas y creencias desarrolladas en torno al cuidado de la reproducción da cuenta, precisamente, de la gran variedad de “mundos” en los que es posible nacer. Cualquier comprensión o modelo de explicación y atención que se asuma en torno al nacimiento de un nuevo ser, responderá a una determinada mirada o modelo de sociedad, de cuerpo y de individuo. En este sentido es difícil comparar y establecer estándares de “alta calidad” respecto a la atención integral de los procesos reproductivos. Más aún, si se introduce la variable intercultural a la hora de evaluar la calidad de la atención.

Sobre este punto y por la vocación universal e individual de los derechos humanos, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica, en general (y probablemente en todas las regiones), plantea una serie de tensiones de carácter cultural; pues, es necesario compatibilizar la universalidad del derecho a la atención en salud sexual y reproductiva, con los derechos colectivos de los distintos grupos culturales. Sin objetar que las parejas y los individuos tengan derecho a decidir libre e informadamente sobre estos aspectos de su vida, ni que tengan derecho a alcanzar en ellos el estándar más alto de salud, la cuestión es ¿quiénes definen este elevado estándar de calidad a alcanzar? (Pedrero, 2002).

En cuanto al modelo de atención académico o biomédico, es posible afirmar claramente que, apoyado en su alto desarrollo científico y tecnológico, éste ha sido

²¹ En los capítulos 3 y 4 se incluye al desarrollo de estos sistemas de atención al embarazo parto y puerperio.

sumamente eficaz en cuanto al rescate de vidas, evitando efectiva y eficientemente muertes maternas e infantiles y dando muy buenos resultados en cuanto a la solución de importantes patologías y factores de morbilidad; tal vez mucho más que los sistemas tradicionales. Sin embargo, este modelo no ha sido efectivo en cuanto a otros asuntos igualmente importantes, como disminuir la violencia y la desigualdad, promover apegos sanos y seguros al interior de las familias, asegurar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como el respeto a la diversidad cultural.

Es necesario desarrollar también la capacidad para evaluar otros aspectos del complejo fenómeno de la reproducción humana, los que muchas veces escapan al lente de la tradición biomédica. Focalizar los esfuerzos exclusivamente en torno a evitar la muerte, no es necesariamente un procedimiento adecuado para promover la salud integral, la felicidad de las personas y las relaciones armónicas; aunque, sin duda, debe continuar siendo un objetivo prioritario.

Sobre estos asuntos es que radica la importancia de lograr perspectivas integrales que ayuden a la evaluación y programación de las acciones en cuanto al cuidado de la salud de las mujeres.

La salud, en general, se define en términos de un “estado de bienestar”, categoría relativa al contexto histórico y cultural en el cual se la ubique (Pedrero, 2002). La concepción de la salud, por tanto, puede asumir distintos contenidos en distintas culturas y en distintos grupos. De ahí que no sólo se deben observar las estadísticas generales de salud o de mortalidad en una población, sino que se deben buscar herramientas para conocer también sobre los aspectos más subjetivos de la experiencia en el contexto de la diversidad cultural.

CAPÍTULO 2

EL NACIMIENTO HUMANO

Cada parto y nacimiento es un evento singular, como singular es cada individuo. No es difícil escuchar de mujeres que han dado a luz a más un hijo, cómo cada parto representa una experiencia singular, diferente y profundamente arraigada en la memoria y en las emociones.¹ Pero, como evento imprescindible para la sobrevivencia humana, el parto goza también de características universales. Por ello, recorrer en primer lugar la historia evolutiva de nuestra especie, ayuda a dimensionar mejor algunas de estas características propias del parto humano.

Desde la perspectiva evolutiva, es posible dimensionar también la trascendencia del papel que desempeñan las personas encargadas de asistir el parto en relación a la reproducción social de la cultura y de sus valores principales. Pero, además, la importancia del rol que desempeñan las parteras, matronas, obstetras, médicos, abuelas, o quien sea que se encargue de atender un nacimiento, involucra la experiencia particular de cada mujer que da a luz y, por supuesto, la de cada nuevo ser que llega al mundo. Esto, cobra aún mucha más relevancia a la luz de los últimos descubrimientos que han investido a los *bebinos* y recién nacidos de sorprendentes capacidades, volviéndolos, a los ojos de la ciencia, "...un mecanismo extraordinario

¹ Durante el mes de agosto de 2007, varias mujeres (de Brasil, Argentina, Chile, Venezuela y España) participamos de un grupo de discusión en línea a través de internet denominado "Tenda Vermelha". Durante varias semanas realizamos intercambios de información, opinión y experiencias personales o cercanas sobre diversos temas relativos a nuestra condición de mujeres. Fue interesante observar como los relatos de los partos ocuparon sustantivamente mucho más espacio que otros relatos compartidos en el grupo, los que fueron realizados con muchísimo detalle. Estos relatos estaban cargados de emociones, con especificaciones precisas de horarios, lugares, personas presentes, cometarios, pensamientos, etc. aunque algunos de estos hubieran ocurrido hacía más de veinte años.

con un cerebro casi más complejo y más elaborado que el de los científicos encargados de estudiarlos” (Mathelin, 2001: 38).

2.1 El nacimiento del *Homo sapiens*

Desde una perspectiva evolutiva, el estudio del parto y el nacimiento humano involucra directamente aspectos esenciales del proceso de hominización, es decir, del proceso por el cual, a partir de los primeros primates arborícolas y a lo largo de millones de años, sucesivas modificaciones biológicas y adaptaciones al entorno dieron lugar al surgimiento de la especie humana. Estas transformaciones, que involucraron desde grandes cambios climáticos y procesos de selección natural, hasta casuales anomalías cromosómicas y malformaciones que resultaron adaptativas (Rodríguez, 2000), fueron dando origen a distintas especies de homínidos hasta llegar a nosotros, el *Homo sapiens sapiens*, único sobreviviente de las distintas ramas que se describen en la línea evolutiva de la especie humana.

Se ha establecido que el *motor* de la hominización fue la bipedestación. Es decir, que uno de los principales cambios que impulsó este proceso, correspondió a una transformación en la estructura ósea de la cadera que permitió biomecánicamente una marcha sustentada en sólo dos miembros. Gracias al desarrollo de la bipedestación –una posición privilegiada para la obtención de alimentos y para una forma de locomoción que implicaría un ahorro energético (Leonard, 2003)– las extremidades superiores quedaron libres, las manos se especializaron y se transformaron en una sofisticada herramienta que podía, entre otras cosas, manipular y acarrear alimentos eficazmente. La ingesta alimenticia pudo hacerse entonces en otros lugares –no necesariamente allí donde se conseguía el alimento– lo que brindó la posibilidad de compartirlo con otros compañeros, cosa que, a su vez, propició una creciente complejidad de las relaciones sociales y la organización de los grupos o clanes.

Pero la pelvis no sólo tiene funciones relacionadas con la locomoción, sino que se trata de una estructura que, en las hembras, debe permitir el desarrollo completo

del feto y su nacimiento (Cela y Ayala, 2001), por lo que esta transformación en la cadera conllevó, además, otra serie de cambios. Al respecto, y resaltando ingeniosamente este punto, Campillo plantea la “coincidencia” entre el relato bíblico y los modernos descubrimientos científicos acerca del origen de nuestra especie:

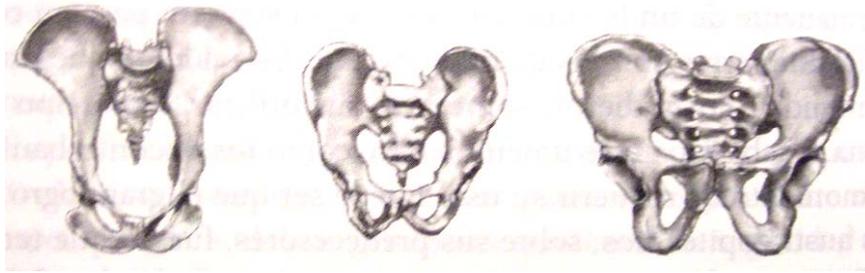
[...] al señalar que fue un hueso el que tuvo la mayor responsabilidad a la hora de convertirnos en lo que hoy somos. Pero la ciencia y la creencia difieren en dos aspectos fundamentales: el tipo de hueso y el sexo del portador de la pieza. Para la Biblia fue la costilla de Adán; para la ciencia, la cadera de Eva (Campillo, 2005: 11).

Junto a la bipedestación, un cambio en la dieta alimenticia (al pasar de vegetarianos a omnívoros y carroñeros) aumentó el aporte de carne y grasa animal, enriqueciendo la dieta de nutrientes y calorías. Esto favoreció también, de manera muy importante, otro de los eventos fundamentales para nuestra historia evolutiva: el enorme incremento en el tamaño del cerebro (Leonard, 2003; Rodríguez, 2000).

Estas dos tendencias que dominaron la evolución humana (el aumento en la eficacia de la bipedestación y el aumento del volumen cerebral) han contribuido significativamente al éxito y supervivencia de la especie humana, ya que gracias al desarrollo de la inteligencia y la capacidad de desplazarse en sólo dos miembros, los homínidos –y particularmente los seres humanos– han sido capaces de modificar, y en alguna medida hasta controlar, el ambiente en el que habitan.

Sin embargo, estas tendencias se encuentran en conflicto al considerar su relación con la mecánica del parto y del nacimiento (Threvertan, 1987). La anatomía de la pelvis de la hembra humana y el gran desarrollo encefálico que nos caracteriza, producen consecuentemente un canal de parto² relativamente estrecho. En comparación con sus antecesores bípedos –como es caso del australopitecino– y con otras especies del orden primate, el caso humano resulta en un canal mucho más estrecho.

² El canal del parto es el espacio formado entre las articulaciones de los huesos de la pelvis, por el cual el feto se moviliza desde el interior del útero pasando entre los órganos internos de la madre hacia el mundo exterior a través del cuello de útero. La apertura ósea del canal del parto está formada por la articulación de los huesos isquion y pubis, los que junto con el par de huesos iliacos conforman el conjunto óseo pélvico.



Recuadro 1: comparación entre la pelvis de un chimpancé actual, un australopitecino y una mujer (tomada de Campillo, 2005).

Con una apertura y salida del canal del parto humano en forma de óvalo ubicado transversalmente (en un sentido de oreja a oreja), el parto se complicó aún más debido a que el tamaño de la cabeza del feto coincide casi exactamente con las dimensiones del canal. La correspondencia entre las dimensiones pélvicas de la madre y del feto se puede apreciar considerando que se ha establecido que, en promedio, la apertura isquio-púbica de las mujeres tiene un diámetro de 13 cm. en su parte más ancha y de 10 cm. en la más angosta; mientras que la cabeza del feto mide en promedio 10 cm. desde el frente hacia atrás, y el largo de sus hombros es de 12 cm. (Campillo, 2005; Rosenberg y Trevathan, 2003). Esto dificulta el nacimiento de las crías humanas, en comparación con el parto de otros mamíferos y “parientes” cercanos.

En el caso de primates no humanos, la dimensión sagital (de adelante hacia atrás) de la apertura de la pelvis es más grande que en su dimensión transversal. Igualmente, el cráneo de sus fetos es más largo en esta dimensión, de modo que éstos entran y salen del canal de parto orientando su cara hacia el frente. Las crías de una chimpancé,³ por ejemplo, nacen “mirando a su madre” y lo hacen a través de

³ La frecuente comparación entre humanos y chimpancés en estudios evolutivos se fundamenta en que estos últimos primates corresponden a la especie viva más cercana en la línea evolutiva; la correspondencia genética entre ellos es tal, que compartimos el 99% de nuestros genes (Campillo, 2003). Sin embargo, no es sostenible la justificación del comportamiento humano en función de la observación del comportamiento de otras especies. Al respecto es muy interesante notar que durante mucho tiempo el discurso de la primatología tenía como modelo incuestionable la sociedad del chimpancé común (muy sofisticada, organizada con un macho alfa dominante, con expresiones de violencia, ingesta de carne, etc.) a partir del cual que se interpretaba y explicaba el comportamiento humano. Pero a mediados de los años ochenta del siglo pasado, se conoció otra especie de chimpancé, los *Bonobos* o

un orificio pélvico relativamente espacioso, ya que es un poco más amplio que el perímetro de sus cráneos. En esas condiciones, y a diferencia del caso humano, el parto solitario de una chimpancé no resulta difícil, y ella misma puede ayudar a su cría a salir sujetándola y tirándola con sus manos.

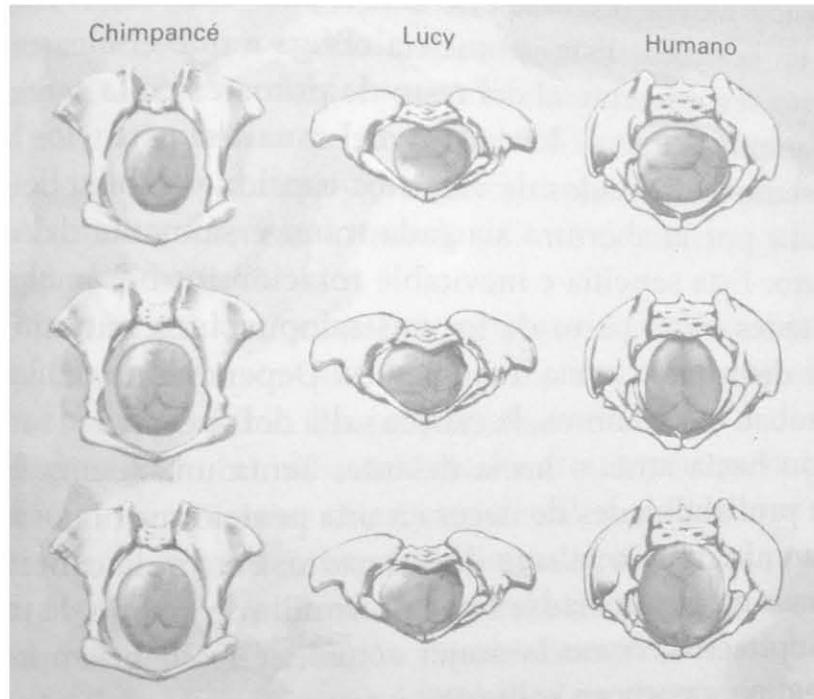
En cambio, en otra parte de la línea evolutiva, al iniciarse la bipedestación, los requerimientos de la postura erguida que nos caracteriza produjeron como consecuencia este estrechamiento del canal de parto, modificando los huesos de la cadera para soportar más de la mitad del peso total del cuerpo. El cuerpo alineado desde el cráneo y la columna hasta las piernas produjo paralelamente el ensanchamiento del cinturón escapular (la articulación de la clavícula, omóplato y epífisis humeral) aumentándose la separación y amplitud de los hombros, lo cual también trajo dificultades a la hora del parto.

Ya en el análisis de la cadera de *Lucy* –la más famosa osamenta de una hembra *australopitecina*⁴ se observa una pelvis “aplastada” en comparación con otros primates, con una dimensión mayor en el sentido transversal, a la entrada y a la salida del canal del parto (Campillo, 2005; Rosenberg y Trevathan, 2003). Por ello, el nacimiento de un *australopiteco* ya presentaba algunas complicaciones, por lo que el feto debía rotar al momento de su nacimiento para poder sacar los hombros y luego de sacar la cabeza (Campillo, 2005). Sin embargo, a partir de los estudios paleoantropológicos (Lovejoy, 1975, cit. por Cela y Ayala, 2001) y en comparación

chimpancé enano (De Waal, 1997; cit. por Hernaldo 2007). Esta especie presenta una serie de características que cuestionan el modelo preexistente: al igual que nosotros, no tienen una época de celo; el sexo es su principal mecanismo de cimentación social y se comparte entre todos: machos y hembras, hembras y hembras, machos y machos, adultos y jóvenes, etc. En las sociedades *bonobos*, pueden haber individuos alfa de cualquier sexo. Presentan conductas muy amistosas entre ellos, no se han registrado episodios de violencia como en las sociedades de chimpancé común. Las madres son “muy dedicadas y pacientes” y también dejan a los machos cuidar de las crías; no comen carne y tienen facilidad para aprender lexigramas (Hernaldo 2007).

⁴ “Lucy” fue el nombre con el que se denominó a la osamenta hallada en 1974, en Hadar, Etiopía. Corresponde a un ejemplar hembra casi completo de *Australopithecus afarensis*, una de las especies de homínidos que, sin estar directamente en nuestra línea de evolución, forma parte de la rama evolutiva de la familia *homínidae* a la que pertenecemos.

con el parto humano, se ha planteado que presentaba relativa ventaja debido al menor volumen craneal en esa especie.



Recuadro 2: comparación entre la correspondencia céfalo-pélvica en el parto humano, en el de un chimpancé, y de un australopitecino (tomada de Campillo, 2005).

El gran cerebro que ostentamos los *Homo sapiens* es probablemente la característica que más se ha utilizado para distinguir nuestra “naturaleza” humana y para distanciarnos de otros animales. Y, en efecto, nuestro cerebro –en proporción al tamaño de nuestro cuerpo y en comparación con otras especies– es una muy grande y poderosa estructura que alcanza alrededor de unos 1,550 cc. Se estima que el cerebro humano es proporcionalmente el más grande entre todos los primates, pues tiene tres veces el volumen esperable según el peso y la talla (Leonard, 2003).

El crecimiento cerebral en el *Homo sapiens* respondió evolutivamente a un conjunto de factores, por lo que se ha relacionado con el desarrollo de varias características, entre las que destacan las inscritas en el orden de lo social. El cerebro creció favoreciendo el desarrollo de habilidades motrices más finas, pero uno

de los aportes más notables del aumento en las dimensiones cerebrales, fue el consecuente desarrollo de habilidades psicosociales en la especie.

La creciente complejidad de la organización social y de las relaciones entre los miembros del grupo, se sustentó principalmente en la adquisición de nuevas habilidades comunicacionales. Las facultades intelectivas desarrolladas por nuestro cerebro nos permitieron disponer de una capacidad de simbolización prácticamente infinita, capacidad en la que se fundamenta nuestra evolución cultural. Fue el lenguaje humano articulado el que, con la adquisición de la función simbólica, nos permitió el acceso al pensamiento lógico. De este modo, se expandió la capacidad operativa del pensamiento y se aceleraron y perfeccionaron los procesos de cohesión social, así como el desarrollo tecnológico, la exploración, conquista y explotación de nuevos territorios y contextos ecológicos (Rodríguez, 2000).

Es importante considerar, además, que este proceso de cerebralización es filogenético tanto como ontogenético⁵, como veremos más extensamente en relación con el desarrollo de las crías humanas.

2.2 Evolución y desarrollo de las crías y padres humanos

La bipedación y sus consecuencias en la estructura pélvica influyeron también en la evolución humana, al limitar el volumen craneal del neonato que sería capaz de pasar por el canal de parto de la madre (Trevathan, 1987). Esto trajo consigo una serie de otras consecuencias que igualmente se relacionaron con el desarrollo de habilidades psicosociales. En este punto, vale la pena notar que en el cuerpo y comportamiento de las hembras es donde tuvo lugar parte importante de los cambios y transformaciones que hicieron posible la existencia de la especie humana (Campillo, 2005). Y esto, tanto por las transformaciones y adaptaciones biológicas

⁵ Es decir, que la cerebralización actúa por medio de mutaciones que producirán nuevas aptitudes que serán explotadas por la complejización sociocultural de los grupos; mientras que esta complejización sociocultural estimula, a su vez, el pleno empleo de las aptitudes cerebrales de cada individuo (Morin, 1983).

descritas hasta aquí, como por el desarrollo de habilidades vinculadas al cuidado y la enseñanza de las crías. En este sentido, Margarita Lagarde Lozano (2001) refiere que la naturaleza del parto humano se relaciona con la evolución de la crianza y el maternaje⁶ como fenómenos que se articulan entre sí y, que a su vez, articulan los procesos de hominización.

Desde esta perspectiva, es posible reconocer cómo la historia de la evolución humana no sólo se fundamenta en la evolución biológica de las especies, comandada sobre todo por cuestiones de orden genético y medio ambiental. El proceso de hominización conlleva también, de modo fundamental, una parte que se enraíza en lo social, en la evolución cultural que los grupos humanos fueron capaces de desarrollar. Al respecto, Edgar Morin (1983: 97) se refiere a:

[...] la dialéctica entre la mutación genética cerebralizante y la complejificación [sic] cultural [...*que*] ha desempeñado una importante función y, si bien la evolución “natural” del cerebro del homínido ha producido y desarrollado la cultura, acto seguido ha sido la propia evolución cultural [*la que*] ha empujado o estimulado al homínido para que desarrollara su cerebro, es decir, se transformara en el hombre [*refiriéndose aquí al ser humano en general*].

Entonces, cuando la tendencia en la selección natural estaba a favor de la encefalización, y la bipedestación había resultado en un canal de parto estrecho –que estaba en contradicción con este aumento del volumen craneal a la hora del nacimiento– la forma en que se “solucionó el problema” en los seres humanos fue a través de un conjunto de características: “[...] huesos craneales todavía blandos en el feto, el nacimiento en un estado muy inmaduro, un largo período de extragestación y, pese a todos estos rasgos, que ayudan al paso del feto, una anatomía de la cadera diferente en las hembras y machos de nuestra especie” (Cela y Ayala, 2003: 182).

⁶ El concepto de *maternaje* refiere a los comportamientos que las madres pueden o no desplegar para la acogida, el cuidado y la potenciación del vínculo que establecen con sus crías. Este despliegue conductual, sin embargo, no debe entenderse como exclusivo de la madre o como esencial a ella, ya que otros miembros del grupo podrían desplegar estas mismas conductas vinculantes y de cuidado, así como muchas madres podrían no maternar a sus crías.

El término *altricial* en biología, se refiere a un patrón de crecimiento en el que las crías nacen en un estado de desarrollo relativamente temprano y dependiente de las conductas de cuidado de sus progenitores (Knobil y Nelly, 1998); esto se observa en el claro caso de los marsupiales⁷ y de algunos pájaros, por ejemplo. Igualmente, las crías humanas deben “continuar su desarrollo fetal” fuera del cuerpo de la madre después de su nacimiento. De este modo, los bebés humanos son relativamente indefensos al nacer y requieren de atención inmediata (Davis-Floyd, 2000).

Durante el desarrollo prenatal de los seres humanos, existe un freno en el desarrollo cerebral, lo que provoca que los bebés humanos conserven un gran número de características fetales al menos hasta los 8-9 meses de vida después del nacimiento (Rosenberg y Trevathan, 2003; Lagarde Lozano, 2001). Al nacer, una cría humana ha desarrollado alrededor del 25% (350 cc.) del volumen total de su cerebro adulto; un año después tendrá ya más de la mitad (800 cc); y a los 3 años su cerebro habrá crecido tres veces respecto al volumen que tenía al nacer (un 75% del cerebro adulto). Estas relaciones, en comparación con otros primates cercanos, resultan significativamente menores: por ejemplo, el cerebro de un chimpancé recién nacido, tiene ya un 41% del tamaño adulto. El cerebro del neonato humano presenta, además, una menor maduración del sistema motor, del bioquímico (enzimático), y del digestivo, entre otros (Trevathan, 1987).

La calidad del desarrollo posterior de estos sistemas estará en relación directa con la calidad del cuidado y estimulación que el bebé reciba y, en general, con las características sociales, medioambientales, de nutrición y de salud en las que este individuo se desarrolle. La posición social y la cultura de pertenencia, es decir aquella que “sujeta” al recién nacido⁸, serán condicionantes de las características del cuidado

⁷ Tal vez cabe recordar aquí el caso de los bebés y sus mamás “canguros”. Esta medida de cuidado postnatal para bebés prematuros y de bajo peso, consiste en que la madre o el padre o alguien más cargue y se apegue al bebé al pecho y ahí lo alimente, lo mantenga caliente, en movimiento y contacto permanentemente. Esta medida en las últimas décadas se hace cada vez más popular en los hospitales y neonatologías por los buenos resultados que arroja.

⁸ “En la modernidad, el ser humano sólo puede emerger como sujeto en la medida que modela y a la vez es modelado por la realidad y el entorno con el que interactúa. En este proceso interviene el componente físico y biológico, su historia y su contexto social, cultural y emocional, de los cuales se desprenden sus comportamientos” (Salas, 2002: 179).

y estimulación parental –donde además se expresan siempre gran parte de la historia y de la biografía individual de cada padre y madre–

Desde la perspectiva evolutiva, entonces, la interrupción relativamente temprana de la gestación *in utero* y la disminución del crecimiento cerebral durante la vida prenatal, implican que el recién nacido humano se encuentre en una situación muy poco ventajosa para su sobrevivencia autónoma. Esta situación se puede representar como la consecuencia de un “parto prematuro”, desde el punto de vista zoológico, ya que en relación con la tendencia promedio de nuestro orden primate, el embarazo humano debería durar aproximadamente 18 meses (Campillo, 2005). De ahí que los seres humanos se caractericen por un extenso período de dependencia infantil en el que su sobrevivencia se basará principalmente en el desarrollo del apego (Lagarde Lozano, 2001), para asegurar así que se le proporcione la alimentación y los cuidados necesarios para su subsistencia.

Así como la consideración de las diferencias culturales, la consideración de determinados contextos históricos también da lugar a una serie de variantes en cuanto al comportamiento desplegado en función del cuidado de los niños. En Europa, por ejemplo, antes del siglo XVIII, la mayoría de los bebés se iban con una nodriza a sueldo y podían regresar a la familia a veces hasta cumplidos los cuatro o cinco años. En la tradición judeocristiana de occidente, durante siglos se consideró que los niños y los recién nacidos eran seres insaciables, poseedores de los peores instintos y de capacidades innatas hacia la maldad. Los niños no se liberarían del pecado original, hasta ser ingresados a la doctrina a través de su bautizo y con una educación muy represiva y estricta, contraria a sus deseos. Los niños, para las familias europeas del siglo XVI eran seres inacabados e imperfectos, más bien un estorbo, y su condición era bastante insignificante (Badinter, 1980).

Hacia fines del siglo XVIII se comienza a dar forma a una nueva concepción sobre los niños y las relaciones familiares. Surge la idea de niño máquina que gracias a la medicina y a la educación se podría reconstruir de acuerdo con un modelo nuevo (Badinter, 1980). Negándoles cualquier especificidad, se pretendió hacer lo que se quisiera de los niños. Luego, a la par del desarrollo de la pediatría y la ginecología

como especialidades médicas, se fue construyendo la figura del “niño rey” y del ideal del amor maternal. La madre y sus cuidados comenzaron así a cobrar mayor relevancia en la familia (Badinter, 1980). La idea del desarrollo infantil, de niños individualizados y potencialidades singulares, como la entendemos hoy en la tradición cultural de occidente, es bastante reciente.

Volviendo a las consideraciones evolutivas, Wenda Trevathan (1987) afirma que sólo con una intensificación del cuidado parental, se pudo favorecer el aumento cerebral en un animal bípedo. Así, se debió favorecer consecuentemente aspectos que reforzaran el vínculo entre padres e hijos, al igual que el desarrollo de diferentes habilidades de crianza. Desde una perspectiva arqueológica, resulta interesante la propuesta de Almudena Hernaldo (2007) quien relaciona la *neotenia*⁹ y la capacidad de simbolización (en particular al simbolizar el dimorfismo sexual y por ende los géneros femenino y masculino) en la base de la construcción histórica del patriarcado. La enorme necesidad de cuidados de las crías humanas habría inducido a una relativa reducción de la movilidad de las hembras a su cuidado. Sutiles diferencias de movilidad entre los machos y las hembras con crías tan indefensas, habrían acabado a lo largo de un proceso histórico en la construcción de un modelo de identidad de género distinto para hombres y mujeres.

En las sociedades humanas, y tal vez especialmente en las modernas, la supervivencia y el cuidado de las crías no depende únicamente de la madre, otras personas pueden cumplir igualmente con la satisfacción de sus necesidades básicas. De ahí que la figura del padre y de otros cercanos del grupo merece también consideraciones importantes en cuanto al desarrollo de las crías humanas. Y, a pesar de lo anterior, es importante no dejar de considerar que las características del establecimiento de un apego sano entre la madre y el hijo que ha gestado en su propio cuerpo, puede representar grandes ventajas en cuanto al desarrollo y salud integral posterior del nuevo ser. Estas consideraciones se basan en aspectos psico-neuro-endocrino-fisiológicos que tienen un sustrato bioquímico muy importante, pero

⁹ Neotenia refiere a la mantención y prolongación de las características infantiles, en los seres humanos la vida “fetal” duraría en total 21 meses, la etapa infantil hasta los 10 o 12 años, y la juvenil hasta los 18 o 20 años.

no por ello debe olvidarse que en la psiquis humana no todo lo que ocurre en la infancia es destino, y la plasticidad en el desarrollo de los infantes humanos desempeña aquí un papel importante y difícil de dimensionar.

El largo período de dependencia neonatal e infantil implica un período igualmente largo de acompañamiento, durante el cual es posible aprender aspectos físicos del entorno en el cual se habita, así como introyectar valores y significados culturales y sociales relativos al grupo de pertenencia. Así, el nacimiento “prematuro” de las crías humanas pudo resultar entonces ventajoso para nuestra especie.

La prolongación de la dependencia en la infancia posibilita el desarrollo organizativo del cerebro en estrecha relación con los estímulos recibidos desde el entorno, y esto tiene consecuencias importantes para el desarrollo de las personas. La lentitud del desarrollo ontogenético favorece el aprendizaje, el desarrollo intelectual, la transmisión cultural, el flujo de información y una asimilación de lo aprendido (Dobzhansky, 1966, cit. por Morin, 1983). Esta etapa en el desarrollo de los seres humanos se caracteriza entonces por ser de mucha plasticidad, lo que permite la adquisición de herramientas culturales específicas, como el lenguaje, y la integración de estructuras sociales fundamentales para la vida en sociedad –entre ellas las identidades de género–. Durante este período de desarrollo fetal extrauterino se imprimen patrones afectivos y relacionales que modelan las estructuras psíquicas que acompañarán la vida humana hasta la adultez. Estos patrones se vienen desarrollando desde la vida intrauterina, y en ese sentido, el vínculo posterior al nacimiento puede verse como la continuación de un proceso vinculante que ya comenzó antes, probablemente desde la concepción (Verni y Kelly, 1988; Kaplan, 2006).

Es en esta línea argumental donde podemos inscribir, por ejemplo, planteamientos tan interesantes como el del exocerebro de Roger Bartra (2005; 2007) quien expone sobre la plasticidad cerebral humana y su conexión con circuitos externos de orden social y cultural, que habilitan tanto al individuo como al grupo en general para su funcionamiento. A modo de prótesis, propone una red cultural y social de mecanismos extrasomáticos estrechamente vinculada al cerebro.

Mecanismos como el habla y el uso de símbolos, principalmente, los que asociados al empleo de herramientas permiten la sobrevivencia en un entorno difícil y hostil (Bartra, 2007).

Por otro lado, se han desarrollado conceptos como el de *primal health* o salud *primal*, para comprender el vasto alcance que tienen las primeras (primitivas, primordiales) experiencias de vida, incluidas las intrauterinas, en el desarrollo de la personalidad, la salud y la calidad de la vida de las personas hasta su adultez. Al respecto, se han establecido interesantes relaciones que no pueden utilizarse en forma directa para dar cuenta de casos particulares, pero, que en términos epidemiológicos, no dejan de ser sumamente sorprendentes.¹⁰

2.3 El desarrollo intrauterino

Gracias a los avances tecnológicos que nos han permitido observar en forma experimental la concepción y gestación de un nuevo ser, la cultura occidental ha comenzado a comprender racionalmente este fenómeno sólo en fechas muy recientes (Vargas y Matos, 1973); aunque, sin duda, el interés científico sobre la vida intrauterina no es algo nuevo.

Alessandra Piontelli (2002) ubica el inicio de los estudios fetales en la década de los ochenta del siglo XIX; y ya Leonardo Da Vinci, en siglo XV, escribía sobre la íntima relación –sobre todo emocional– que tienen la madre y el niño que lleva en su seno, dado que “la misma alma gobierna los dos cuerpos” (Da Vinci, cit. por

¹⁰ El concepto de salud *primal* fue propuesto por el médico francés Michel Odent, famoso promotor del nacimiento no intervenido. Esta idea comprende, desde una perspectiva ecológica o sistémica, los factores que impactan la salud y el desarrollo de una persona específicamente durante el período que va desde la concepción hasta el primer cumpleaños, es decir durante sus primeros 21 meses de vida. Este período dará sustrato básico a la salud del adulto y las experiencias durante esta etapa de la vida se correlacionan significativamente con procesos de salud-enfermedad posteriores. Una gran cantidad de investigación científica relacionada con esta idea, se puede encontrar en una extensa base de datos ubicada en www.birthworks.org

Fernández, 2005: 23). No obstante, las consideraciones que hoy se hacen respecto a la vida intrauterina eran prácticamente impensables hace pocas décadas atrás.

“En nuestro mundo occidental, con la llegada de las civilizaciones científicas, el recién nacido fue relegado a nivel de un “contendido vacío”. Debía aprender todo. Se lo consideraba sordo, ciego, incapaz de distinguir, de establecer índices correlativos, del menor discernimiento” (Mathelin, 2001: 38). Desde hace ya varias décadas, la investigación de corte psicoanalítico ha considerado de gran relevancia conocer los comportamientos primarios del bebé en el contexto de las relaciones nacientes con quienes le rodean. En estas investigaciones se asumía que el comportamiento preverbal expresa un vasto repertorio de patrones de comportamiento comunes a todo ser humano. Los debates sobre el nacimiento psicológico del infante humano – sobre su capacidad de vivir mental y emocionalmente en el mundo– situaban, aun en estas investigaciones, cuando mucho al parto como el evento crucial para iniciar el funcionamiento mental de los seres humanos. Hasta comienzos del siglo XIX las funciones sensoriales del feto no se consideraban más que latentes o prácticamente inexistentes. Y, aunque actualmente se reconoce la importante influencia materna sobre el feto, en general, aún se le ve en la práctica cotidiana como una tábula rasa, sin entidad propia, como un ser totalmente maleable sobre el cual –particularmente la madre– dejará su huella.

El estudio de los orígenes de la vida mental encierra aún muchas dificultades, pero actualmente las nuevas tecnologías han permitido observar cómo el comportamiento de un *bebino* se presenta con mucha más libertad e individualidad que la que puede inferirse a partir de la observación de un recién nacido. Ya que la libertad de la que se goza en el líquido amniótico se pierde bajo los efectos de la gravedad, el recién nacido aparece entonces, en comparación con el feto, como un ser “mucho más impotente”, afirma Piontelli (2002).

Hoy en día, a través de modernas tecnologías como la ecográfica –o algunas otras más antiguas, pero de menor prestigio como la hipnosis– se están realizando interesantes estudios acerca de la riqueza de la vida intrauterina y de la interacción del *bebino* con su entorno (Odent, 2006; Fernández, 2005; Piontelli, 2002; Verny y Kelly,

1988). Los hallazgos acerca de la enorme individualización que el recién nacido ha desarrollado durante su vida prenatal siguen siendo sorprendentes. Estas observaciones sugieren que las experiencias prenatales ejercen un efecto emocional profundo en el niño, especialmente si estos acontecimientos se ven reforzados por experiencias postnatales (Piontelli, 2002), los cuales además pueden persistir a lo largo de la vida. La investigación en esta área aún debe profundizarse, pero los estudios preliminares apuntan claramente a la necesidad de repensar con mayor cautela las prácticas que se vienen desarrollando en torno a la gestación, el nacimiento y el tratamiento de los seres humanos cuando llegan al mundo.

Hasta ahora es posible afirmar que el *bebino* no se desarrolla en un ambiente aislado, y su comportamiento es reflejo de su interacción con el ambiente que le rodea. Tanto sus patrones de movimiento endógeno como los movimientos por estimulación aparecen al mismo tiempo en el desarrollo intrauterino. Esta motilidad fetal se desarrolla, además, desde las 7.5 semanas después de la última regla, mucho antes que la madre pueda percibirla, (*ibid.*). Por otra parte, todas las funciones sensoriales del *bebino* son operativas ya desde el segundo trimestre del embarazo (Chamberlein, 1983; cit. por Piontelli, 2002), y esta posibilidad de percepción, posibilita a su vez el intercambio y su reacción frente al medio. Estudios sistemáticos y longitudinales de la vida pre y posnatal de algunos bebés (que se han realizado observando embarazos únicos y gemelares) han puesto en evidencia una continuidad remarcable en la conducta individual y en la interacción social en ambos períodos, particularmente si estas experiencias se refuerzan con posterioridad (Piontelli, 2002), y a pesar de los enormes cambios que representa el nacimiento y de las características diferenciales de ambos ambientes. La evidencia de las sorprendentes competencias de un recién nacido, como la memoria, percepción, aprendizaje, emoción y habilidades comunicativas, abre muchas posibilidades para seguir comprendiendo las potencialidades del desarrollo prenatal y del desarrollo humano en general.¹¹

¹¹ Una extensa bibliografía al respecto se puede consultar en revistas como *The Journal of Prenatal and Perineal Psychology and Health* y *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, entre otras.

Aunque físicamente madre e hijo no comparten el mismo cerebro ni el mismo sistema autónomo –ya que cada uno cuenta con su propio aparato neurológico y su sistema circulatorio– “...sí comparten unos sistemas neurohormonales que son vitalmente importantes para ambos, pues es la forma en que la madre y su hijo intrauterino establecen un diálogo emocional” (Fernández, 2005: 26). A partir de esta relación es imposible hacer una distinción entre lo biológico y lo emocional. Las emociones o el estrés vivido por la madre desencadenan en ella unas secreciones hormonales que inciden directamente en el medio biológico del hijo en desarrollo, con lo que se establece una compleja relación bioafectiva desde etapas muy tempranas, la que puede llegar a estar al servicio de la adaptación posterior de ambos miembros de la díada.

También es posible establecer que el *bebino* participa activamente en su propio desarrollo, al ser la placenta un órgano de este último y no de la madre. La placenta produce numerosas hormonas a fin de alimentar, sustentar y mantener el propio embarazo, las que son, además, parte activa del intercambio entre la madre y su hijo. Este intercambio hormonal forma parte del canal fisiológico de comunicación fetal, como lo describe Luz María Fernández (2005) en su estudio acerca del desarrollo del vínculo afectivo prenatal. Además de este canal fisiológico, existe un canal conductual constatable, por ejemplo, por el cambio de movimientos suaves o bruscos del bebé y la práctica aparentemente universal de las madres de tranquilizar a sus hijos en gestación frotándose el vientre o apoyando sus manos en él. El tercer canal de comunicación fetal descrito es el simpático: la disposición psíquica y afectiva de la madre, que además de intervenir en su propia identidad como mujer y dentro la dinámica familiar general, afectará las características futuras de la personalidad del niño (Fernández, 2005).

Así, resulta interesante ver cómo a través de la madre y desde su interacción social y cultural, se van fijando materialmente huellas ambientales en el ser en gestación. Un feto humano no es simplemente herencia genética a la espera de nacer

para comenzar a interactuar con el ambiente,¹² esta interacción comienza desde el momento de la concepción, “cuando la receptividad de los estímulos de contacto afectivo se manifiesta, desarrolla y responde” (Veldman, 1993: 5, cit. Fernández, 2005: 36).

Ya es extensa la literatura que estudia las implicancias y las variables que mediatizan el proceso del apego entre un recién nacido y sus cuidadores. Sin embargo, los estudios que abarcan también el período prenatal son bastante más escasos. Para exponer acerca del aporte de diversos autores en la materia, Luz María Fernández (2005) agrupa y desarrolla la influencia de estos factores en nueve categorías: 1) Percepción de los movimientos fetales, 2) Embarazos no deseados-planeados y asunción de la actitud hacia el rol de padres, 3) Embarazos no deseados, 4) Partos prematuros, 5) Embarazos de alto riesgo, 6) Satisfacción conyugal, 7) Dificultades psicológicas y emocionales, 8) Edad de la mujer gestante, y 9) Grado de aceptación de la imagen corporal.

De ellos, interesa destacar que uno de los factores más relacionados al establecimiento de un vínculo o un apego negativo (ya sea evitativo, inseguro o ambivalente, como especifica la literatura psicológica), se relaciona con un embarazo no deseado y no aceptado, lo que se constituye en un factor de riesgo psicosocial. El tipo de apego que construya el recién nacido con sus cuidadores, generalmente lo acompañará a lo largo de toda su vida, y en todas las relaciones que establezca, a menos, que “trabaje” terapéuticamente este aspecto de su personalidad o que las experiencias de vida le permitan desarrollar otras formas de relación.

¹² Aquí es interesante conocer los avances desarrollados en cuanto a la fijación de memoria y la activación de genes para la producción enzimática que ella requiere. Se ha establecido que toda neurona sabe qué recuerdos retener a través de conexiones perdurables con otras neuronas, y cuáles permitir que se desvanezcan. Se observa un fenómeno similar en el cerebro en desarrollo: mantiene ciertos circuitos nerviosos y va podando otros en función de la estimulación recibida. El cerebro fetal podría comenzar su desarrollo con una red de conexiones muy simple, especificada mediante instrucciones genéticas, pero desde el inicio “iría teniendo su propia red de conexiones de acuerdo con el flujo de impulsos que cursen por sus circuitos nerviosos en gestación, para de ese modo ir depurando la plantilla original” (Fields, 2005: 61). En el proceso físico real, las enzimas y otras proteínas que refuerzan o debilitan las conexiones sinápticas mientras se van configurando los circuitos cerebrales, deben sintetizarse a partir de la activación por estimulación de genes específicos.

En este sentido, hacer de la sexualidad primero, y así de la gestación, el parto y la maternidad, después, experiencias concientes –vivas “a conciencia” – y autónomamente determinadas, será una forma muy potente de promover relaciones positivas y favorables para las personas y la sociedad en general. A esto apunta también la necesidad de una plataforma ética, política y simbólica que asegure el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres.

También aquí será importante la reflexión sobre el papel del padre, incluso desde las condiciones en las que ocurre la concepción, como durante el embarazo, el parto y por su puesto en la crianza. Y esto, ya sea en su ausencia o como compañero y pareja de la madre.

2.4 “Ecología” del parto y del nacimiento humano

Desde una perspectiva evolutiva se puede establecer, entonces, que el parto humano se caracteriza por ser más difícil y riesgoso que los partos de cualquier otra hembra primate. La estructura ósea y los órganos pélvicos deben dilatarse para que el feto, se vaya abriendo paso hacia el mundo exterior, por un canal de parto sumamente estrecho. Todo este proceso implica un gasto de energía y un esfuerzo muy grandes. Muchas mujeres saben, por experiencia directa, que pujar hasta que un bebé salga por el canal del parto no es algo fácil.

Como ya se vio, en términos epidemiológicos, algunas complicaciones durante un embarazo, aborto, parto o puerperio significan un gran desgaste para la salud poblacional de las mujeres y estas complicaciones, en determinadas condiciones, llegan a tener consecuencias fatales (Elu, 1993). Algunos problemas básicos que pueden presentarse a la hora del parto y que ponen en riesgo la vida del *bebino* y de la madre pueden ser las obstrucciones a la salida del canal de parto. Por el tamaño del *bebino* y en función de la proporción céfalo-pélvica con su madre, éste podría no lograr salir, “atorándose” en el interior de la pelvis por una distocia de hombro, o puede no presentarse con la cabeza encajada en la apertura del canal de parto y venir de pies, presentando primero un codo, un brazo, sentado, etc. Estas situaciones

son muy peligrosas y el bebé puede asfixiarse en pocos minutos si el cordón queda aprisionado (Gawande, 2006).

Muchas otras complicaciones y dificultades que las mujeres pueden vivir durante un parto no están dadas directamente por la naturaleza y características fisiológicas del nacimiento en nuestra especie, sino que se relacionan, en mayor medida, con cuestiones de orden biográfico, social, étnico o de género. Y, por supuesto a cuestiones que competen a la biografía individual de cada mujer que se hace madre. Una mujer que desconoce el funcionamiento, las reacciones y los ciclos de su cuerpo, que está desconectada de su experiencia sensorial, de su vivencia emocional, probablemente presente con más probabilidades complicaciones en el parto, dificultades para dilatarse, dolores, ansiedad, etc.¹³ Al contrario, una mujer que experimente su sexualidad plenamente, que conozca “la música y las mareas” de su cuerpo, que no tenga miedo del parto ni de la maternidad que se le viene, y que se sienta fuerte y capaz de parir por sí misma un hijo, probablemente pueda tener partos más rápidos y fáciles.

Sin duda, cada parto y cada nacimiento es siempre una experiencia única y singular, al mismo tiempo que es una experiencia íntimamente compartida por la madre y su bebé. Las condiciones individuales y sociales en que este evento ocurra darán forma a la experiencia. El parto y el nacimiento como un sólo evento, es una interacción cuerpo a cuerpo entre la mujer que se reproduce, y su propia reproducción. Es la interacción entre dos seres que realizan un acto radical: la separación del *bebino* y la madre.

Nuestra reproducción ocurre en cuerpos que están biológicamente preparados para que, en la gran mayoría de los casos, el parto pueda completarse por sí mismo sin complicaciones. Las consecuencias de los rasgos notorios del proceso evolutivo – que suponen una especie de paradoja: “se estarían fijando por selección natural unas

¹³ Se ha visto en la clínica que las mujeres con historias de abuso o trastornos sexuales presentan mayormente dificultades y complicaciones en el parto y, por otro lado, también se ha visto que en determinadas condiciones, la experiencia del parto puede llegar a ser una fuente potente de *empoderamiento* y desarrollo de recursos personales que servirán, justamente, para sanar traumas sexuales.

características que parecerían impedir partos saludables” (Cela y Ayala, 2003: 182)– no implican que la naturaleza del parto humano deje de garantizar que después de 37 a 42 semanas de gestación, la madre humana pueda estar muy bien preparada para parir, así como el feto para nacer, y que ambos puedan llegar a establecer un vínculo que garantice la sobrevivencia de la especie (Lagarde Lozano, 2001).

Es necesario establecer entonces que, a pesar de que un embarazo y un parto son procesos que involucran necesariamente cierto nivel de riesgo, corresponden también a un proceso “normal”¹⁴, o, mejor dicho, un proceso para el cual la fisiología del cuerpo de las mujeres cuenta con todos los mecanismos, respuestas y capacidades necesarias para que el nacimiento de sus hijos ocurra exitosamente en condiciones adecuadas; es decir, en las determinadas y particulares condiciones de salud, apoyo y cuidado que cada mujer gestante requiera tener para poder asegurar su proceso.

La experiencia individual de gestar y parir, si bien enraizada en lo biológico y lo psíquico está enmarcada también por los valores, prescripciones, restricciones y acontecimientos del ámbito sociocultural en el que se da dicha experiencia (González de Chávez, 1999). En este sentido, la situación individual de cada mujer está influenciada por determinantes sociales, culturales, sexuales, psíquicas, biográficas, etc. y, por lo tanto, la sola biomecánica del parto no será suficiente argumento para determinar el éxito de un parto y de un nacimiento. Ni tampoco la sola destreza de quien la asista en ese momento. Si consideramos que la salud sexual y reproductiva de las mujeres es una condicionante esencial para enfrentar las transformaciones de

¹⁴ La idea de “normalidad” que se utiliza para caracterizar el proceso del parto busca enfatizar el hecho de que el dar a luz a un bebé es algo para lo que, en términos generales, el cuerpo de las mujeres está completamente preparado. No obstante, no es un término estrictamente correcto, ya que el parto o el estado de gravidez no se pueden considerar como estados fisiológicos “normales”. Como analogía para entender la dificultad de utilizar este calificativo al describir semejantes procesos, podemos plantear que el cuerpo humano, generalmente, se encuentra preparado para activar, desde su funcionamiento fisiológico “normal”, todos los mecanismos necesarios para combatir, por ejemplo, el virus de una gripe simple. Sin embargo, la situación de estar enfermo de gripe no se considera un estado “normal” entre los seres humanos, aunque nuestro cuerpo cuente con todas las capacidades necesarias para curarse por sí mismo en unos pocos días, y, a pesar, de que muy probablemente todos nosotros vayamos a sufrir más de una gripe a lo largo de nuestras vidas.

los procesos reproductivos y que una de las dimensiones de la naturaleza del parto se ubica en el plano de la sexualidad, las características de la atención recibida durante ese momento serán sólo uno de los factores que interese a la evolución fisiológica del proceso en el marco de la “ecología” del parto y del nacimiento.

Durante los procesos de reproducción, las mujeres experimentan profundos cambios que atraviesan toda su existencia. Desde la concepción, durante todo el embarazo, el parto y la lactancia, el cuerpo de la mujer que está creando vida experimenta una de las transformaciones más rápidas y extremas de su ciclo vital. Estas transformaciones “bio-psico-socio-culturales”¹⁵ irán acompañadas también de grandes variaciones hormonales, que darán sustrato material a un cierto *emocionar* (Maturana, 1997), que ayudará a configurar una determinada percepción del entorno. En este sentido, es que el contexto cultural también “da cuerpo” a la gestación y a la experiencia del parto en relación con la subjetividad y la biografía singular de cada mujer gestante y su entorno social.

Desde el conocimiento biomédico convencional, el parto se define “como el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales; se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo de más de 20 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gr”¹⁶ (de lo contrario se hablará de aborto). Además se establece la categoría de parto eutócico –que proviene de “eu” (bueno) y del griego “tokos” (parto)– para hacer referencia al “parto normal”, entendido como aquel “con un feto en presentación cefálica con variedad de vértice que culmina sin necesidad de

¹⁵ Recordemos que la llegada de un nuevo ser supone importantes transformaciones sociales e identitarias que son bastante concretas: una mujer se hace madre, un hombre, padre, una pareja puede transformarse en familia, habrá quienes se vuelvan hermanos, tíos o abuelos, etc. En términos psicológicos, el embarazo y la maternidad implican para la mujer que los vive una importante crisis vital y el parto representa sin duda un hito trascendental en su vida. Entendiendo que una crisis no tiene necesariamente connotaciones negativas, es que un parto puede resultar en una experiencia tremendamente *empoderadora* y de crecimiento personal para la mujer, cuando se dan las determinadas condiciones que se requiere.

¹⁶ Definición consultada el 15 de mayo de 2007 en Libros de Obstetricia: www.drscope.com/pac/gineobs/03/03_pag8.htm

utilización de maniobras especiales”¹⁷ . En este caso se describen tres etapas principales que constituyen el mecanismo del trabajo de parto: 1) encajamiento de la cabeza del “producto” en la cavidad pélvica de la madre; 2) descenso de éste al interior de la pelvis; y 3) expulsión del “producto”, y posteriormente de la placenta y de las membranas. Al respecto, el conocimiento biomédico ha dado cuenta con detalle de los mecanismos fisiológicos y bioquímicos envueltos en el proceso.

Durante el parto, el cuerpo de la mujer activa una serie de mecanismos que, desde el embarazo mismo, están comandados por una gran cantidad de hormonas las cuales inundan el torrente sanguíneo de la madre y del hijo. Núcleos cerebrales profundos se hacen dominantes y la experiencia de ambos se carga de tensión, sensación y expresión. El parto, desde el punto de vista fisiológico, es un potente proceso involuntario, que se desencadena a partir de una gran liberación hormonal y que significa un importante gasto energético. Este proceso ocurre con potencia emocional, y sin duda los factores psicológicos, sociales y culturales influyen significativamente al dar forma a la experiencia de parir; tanto por el significado que se le otorgue, como por las características psico-fisiológicas con que éste se desarrolle. El modo en que una mujer se enfrenta al parto ejerce una gran influencia en su modo de parir (Schmid, 2005), y esto, que puede parecer ser muy obvio, tiene una serie de implicancias clínicas.

Durante un parto que se desarrolla “a libre evolución”¹⁸, a partir de los mismos mecanismos de estimulación endocrina que están en la base de las sensaciones asociadas al dolor, el cuerpo de la mujer secreta una enorme cantidad de endorfinas y sustancias que influirán en el desarrollo del proceso y que también se relacionarán con aspectos del desarrollo posterior del bebé, de la madre y del vínculo que entre ambos establezcan. Entre estas sustancias, la principal será la oxitocina, responsable de la contracción de la musculatura uterina. Esta hormona no es exclusiva del trabajo de parto y del parto mismo; se le ha asociado también con la emoción del amor en

¹⁷ *Idib.*

¹⁸ Así se denomina en la práctica hospitalaria a la indicación de no intervenir el proceso “natural” de un parto “normal”.

sus distintas expresiones y con la excitación y el placer orgásmico durante las relaciones sexuales (Odent, 2006). La gran concentración bioquímica de enzimas en la sangre de la parturienta es compartida, a través de la placenta, con el bebé. Y este “cóctel de endorfinas” con el que el bebé puede inaugurar su llegada al mundo, no se repetirá de igual manera en ningún otro momento, ni se dará tampoco en el caso de que el sistema endocrino de la mujer haya sido alterado químicamente.¹⁹

Los mecanismos involuntarios del trabajo de parto y del parto mismo, que se ponen en marcha a partir de la actividad hipotalámica, involucran prácticamente a todo el sistema nervioso y músculo-esquelético de la mujer y de quien nace. Durante un parto, el funcionamiento cortical de una mujer adquiere características que escapan al funcionamiento cotidiano. Y si ésta se siente segura y tranquila, puede entrar en un estado característico de trance, durante el cual, su tránsito por el trabajo de parto y por el parto mismo puede ser muy distinto del que acostumbramos a concebir o a representarnos (Odent, 2006). Como todo estado de trance, éste requiere de características personales y ambientales particulares, que suelen no ser compatibles con los espacios de nacimiento más comunes: los hospitales. Tal vez por ello, en la actualidad, es difícil conocer más acerca de esta interesante idea.

Durante su paso a través del canal de parto, todo el cuerpo del *bebino* es estimulado vigorosamente, y durante la siguiente primera hora de vida²⁰, la interacción y estimulación que reciba el recién nacido de su entorno, influirá de manera significativa en su posterior desarrollo inmunológico, afectivo y social (Odent, 2006; Levoyer, 1983). El modo de llegar al mundo –doloroso o fácil, tranquilo o violento– determina también, y en gran medida, el cómo se mirará el mundo

¹⁹ Una de las intervenciones comunes en la práctica biomédica en la actualidad, es la inyección de oxitocina sintética para ayudar a que un parto por vía vaginal se produzca dentro de los estándares de tiempo que se estimada “más adecuado” para la seguridad del bebé y de su madre. Es interesante notar como la popularidad de esta práctica se ha extendido también entre las parteras, según lo que refirieron algunas de las parteras tradicionales o empíricas y también algunas parteras profesionales y alumnas de partería a las que entrevisté durante el trabajo de campo.

²⁰ Este período se le ha llamado como la “hora de oro”, para destacar las profundas implicancias y potencialidades que lo caracterizan.

circundante (Odent, 2002; Verny, 1988). Y precisamente por ello, muchas diferencias culturales se expresan en el modo en que se experimentan estas importantísimas y delicadas primeras horas de vida en el mundo aéreo, cuando se comienza a mirar el mundo por primera vez.

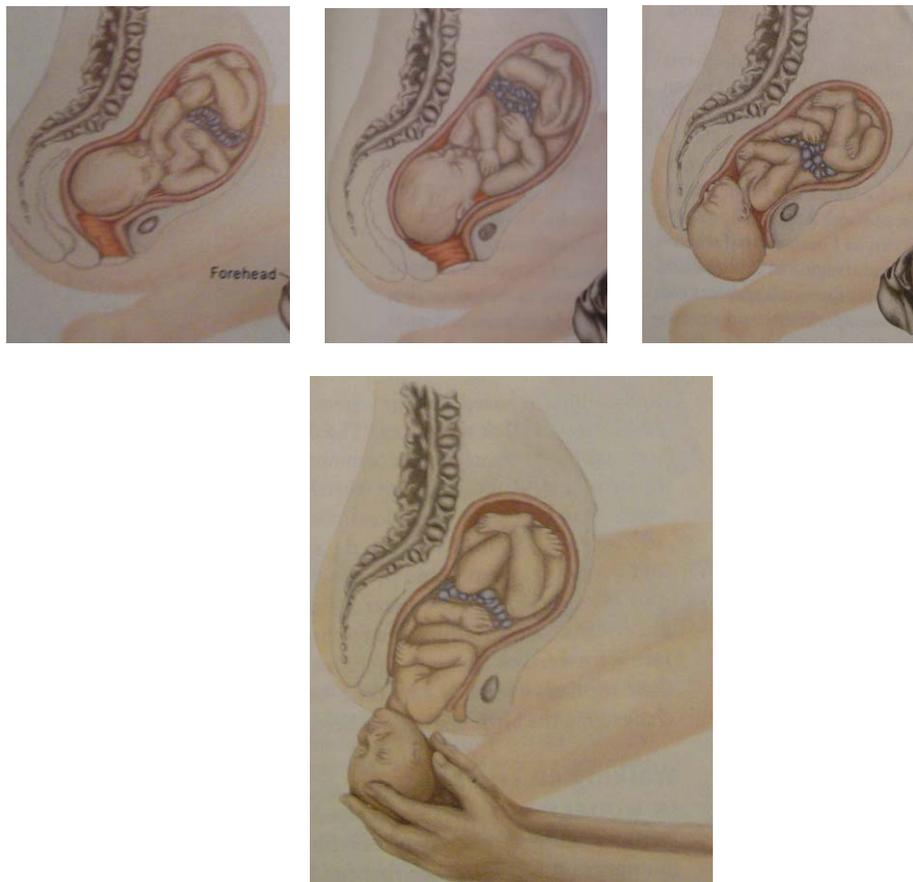
Que el parto significa un gran esfuerzo para la mujer que pare, es algo ampliamente reconocido. Pero, aunque en general la experiencia de quien nace no se toma en cuenta, sin duda, el nacer es también un esfuerzo enorme. Debido a las características ya analizadas acerca del canal de parto humano y a las dimensiones craneales y escapulares del *bebino*, éste inicia el descenso por este canal introduciendo primero su cabeza en forma transversal, mirando hacia uno de los lados de la madre (generalmente hacia el derecho, ubicando su espalda hacia el lado izquierdo). El recorrido que el feto debe hacer no sólo se complica por la estrecha correspondencia entre sus dimensiones y las de la pelvis de su madre, sino también porque el ovalado canal del parto humano no presenta una forma constante: se encuentra la mayor amplitud a la entrada del canal en un sentido transversal y a medio camino, esta orientación gira en 90 grados, ubicando el diámetro máximo del óvalo en sentido sagital. Esto significa que el bebé deberá haber librado una serie de rotaciones en forma de espiral antes de salir al mundo exterior, de modo que tanto su cabeza como sus hombros se vayan alineando y ajustando siempre a la amplitud máxima que el canal del parto le permita.

Es sobre este aparente detalle acerca de las rotaciones que deberá efectuar el *bebino* para lograr nacer, que se fundamenta la aparición de una tercera persona que asista el momento del parto, ayudando a la mujer y al recién nacido a completar su separación.

2.5 La asistencia del parto

Las angulaciones de la pelvis materna harán que durante el parto, la parte posterior de la cabeza del feto (occipital) se oriente con mayor facilidad hacia el pubis de la madre. El bebé, por tanto, nacerá mirando hacia la parte posterior del cuerpo

materno. Esta situación implica que –a diferencia de otras madres primates– las mujeres que dan a luz no podrán asistir ellas mismas a sus hijos mientras nacen. Si la madre tirara de la cabeza de su hijo mientras está naciendo para ayudarle a que sus hombros salgan, correría el serio riesgo de lesionar su espina dorsal, sus músculos y los nervios de su cuello (Campillo, 2005; Rosenberg y Trevathan, 2003). Es por esto que, a pesar de que las mujeres pueden completar por sí solas este proceso, el parto solitario de la hembra humana aparece como algo no muy frecuente.²¹



Recuadro 2: Ilustraciones de la salida de un recién nacido por el canal de parto (tomada de Rosenberg y Trevathan, 2003).

²¹ Rosenberg y Trevathan (2003) relatan en la introducción de su artículo la noticia que recorrió el mundo sobre una mujer que dio a luz sin ayuda y entre las ramas de un árbol, en el cual se refugió por más de tres días de las grandes inundaciones que asolaron el sur de Mozambique en marzo del año 2000. Esta situación, insólita en nuestro medio es, en cambio, la más común entre los demás primates.

Los hallazgos de los estudios paleoantropológicos plantean que la práctica del parto asistido sería ya muy antigua y no exclusiva de las humanas modernas. En nuestros antepasados bípedos, es posible que la ansiedad o señales de dolor ante el parto también hicieran a las hembras buscar ayuda y compañía. La partería entonces, no es sólo una práctica contemporánea, sino que existiría desde hace millones de años cuando la bipedación estrechó el canal del parto (Rosenberg y Trevathan, 2003). “Son pocas las sociedades en las que las mujeres dan a luz solas y sin ayuda. En realidad, es razonable suponer que las comadronas evolucionaron de la mano con el parto humano” (Trevathan, 1987).

La presencia de acompañantes a la hora del parto pudo aumentar el éxito del proceso del nacimiento. En algunos casos pudieron ser los compañeros sexuales de la parturienta quienes la acompañaran, u otras mujeres que hubieran experimentado ya sus propios partos, quienes se fueron volviendo más diestras a medida que fueron adquiriendo habilidades como la de voltear al feto *in utero*, ayudar a la rotación de la cabeza y los hombros, masajear el vientre materno, o administrar hierbas que ayudaran a detener el sangrado posparto (Davis-Floyd, 2000). Las ventajas, hasta de las formas más simples de asistencia, han reducido la mortalidad materna e infantil a través de la historia y la atención durante el parto puede incluso compensar las limitadas habilidades motoras del recién nacido. (Rosenberg y Trevathan, 2003).

La intervención de esta tercera persona en las conductas y decisiones maternas, abre paso a la participación de nuevos intereses en el encuentro de la mujer con su hijo, engarzándolo definitivamente a las redes de lo social (Lagarde Lozano, 2001). Odent (2002), por su parte, plantea que desde un punto de vista etnológico, es posible concluir que en todas las culturas se perturba el proceso fisiológico de gestación y nacimiento, y particularmente el primer contacto entre la madre y su bebé. Muchas veces, a estos efectos existen creencias como que el calostro es perjudicial para el bebé o que mirar a los ojos del niño puede ser causa de daño. También se interviene a través de ritualizaciones como cortar precipitadamente el cordón umbilical (antes de que éste deje de latir, como suele hacerse en la práctica hospitalaria), dar baños fríos o inmovilizar al bebé.

Una de las primera cosas que probablemente una partera o quien asista las primeras respiraciones de un recién nacido hará, será limpiarlo, explorarlo y declarar su sexo. Muchas veces, determinará la hora y las condiciones de salud con que nació. Y con estos, u otros gestos dependientes de la cultura en la que ocurra dicho nacimiento, irá inscribiendo al recién nacido en la compleja red de significaciones culturales.

La persona encargada del cuidado prenatal, de la atención del parto y del puerperio, se encuentra en una posición privilegiada para intervenir el entorno social inmediato en el que se desarrolla la gestación y el nacimiento de un nuevo ser. Ella podrá influenciar cultural, cognitiva, emocional y fisiológicamente a la mujer que gesta, y por lo tanto, al bebé en gestación. Desde esa posición, enseñará conocimientos, maniobras y valores asociados a la significación y a los cuidados del cuerpo, y podrá influir profundamente en la calidad del vínculo que el recién nacido sea capaz de establecer con sus padres y su entorno.

En este contexto, la intervención de otra persona en las decisiones de la parturienta abre a su vez la posibilidad de engarzar intereses socioculturales en un evento determinante de la socialización humana (Lagarde Lozano; 2001). La intervención entre la madre y su recién nacido ha sido, de manera constante, el modo en el que la cultura irrumpe para imponerse a los sujetos.

La asistencia del parto humano aparece así, como una respuesta de adaptación cultural a las características biológicas del nacimiento; una estrategia de sobrevivencia que estará, además, en relación directa con la reproducción social y cultural de los grupos. Dadas las características de la hominización, el parto se transformó para la mujer en un evento crítico, donde la ayuda de una tercera persona pudo hacer la diferencia entre la vida y la muerte de la madre o de su hijo.

Aquí tal vez, se encuentra en parte esa potencia de las parteras. Quien se hace cargo de atender un nacimiento, sabe que en cuestión de segundos una o dos vidas pueden perderse y, aunque la responsabilidad por la sobrevivencia se piense como una cuestión de destino o de los dioses, la partera sabe que cuenta con recursos con

los que puede ayudar a que la separación de una madre y su hijo ocurra exitosamente. Así, ella sabe que en sus manos descansa el futuro.

En una entrevista con una de las parteras profesionales de la clínica de CASA, pude recoger el relato de dos experiencias de parto que acabaron con resultados fatales. Ambas historias habían ocurrido hace algunos años, durante su formación como partera profesional y por tanto, no bajo su responsabilidad; pero sin duda estas experiencias fueron tan fuertes que una vez más volvió a llorar mientras me las contaba. “Entonces entendí que en mi profesión no sólo nos enfrentamos con la vida”, concluyó, y a pesar de estas experiencias, finalmente decidió no abandonar su profesión y se convirtió en una de las grandes promotoras del modelo de la partería. Otra de las parteras profesionales, también maestra de la escuela, refería: “yo siento que es una lucha, como te juegas con la vida... A las niñas [refiriéndose a las alumnas] les oyes decir: ¡qué miedo...!”.

Habría que superar de algún modo esos miedos para convertirse y entregarse al quehacer de asistente de partos. Ya sea desde la medicina, desde la partería tradicional o en la construcción de nuevos modelos de atención, apoyándose en la propia experiencia y en los recursos desarrollados por cada sistema de atención determinado.

CAPÍTULO 3

ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL NACIMIENTO

El parto es un evento en el que se funde el organismo y sus procesos universales con las singularidades de cada cuerpo y sus tramas psicosociales. Diferencias culturales y sociales, estados físicos y psicológicos de las mujeres que dan a luz, inscriben profundas marcas en el desarrollo del proceso de gestar y dar cuerpo a un nuevo ser humano. Las relaciones interpersonales que conforman el entorno inmediato de la madre, los contextos culturales, así como los significados o fenómenos “psicoafectivos” que impregnan los procesos fisiológicos de gestar y parir, serán factores condicionantes tanto del proceso mismo, como del desarrollo posterior de todo individuo.

Considerando la potencia de la experiencia concreta del parto y del nacimiento, y considerando que la influencia social y cultural sobre el recién nacido existe ya desde su concepción y durante toda su vida intrauterina, podemos redimensionar la relevancia de las características y potencialidades que los distintos esquemas de atención y cuidado de la gestación, el parto y el nacimiento pueden representar para el desarrollo biopsicosocial de los individuos y de los grupos. Y así, reconsiderar su relevancia para el devenir humano en general.

El drástico cambio de hábitat que tras el parto ubica al recién nacido definitivamente en su grupo (Cyrulnik, 2005), transforma la relación hasta entonces establecida con el mundo físico y social, y da inicio a la vida en sociedad. El recién nacido se inscribe en un entramado colectivo que le asigna un nombre y una filiación,

un sexo que lo condiciona genéricamente o una nacionalidad, entre otros elementos en los que se anclarán sus más profundas raíces de identidad. En este proceso, las personas que orienten, cuiden y atiendan el embarazo y el parto, desempeñarán un rol importante en la ordenación simbólica del mundo y del entorno social al que llegue este nuevo ser.

Para muchas mujeres, es en el momento del parto cuando pasan a ser aquello que da sentido a su existencia femenina. Para otras, la maternidad quizá no sea su único o más importante referente identitario, pero igualmente, ella dejará profundas huellas en la vida de las mujeres, incluso en la de aquellas que no tienen o no tuvieron hijos. Para las mujeres que hoy en día sí atraviesan por un embarazo, será con el modelo y la exigencia de la buena madre con el que se enfrenten a aquello que se constituirá en uno de los más importantes hitos de su vida: el parto.

Sin embargo, en nuestro medio, muchas veces este evento, más que como el acontecimiento trascendental del que una mujer es la protagonista, se representa o significa fundamentalmente como el nacimiento y la llegada de una nueva criatura al mundo. También este evento aparece más como una gran responsabilidad del cuerpo médico y su necesario despliegue de recursos, que como el gran esfuerzo que la propia madre y su hijo deben realizar. En este momento trascendental para la vida de la mujer que se hace madre, durante este hito en su historia personal, muchas veces no figura ella como la principal protagonista del evento. Como un ejemplo de este tipo de representaciones expongo en anexo la fotografía y un comentario sobre la publicidad de un hospital privado con servicio de maternidad en el Estado de México.

También en nuestro medio, una gran cantidad de mujeres saldrán del hospital o de la clínica después de una experiencia bastante poco acogedora y agradable, y se encontrarán a sí mismas como las (casi) únicas responsables, nada menos, que de la vida y el porvenir de otro ser humano; lo que no deja de ser una enorme responsabilidad. A esta situación se pueden sumar molestias físicas (muchas veces producto de las mismas intervenciones médicas), inestabilidad en las relaciones familiares y afectivas y otra serie de condicionantes que pueden estar en la base de

la experiencia concreta y subjetiva de hacerse madre. En ese sentido, esta experiencia puede distanciarse mucho de ese “ideal maternal” con el que se enseña a vivir a las niñas desde la aparición de las muñecas en la vida cotidiana de las familias.

Por otra parte, la experiencia de nacer puede ser también vivida y significada de maneras muy diversas por quienes se encarguen de asistir los primeros momentos de nuestra vida en este mundo aéreo. Quien nace, experimenta el mundo que lo acoge de maneras muy distintas según se trate de un parto atendido en un hospital –muy iluminado, con un médico con guantes y mascarilla, con los sonidos propios del mundo intrahospitalario– o si se trata, por ejemplo, de una partera que recibe directamente en sus manos al *bebino* que nace en la que será su propia casa. Nacer en el agua o en una silla de partos, de forma “natural” o con anestesia epidural, en una cesárea de emergencia, en una electiva, en el campo, con la presencia del padre, en un ambiente violento, con una madre doliente y asustada, con una que revive un trauma o con la que goza su parto liberando oxitocina por todo el torrente sanguíneo, son todas formas muy distintas de experimentar por primera vez en la vida el mundo y el cuerpo en esta dimensión.

Así, conocer parte de la enorme diversidad de prácticas, creencias y modelos explicativos que se observan en torno al parto y al nacimiento de las personas, permite pensar de otro modo las responsabilidades personales y profesionales de cualquiera que se encargue de asistir este paso a través del umbral hacia la vida.

3.1 Antropología del nacimiento

“El interés de la antropología médica por el proceso del embarazo, parto y puerperio se vincula de modo directo con el interés mayor de la antropología –y de otras ciencias– en el análisis de la reproducción social” (Mellado *et al.*, 1989: 12). Como parte de la regulación de los comportamientos sexuales, el estudio antropológico de la gestación, el parto y el nacimiento de un nuevo ser, constituye un poderoso medio para el análisis de procesos sociales y culturales más amplios.

Contribuye a avanzar en la comprensión de las relaciones entre lo biológico y lo sociocultural, así como sobre las dinámicas sociopolíticas e ideológicas de una sociedad (Sadler, 2004). Las prácticas de parto, apuntan a los valores nucleares de cada cultura y su observación dice mucho sobre la manera en que las culturas ven el mundo, y sobre el lugar que en él ocupan las mujeres (Davis-Floyd, 2000).

Las formas de vida introducidas por la modernidad, y claramente acentuadas por la globalización, han modificado las modalidades tradicionales del orden social (Salas, 2002 b). Así también, las formas tradicionales en que los nacimientos eran atendidos por las parteras o comadronas están desapareciendo rápidamente¹ (Mellado *et al.*, 1989). En nuestra sociedad, la industrialización de las actividades productivas, como las agrícolas o ganaderas, alcanzó paralelamente también a la atención de los partos, como sugiere Odent con la idea de la “industrialización del nacimiento”. Ambos fenómenos, desarrollados especialmente durante el siglo pasado y bajo la misma premisa de control y “dominio de la naturaleza” (Odent, 2002: 28).

Aunque los estudios de la antropología general han considerado desde sus inicios los aspectos sociales y culturales de la reproducción humana, el interés particular sobre los procesos reproductivos mismos, como el embarazo y parto, es un poco más reciente, pero sin duda no es algo nuevo. Browner y Sargent (1990, cit. por Blázquez, 2005) citan el trabajo de Margaret Mead y Niles Newton, en 1967, como el inicio de las etnografías y de la comparación intercultural de los sistemas de atención al embarazo, parto y puerperio.

Generalmente este tipo de etnografías se ha centrado en la fase del parto, sin que por ello deban dejar de entenderse en continuidad con las demás fases del proceso reproductivo, en tanto que las relaciones y conceptualizaciones que se dan son transversales a todas las fases del proceso.

¹ “Desde el momento mismo de la conquista española, la intervención institucional (médica, religiosa y, en general, gubernamental) ha producido intensas modificaciones en la configuración del perfil de los terapeutas, en los cuadros de morbilidad (tanto a nivel de la ocurrencia real de las enfermedades como de las clasificaciones de ellas) y en los recursos terapéuticos empleados”, dicen Carlos Zolla y sus colaboradores (1988: 13) refiriéndose a la aculturación médica en el campo mexicano.

En una revisión de los estudios antropológicos sobre este tema, María Isabel Blázquez identifica en la década de los setenta una antropología del parto, en la que ubica, al menos, una veintena de publicaciones. Éstas ponen en evidencia como los procesos biológicos de la reproducción, universales en su ocurrencia y en cuanto a la fisiología femenina, se modelan culturalmente y se dan de maneras diferentes en cada sociedad y en los distintos grupos culturales.

En este primer grupo de estudios a los que hace referencia, es interesante destacar el de Brigitte Jordan en 1977 (reeditado en 1993 en colaboración con Robbie Davis-Floyd), quien realizó una comparación entre las prácticas asociadas a la atención del parto en la Península de Yucatán, en Holanda, Suecia y los Estados Unidos. Este estudio dio cuenta de una gran variación en la definición, el lugar, las personas que están presentes y los artefactos utilizados durante el proceso del parto. Aún un poco antes de este famoso estudio, es posible ubicar otro, realizado también en México, por Carol McClain (1975) sobre percepciones y prácticas de etno-obstetricia en una comunidad de Jalisco. Ya ese estudio comparaba el uso de los servicios de parteras tradicionales y de servicios médicos hospitalarios, y describía una marcada tendencia al cambio de la atención tradicional por la atención obstétrica, aunque observa como la utilización de estos dos sistemas de cuidado y atención no se daba de forma pura o exclusiva.

Ya para la década de los 80, Blázquez identifica otras tantas etnografías que se dirigen también a la atención obstétrica, donde se incluye el estudio del incremento de la medicalización en la atención del embarazo y el parto en las sociedades industrializadas. Después de las primeras investigaciones se comenzó a producir más estudios y etnografías dirigidas a todos los aspectos del proceso reproductivo, y surgió un especial interés por las técnicas de reproducción asistida, como la fertilización *in vitro*, la inseminación artificial, la maternidad sustitutiva y las modernas tecnologías de diagnóstico como la amniocentesis o el ultrasonido.² Estos temas resultan

² El ultrasonido (ecografía) y la amniocentesis (extracción de líquido amniótico mediante una aguja y jeringa para el análisis de células fetales) permiten diagnosticar defectos congénitos antes del nacimiento y determinar el sexo del ser en formación. Esta última práctica, junto al aborto selectivo para asegurar que el primer hijo sea varón, está alterando la relación de la

especialmente interesantes por cuanto suponen una modificación de la concepción general de la reproducción y plantean dilemas éticos importantes. De ellos surgen nuevas preguntas acerca de la manera de pensar a las mujeres y su rol en este proceso, acerca de los derechos parentales, del derecho de la mujeres a controlar su propio cuerpo y de cómo replantearse las leyes en materia de reproducción y, en general, a cerca del parentesco (Davis Floyd, 2000).

El análisis de María Isabel Blázquez proporciona una mirada interesante a lo que hasta el momento se viene haciendo en la antropología de la reproducción, en cuanto identifica “cuales son los puntos de ruptura y de inquietud que aparecen en la forma en que es entendido el embarazo, parto y puerperio” (Blázquez, 2005: 4). A partir de allí, establece cuatro temas problemáticos en torno a los que realiza su análisis: 1) la naturaleza social del proceso reproductivo, 2) el control de este proceso, 3) la conceptualización dicotómica que de él se hace, y 4) la construcción de género que le atraviesa. Todos estos temas están íntimamente conectados e interrelacionados, de modo que deben ser comprendidos desde su conjunto.

En todas las culturas, el nacimiento es un rito de pasaje que corporiza sus más profundas creencias, transmitidas y reafirmadas durante ese crítico momento de transición (Davis-Floyd, 2000). En la mayoría de las sociedades el nacimiento es considerado como uno de los ritos de pasaje más importantes de la vida humana. “... el primer ‘paso material’ que todo ser humano debe sufrir para convertirse en tal cosa es el paso a través del orificio materno”, dice el diccionario de etnología y antropología (Bonte e Izard, 1996: 518).

Se establecen entonces, en cada cultura, distintas formas que marcarán las etapas de este rito de paso, tanto para el recién nacido como para la madre.³ En un

población masculina:femenina en algunas provincias de la India (Millar, 1987, cit. por Davis-Floyd, 2000).

³ El concepto de rito de pasaje se utiliza, sobretodo, en la antropología de orientación simbólica. Se refiere a las formas en las que los seres humanos indican la transformación de un estatus social al siguiente (Gennep, 1960, cit. por Lindholm, 2000). En el caso del parto y nacimiento: una mujer se vuelve madre y un nuevo ser se incorpora al grupo. Los ritos de paso se analizan a partir de su estructuración en tres etapas: separación, liminalidad o margen, e incorporación.

análisis de la cultura del nacimiento en los Estados Unidos de Norteamérica, Robbie Davis Floyd (2003) hace un análisis de la atención obstétrica desde esta perspectiva. Establece así, cómo esta forma de atención lleva a que las mujeres asuman los dictámenes sociales y las demandas institucionales, interiorizando sus valores culturales, al mismo tiempo que inicia la socialización del recién nacido para que haga lo mismo (Davis Floyd, 1994, cit. por Blázquez, 2005). Desde aquí se observa ya la naturaleza social –y no meramente biológica– del fenómeno de la reproducción humana.

Respecto a esta naturaleza social de la reproducción, diversos autores refieren cómo ella está determinada por diferentes condiciones políticas, materiales y socioculturales que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción desde la que se adjudican distintos significados a sus elementos, como son el embarazo, parto, puerperio o lactancia. Sobre estas significaciones se producen también determinadas ideologías sobre la maternidad y paternidad (Blázquez, 2005), las que a su vez influirán de manera general en los procesos y decisiones reproductivas de los grupos.

Aunque normalmente parezca que desde el sector salud la importancia se centra en el componente biológico de la reproducción, su interés puede ser explicado por la interrelación que tiene con la reproducción social o sistémica y con la reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir, que la importancia de los aspectos biológicos está dada también por el interés en asegurar que se perpetúe la fuerza de trabajo, procurando que los individuos que se reproduzcan, lo hagan en condiciones óptimas, que permitan introducir a los nuevos sujetos en una determinada dinámica social. Desde esta visión es posible comprender la centralidad de la reproducción en cualquier sociedad y el interés que existe por su control (*ibid.*).

Al comprender que la perpetuación social está en juego a través de cualquiera de los componentes del proceso reproductivo, se explica la utilidad del control ejercido sobre él, por parte de las instancias que detentan el poder. Se ha señalado que el inicio de este control se da ya desde el momento de la fertilidad y la fecundación hasta la crianza, y que éste control recae particularmente en el cuerpo de las mujeres.

Aunque también los hombres forman parte esencial en este proceso, comúnmente se asume que son exclusivamente las mujeres las reproductoras. Sin embargo, los procesos que ocurren en sus cuerpos dejan de ser un asunto suyo, privado e íntimo, para volverse un asunto público y controlado externamente.⁴ Además, este control se ejerce también sobre el recién nacido, pues comúnmente no son los padres quienes deciden cuando pueden estar con sus hijos después de un parto, ni cuáles son las intervenciones más adecuadas que éste debe recibir durante sus primeras horas de vida (Narotzky, 1995, cit. por Blázquez, 2005).

En relación con las conceptualizaciones que comprenden el proceso reproductivo, es interesante mencionar cómo en los discursos de los distintos agentes involucrados (instituciones sanitarias, usuarias y sociedad en general) se expresan visiones muy dicotómicas, las que muchas veces dificultan ver como estas conceptualizaciones coexisten conjuntamente, se interrelacionan y mantienen entre sí.

Las dos primeras conceptualizaciones [del análisis de María Isabel Blázquez] estarían en oposición, puesto que suponen entender el embarazo, parto y puerperio como un proceso fisiológico o patológico; esta disyuntiva es la que mantiene la atención sanitaria al intentar no patologizar este proceso y tratarlo como un proceso fisiológico, pero intentando controlarlo para que no exista ningún riesgo. La otra conceptualización surge también de otra dicotomía, entre producción y reproducción, enfatizando que la reproducción es un acto productivo, aunque lo que se produzca son personas. Esta visión productiva se percibe a través de la forma en que se organiza la atención sanitaria.

Además de superar estas dicotomías, habría que cuestionar otras que se derivan de ellas y aparecen en este proceso como naturaleza y cultura, biología y sociocultural, salud y enfermedad, representaciones de lo que es ser mujer y hombre, y que no nos ayudan a visibilizar las contradicciones y problemáticas que se establecen dentro de este proceso (Blázquez, 2005: 8).

Estas conceptualizaciones dicotómicas y sus consecuencias se pueden observar en la caracterización de los distintos sistemas de salud, desde donde se construyen determinados modelos de atención al embarazo, parto y puerperio.

⁴ Al respecto es interesante notar como comúnmente una mujer embarazada recibe consejos, recomendaciones y advertencias de muchas personas durante su embarazo, las que a veces ni siquiera son muy cercanas a ella. Es fácil encontrar relatos de mujeres embarazadas que refieren como “todo el mundo quiere tocarte la panza y te advierten de lo que no hay que hacer porque le puede hacer daño al bebé”.

En tanto que la organización social de los comportamientos reproductivos refleja valores nucleares y principios estructurales, su estudio puede dar cuenta del sistema de género que organiza una sociedad. En este sentido, se afirma que las construcciones de género atraviesan la comprensión y definición de los procesos reproductivos, aunque esto muchas veces no sea evidente.

Así, las representaciones del embarazo, los modelos de atención al parto, los aspectos atendidos en el puerperio, los modelos de maternidad y paternidad, no sólo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho y que construyen y mantienen un sistema de género (Blázquez, 2005:13)

Desde aquí es posible comprender entonces, con mayor claridad, la necesidad de una visión amplia, que permita poner en relación los distintos aspectos y procesos que definen el complejo fenómeno de la reproducción humana y el papel que en él desempeñan los distintos agentes sociales e institucionales.

3.2 Sistemas de atención al embarazo y parto

La antropología médica se comprende como esa rama de la antropología que tiene como eje central el problema de la salud. Esta área del quehacer antropológico tiene además “el propósito de mejorar la atención terapéutica en las clínicas o en programas de salud pública para la prevención y control de enfermedades” (Brown *et al.*, 2000: 61). Representa una de las áreas donde es posible, y muchas veces útil y necesario, desarrollar una antropología aplicada, para resolver situaciones concretas de salud.⁵ Además, el conocimiento antropológico desarrollado sobre estas materias también puede ser utilizado o aplicado por otros clínicos y agentes de salud y trabajo social.

Para una persona, un problema de salud corresponde a aquello que es percibido subjetivamente como una amenaza para su salud, se diferencia de los

⁵ Establecer, por ejemplo, la relevancia y la pertinencia de determinados contextos, procedimientos e interacciones en la atención de salud en el contexto de intercultural, o considerar el potencial simbólico de una determinada situación de intervención.

conceptos de enfermedad o padecimiento, porque éstos corresponden a construcciones posteriores que se harán sobre esta primera distinción. Un problema de salud, entonces, se presenta en una persona cuando ésta percibe y hace consciente algo distinto a lo acostumbrado, lo que puede ir siendo interpretando como un padecimiento si el problema persiste, y éste, a su vez, puede llegar a ser diagnosticado como una enfermedad en caso de que se consulte y así se defina por alguna autoridad en la materia. Estas distinciones son importantes para el abordaje del tema de la atención del parto, pues, aunque éste no sea considerado como una patología, el embarazo y el parto son procesos que comprometen profundamente la salud, tanto de la madre como de su hijo.⁶

Desde la antropología médica se ha establecido como la cultura influye de manera muy importante en la construcción de los problemas de salud y los padecimientos. Puesto que no existen enfermedades en sí mismas, si no enfermos que construyen su padecer, es a partir de los referentes culturales como se construyen los distintos padecimientos y enfermedades, y desde allí también se guían las acciones a seguir. La sociedad ofrece las alternativas para sentir y vivir un problema de salud, un padecimiento o una enfermedad determinada, y esto se verá modulado y diferenciado según la cultura de que se trate. Un mismo conjunto de síntomas puede vivirse, según el contexto, como un castigo, como un “llamado”, una revelación sobrenatural o como el contagio de un virus, por ejemplo. La persona que vive un problema de salud, en la medida en que lo interpreta, va creando su padecimiento y va dirigiendo sus acciones y decisiones en función de la búsqueda de alivio, de su atención o de algún tratamiento. Esto es la trayectoria del paciente durante el proceso salud-enfermedad-atención.

Este proceso, que es un evento universal, cotidiano, cuyo significado se va interiorizando desde que el sujeto nace hasta que muere, “se vive simultáneamente de dos maneras: individual/objetiva y colectiva/simbólica. Un enfermo vive y siente su

⁶ Estas y otras ideas fueron tomadas del Seminario de Antropología de la Salud, dictado por el Dr. Luis Vargas, en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, durante el semestre académico 2006-1.

enfermedad, pero el significado que dicho padecimiento tiene para él estará mediado por la respuesta que recibe de su entorno ante su condición de enfermo” (Freyermuth, 1999: 38). En una misma familia el significado que tiene la enfermedad no es el mismo para todos sus miembros. La misma enfermedad adquiere significados distintos si se trata de una única hija pequeña, del “padre de familia”, de la madre, de una abuela o del hijo mayor, por ejemplo.

Las enfermedades crean representaciones en los individuos y la sociedad elabora y orienta esas representaciones y las prácticas que dichas representaciones generan. “Estas representaciones y prácticas tienen un desarrollo histórico y social, por lo tanto la significación del proceso salud-enfermedad-atención será diferencial dependiendo del contexto del que se trate y de la variedad de alternativas sociales que se hayan generado en torno a este proceso” (Freyermuth, 1994). Dentro de la variedad de alternativas que se genera para la atención en salud, específicamente para la atención del parto, se puede dar cuenta también de una enorme diversidad.

Un sistema de atención puede definirse como una construcción cultural que involucra el conjunto de creencias, conocimientos, prácticas y conductas que lleva a cabo un grupo para afrontar sus problemas de salud individuales o colectivos. Eduardo Menéndez (1992:101) entiende por modelos médicos “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen [...] no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”. Se distinguen básicamente tres clasificaciones para ubicar los distintos sistemas y modelos de atención en salud: el modelo de autoatención, el modelo hegemónico y el modelo alternativo subordinado, donde se incluyen los modelos tradicionales (indígenas, rurales, populares) de atención en salud. Todos estos modelos se consideran dinámicos y en proceso de transformación.

El modelo de autoatención se comprende como aquel primer nivel de cuidado de un problema de salud, corresponde a la disposición de acciones aplicadas o utilizadas en el contexto doméstico, por la propia persona o por personas inmediatas a su grupo parental o comunal, donde no actúa directamente un curador profesional

(Menéndez, 1992). Aquí es importante resaltar también algunas connotaciones de género, puesto que culturalmente la responsabilidad por el cuidado de los demás, se ha definido como un quehacer femenino. Son las mujeres las que dan la mayor asistencia sanitaria, puesto que esta se entiende como otra esfera de las actividades reproductivas (Luengas, 1994). En el ámbito doméstico son las mujeres las encargadas de la nutrición de los hijos, primero amamantándolos y luego, por extensión, encargándose también de la alimentación de todos los demás miembros de la familia. Suelen ser las mujeres las encargadas de proporcionar los primeros cuidados para la curación de heridas, rodillas raspadas, gripes, trastornos digestivos, fiebres y hasta estados de ánimo lábiles. Para ello, cuentan con recetas caseras y secretos heredados comúnmente también de otras mujeres.

La segunda clasificación para los sistemas de atención, corresponde al modelo hegemónico de salud. Éste es el modelo académico científico o biomédico. Un modelo biologicista, cargado de positivismo y muy pragmático. La biomedicina es una tradición de métodos de diagnóstico científicos, de orientación biológica. “Una tradición relativamente reciente, tecnológicamente evolucionada y que muchas veces tiene gran éxito en las curaciones” (Brown y Hatfield, 2000: 474). El modelo hegemónico corresponde entonces al sistema desarrollado en occidente desde la Ilustración, que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre mente y cuerpo y entender las enfermedades como entidades definidas, producidas por causas únicas (Cormelles y Martínez, cit. por Sadler, 2004). Esta práctica médica moderna o alopática se caracteriza por presentar además los siguientes rasgos estructurales:

[...] ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica [...], profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador [...], tendencia inductora al consumismo médico, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a escindir la práctica de la investigación (Menéndez, 1992).

El sistema médico científico es internacional, cosmopolita y dominante, sin embargo no está separado de la cultura y en cada país, en cada lugar, presenta sus propias especificaciones.

Eduardo Menéndez (1992) plantea que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica, y aunque el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, en la práctica social éstos son apropiados o transformados constituyéndose en derivados conflictivos y/o complementarios del modelo hegemónico. La hegemonía ideológica y teórica del modelo biomédico no supone un dominio masivo, y así, una parte importante de la población continúa y continuará usando las prácticas tradicionales, a la vez que se van fundando nuevas formas de entender y practicar los cuidados de salud. La hegemonía del poder biomédico tiende a excluir a otros curadores y a otras formas de administrar el cuidado del cuerpo y la salud, sin embargo, no elimina otras formas de curación (Menéndez, 1981).

Por último, entonces, los sistemas alternativos de atención en salud, son justamente alternativas a este modelo de salud hegemónico que se administra desde el Estado de manera oficial. El modelo médico alternativo subordinado integra prácticas reconocidas como “tradicionales”, pero también otras prácticas derivadas o emergentes del modelo médico hegemónico y prácticas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del modelo “occidental” (Menéndez, 1992). En este modelo se agrupan prácticas con rasgos no homogeneizables, pero que comparten el hecho de constituir alternativas estigmatizadas por el modelo médico hegemónico y subordinadas ideológicamente. Los caracteres básicos de este modelo propuestos por Eduardo Menéndez (1992: 103) son:

[...] concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre al eficacia simbólica y sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización.

Algunas prácticas incluidas dentro del modelo alternativo no integran la totalidad de estas características estructurales; los rasgos idénticos o similares a los reconocidos para el modelo médico hegemónico operan, sin embargo, integrados con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta incompatibles respecto del modelo hegemónico (Menéndez, 1992).

En el caso de la atención de los partos, la variedad de ofertas de sistemas alternativos de atención es muy amplia y no necesariamente menos sofisticada que la biomédica. En general, las diferencias en estos modelos tendrán que ver con las formas de preparación del parto durante, y a veces antes, del embarazo, así como con las prácticas y recursos utilizados para atender el parto y para llevar a cabo el cuidado neonatal y del puerperio. Las posibilidades alternativas incluyen los partos en agua y la atención domiciliaria a cargo de terapeutas o curadores que no comparten el modelo hegemónico de atención al parto y nacimiento, el uso de herbolaria, homeopatía, aromaterapia, técnicas de masaje, etc. Y, por su puesto, en este grupo se encuentran también los sistemas tradicionales indígenas o populares de atención al parto, a cargo de parteras tradicionales o empíricas. Específicamente la caracterización de esta última alternativa se desarrolla en el capítulo siguiente.

Se ha propuesto que la antropología médica se de a la tarea de conocer las diversas creencia y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad identificándolas según la siguiente clasificación: beneficiosas (elementos valiosos para salud en el ambiente local), inofensivas (prácticas que no ejercen un efecto evidente en la salud), perjudiciales (procedimientos que ejercen efectos nocivos) y neutras o inciertas (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosos o perjudiciales); tarea sin duda muy difícil, ya que los criterios empleados para dicho análisis pueden ser subjetivos y adolecer de ciertos prejuicios (Cominsky, 1992). Para evaluar un sistema de atención al parto y nacimiento no deberían, en primer lugar, utilizarse sólo indicadores, criterios y expectativas derivadas del esquema biomédico, como en efecto suele ocurrir, en tanto que es desde este modelo de atención en salud –y su posición hegemónica– que se definen los estándares de calidad en salud.

Los criterios de evaluación de la atención pueden diferir en función de si son considerados factores relacionados con la salud de la madre, del bebé por nacer, o de la persona a cargo de la atención. En el modelo biomédico, por ejemplo, generalmente es el médico quien tiene la centralidad en cuanto al desarrollo del proceso, lo que se observa, en el hecho de disponer que la mujer se ubique en posición de litotomía (acostada sobre su espalda, con los pies despegados del suelo), posición que es muy cómoda para que el médico que atiende el parto, pero muy incómoda para la mujer que debe pujar para ayudar a salir a su bebé (irónicamente se ha mencionado que la única otra posición que podría ser más incómoda que ésta, es la de estar colgada por los pies). Por otro lado, en el modelo tradicional de partería en Chiapas, Graciela Freyermuth (s/f) describe como las parteras respetan la intimidad, pudor y privacidad de la parturienta al punto de que jamás ven ni exploran los genitales de las mujeres que atienden, lo que puede llegar a ser, por otro lado, una desventaja para la detección de complicaciones.

Es importante considerar desde una perspectiva cultural, que cada modelo de atención del parto apunta a la producción de una idea de mundo en particular, esto es la reproducción social y cultural. Cualquier modelo de atención del parto representa entonces, no sólo el necesario manejo o consideración de los aspectos fisiológicos o somáticos que influyen en el proceso, sino que también representan la producción de una idea de mundo y la proyección de un tipo de sociedad en particular. La enorme variedad de formas de atender un parto, también da cuenta de la gran variedad de mundos en los que es posible nacer.

3.3 La medicalización del parto y nacimiento

En la mayoría de las sociedades occidentales, a mediados del siglo pasado, la atención del embarazo, parto y del puerperio deja de ser atendido por parteras y comadronas, sin formación médica que trabajaban fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital, como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, naturalizado, donde [sic] ya no es un fenómeno social compartido por la mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario –principalmente los/as ginecólogos/as– quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se

privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización (Sadler, 2003; cit. por Blázquez, 2005:5).

“Hasta el siglo XVIII, el parto era principalmente competencia de mujeres” (Rich, 1996: 203). A partir de entonces, la medicina científica y oficial se fue apropiando de la práctica de la atención al embarazo y al nacimiento, empezando a tratar estos procesos como fenómenos médicos, patológicos y declarando la ilegalidad de la práctica de parteras empíricas; así, en muchos de los países capitalistas desarrollados se llegó a su medicalización (Carrillo, 1988).

La historia de cómo la atención del parto ha llegado a ser una industria de la biomedicina moderna es relativamente reciente, compleja y muy difícil de resumir. Ésta, por otro lado, es la misma historia de cómo gracias al desarrollo de la obstetricia moderna se logró transformar radicalmente y en muy poco tiempo las negras cifras de la mortalidad materna y de muerte neonatal en muchos lugares. En este proceso, a través del cual se fue haciendo del parto un evento médico, no sólo ha influido profundamente el desarrollo de las tecnologías biomédicas, sino que también es importante la consideración de cuestiones económicas, históricas, intereses políticos, poblacionales, de género, etc.

Contada desde distintas perspectivas, la historia de la medicalización del parto nos lleva a logros y resultados diversos, pero de mucha relevancia; no necesariamente contradictorios, pero que sin duda son expresión de la complejidad propia del proceso reproductivo.

Sin embargo, el objetivo aquí es poner en relación la práctica de la obstetricia moderna y la de la partería tradicional, por lo tanto, baste ocuparse por ahora de caracterizar este proceso, sobretodo, desde el punto de vista de las prácticas del “paradigma tecnocrático” de la atención del parto, como la ha denominado Robbie Davis-Floyd (2004).

El desarrollo de tecnologías para ayudar a que una mujer complete su parto exitosamente es tan antiguo como la práctica de la asistencia al parto. Y muchos de los recursos más característicos del modelo de atención biomédico han sido desarrollados desde hace siglos. Sin embargo, tanto la obstetricia como la

neonatología desarrolladas como especialidades médicas, son bastante recientes y su impacto en la salud de las poblaciones ha sido enorme.

Atul Gawande señala que a mediados de los treinta del siglo pasado, parir se había convertido en un evento muy peligroso: una, entre cientociencia embarazadas, terminaría muerta.⁷ Frente a esta situación se esgrimió entonces la falta de competencia de quienes atendían los partos, y entre los mismos médicos (excluyendo de este diálogo a las parteras o comadronas) comenzaron a establecerse normas para su atención con el objetivo de evitar la mala *praxis*. El establecimiento de estos estándares contribuyó a reducir el número de muertes maternas. Luego, junto con el descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos, el riesgo de muerte para las mujeres durante el parto descendió significativamente hasta que en los cincuenta, esta cifra se calculaba en una de cada dos mil mujeres embarazadas. Entre los recién nacidos, sin embargo, la mortalidad continuaba muy alta y se calculaba una muerte neonatal por cada treinta partos (Gawande, 2006).

El desarrollo de la obstetricia moderna y de la neonatología ha hecho del parto y del nacimiento un evento que cada día es más seguro para la sobrevivencia de la madre y de su hijo. Los resultados de este desarrollo han permitido asegurar también la vida de mujeres que en la actualidad se enfrentan a la reproducción con mucha mayor frecuencia en estados de salud poco favorables para un embarazo, como la obesidad o la vida sedentaria, por ejemplo. También ha tenido buenos resultados con mujeres cada vez de mayor edad. En cuanto a los niños, desde que Virginia Apgar desarrollara en el segundo cuarto del siglo pasado su simple método de observación y evaluación de los recién nacido –que aún se utiliza masivamente– también los logros en cuanto a sobrevivencia de los bebés han sido sorprendentes.

⁷ Estas cifras corresponden probablemente a cálculos realizados en los Estados Unidos de Norteamérica (según refiere en el mismo párrafo para otras cifras). Pero ellas, que sin duda son muy impactantes, no necesariamente reflejan una realidad universal. De hecho, Gawanda refiere en el mismo artículo que la mortalidad materna de los años treinta fue aún más alta que en siglo anterior. Como ya se expuso, los factores que intervienen en la complicación de un parto no se limitan a los factores biomecánicos relativos al parto o a su atención, por lo tanto las explicaciones para cualquier cifra deben contemplar relaciones bastante más complejas.

Sin embargo, más allá de sus logros, la medicina obstétrica también ha querido controlar y regular el saber popular de las masas y de otros grupos tradicionalmente dirigidos a la atención de la reproducción. Este proceso ha producido la hegemonía de su conocimiento, sin autorizar otras formas alternativas de normativizar el embarazo, parto y puerperio. Ante la situación de alteridad y asimetría frente al cuerpo médico, quienes practican otras formas de atención, tradicionales o nuevas, se encuentran deslegitimizados, invisibilizados e incapacitados para revertir estos papeles (Ehrenreich, 1990 y Ortiz, 2001, 1999, citados por Blázquez, 2005).

Esta situación opera de modo que las informaciones que pueden cuestionar el control y práctica hegemónicas son poco difundidas y reconocidas. Las ideas y explicaciones que se asumen como únicas válidas acerca de los procesos reproductivos y que derivan del poder médico hegemónico, son respaldadas por su supuesta científicidad, así como las normas biomédicas que regulan el comportamiento de los usuarios, las que son aceptadas como algo inevitable, natural, legítimo y entendido como lo más adecuado para todas las partes. Los procesos de socialización se encargan de que las personas interioricen estos valores; las mujeres, sus parejas y el entorno aceptan y se ajustan entonces a las reglas y dictámenes que la hegemonía de los conocimientos biomédicos les imponen respecto al control de sus embarazos y partos.⁸

De este modo, muchas mujeres no llegarán a enterarse de que existen tantas otras formas de enfrentarse a un parto, además de la “*american way of birth*”.⁹ Se asume y se da por hecho, que el lugar más seguro para tener a nuestros hijos es el hospital. En pocas ocasiones, esto se llega a cuestionar, y al contrario, muchas veces, cuando algunas mujeres quieren proponerse una manera distinta de parir (en casa, o

⁸ Brigitte Jordan y Robbie Davis-Floyd introducen el concepto de *Authoritative Knowledge*, conocimiento autorizado o autoritario, para explicar este fenómeno.

⁹ La atención del parto y el nacimiento en los Estados Unidos de Norteamérica suele ser muy medicalizada, de ahí la denominación de modelo “tecnocrático”. Sin embargo, a pesar de que la oferta de atención “ultratecnológica” es enorme –y muy recurrida por las mismas mujeres–, también en ese país, caracterizado por la enorme oferta de consumo, existen efectivamente muchas otras alternativas de elección para la atención del parto, aunque éstas no sean tan populares.

en agua, con partera, sin anestesia, etc.), son ellas las cuestionadas socialmente en orden de estar poniendo en riesgo su vida y la de su hijo. Los argumentos médicos se utilizan con mucho peso, y algunas jóvenes mujeres que inician sus controles prenatales con la intención de no realizarse intervenciones como el ultrasonido, por ejemplo, rápidamente son convencidas de su “error” y de los beneficios del uso de estas tecnologías.

Este modelo de atención *hospitalocéntrica* (Herbert, 2004) se caracteriza además por establecer una relación asimétrica entre la mujer que es atendida y el personal de salud. Este último, tiene el control de la situación, establece los tiempos que se consideran adecuados y utiliza una serie de recursos para monitorear y asegurar que el proceso ocurra dentro de las normas y estándares establecidos por ellos mismos. La atención *hospitalocéntrica*, se caracteriza por la desposesión de la mujer, a quien a su ingreso se le retiran sus ropas, sus zapatos y otras posesiones personales, mientras se le viste uniformadamente como a cualquier otro enfermo. Se normalizan sus comidas, sus horas de reposo y actividad, los espacios permitidos, las horas de visita, etc. Y a la larga, todo el conjunto se observa como la expropiación de la mujer de su propio cuerpo y de su experiencia del parto.

Una serie de procedimientos rutinarios y estandarizaciones que tienen por objeto asegurar el control de la mayor cantidad de variables médicas, suele dejar de lado la consideración de las características individuales, que incluyen la dimensión psicológica y cultural, y que muchas veces pueden estar en la base de lo que aparentemente puede diagnosticarse y tratarse médicamente como si fuera una enfermedad, contribuyendo así, justamente, a la aparición de nuevos padecimientos. A veces, los recursos tecnológicos que se utilizan llegan a ser tan intrusivos que tienden a aumentar las complicaciones del parto –muy probablemente también por razones emocionales– y esto puede ser causa de un aumento en las tasas de cesáreas.

Muchas veces, estos procedimientos de rutina no están basados en la evidencia científica, suelen ser innecesarios en la mayoría de los casos, y por ser excesivamente intervencionistas, pueden ser más bien riesgosos. Procedimientos que se han cuestionado fuertemente son, por ejemplo, la amniotomía o ruptura provocada de la

membrana que contiene el líquido amniótico, el uso de edemas para el lavado intestinal, la tricotomía o rasurado del vello púbico, o la episiotomía, es decir, el corte del perineo de la mujer que tiene por objetivo ampliar el espacio de salida del “producto”. Esta última intervención, rutinaria en la mayoría de los hospitales, busca evitar el pequeño porcentaje de desgarros mayores que algunas pocas mujeres pudieran sufrir durante la expulsión del bebé, al provocar un “desgarro controlado que es más fácil de suturar”, según la explicación que pude oír durante mi trabajo de campo, de parte del médico que daba a las alumnas de la escuela de partería de CASA una clase especial sobre episiotomías. “Pero duele más”, replicó entonces una partera profesional ya egresada, quien explicó que la cicatrización de un desgarro natural era más fácil y menos dolorosa que la de una episiotomía. Es interesante mencionar aquí, que la inclusión de esta clase especial fue planificada en función de los reportes y necesidades recogidas de parte de las alumnas egresadas en años anteriores, que habían realizado su servicio social en hospitales públicos, porque es posible observar así, cómo efectivamente el modelo médico hegemónico se impone sobre otros modelos de atención.

Por otra parte se ha polemizado también respecto al uso de fármacos y de anestesia durante el proceso del parto, por cuanto la interferencia del sistema bioquímico de la madre y del bebé puede traer consecuencias secundarias que aún no han sido bien revisadas. Michel Odent (2006) mencionaba, por ejemplo, que se ha estudiado cómo el uso de anestesia epidural durante el parto, bloquea el despliegue de conductas de maternaje en las ovejas. Obviamente, este hallazgo no puede simplemente extrapolarse hacia las mujeres, en tanto que los seres humanos desarrollamos fuertes vínculos materno y paterno-filiales incluso en situaciones de adopción, por ejemplo. Sin embargo, no deja de ser un hallazgo importante.

En particular, el caso de los monitores fetales es también interesante. Estos son máquinas a las que se conecta a las mujeres en trabajo de parto para controlar constantemente la estabilidad del ritmo cardíaco fetal; lo que antes hacía la matrona o la partera cada tanto con el pinar (cono para escuchar los latidos del *bebino* a través del abdomen de la madre), se delegó ahora en esta –fría– máquina que alarma ante las variaciones del ritmo cardíaco que pueden interpretarse como sufrimiento fetal. Sin

embargo, su uso se ha asociado significativamente con un importante aumento en el número de cesáreas.

Durante el trabajo de campo pude observar un ejemplo concreto de esto en un hospital de IMSS en el verano de 2006. El médico pasante que completaba su especialidad de ginecología estaba a cargo de la atención de un caso que se había diagnosticado como de alto riesgo por la corta edad de la paciente: una joven primigesta de 16 años. Yo llegué a este hospital visitando a una de las egresadas de CASA que hacía allí su servicio social. La joven embarazada se encontraba ya hospitalizada desde el día anterior, hacía horas que estaba acostada en una cama, inmovilizada por las conexiones a un monitor fetal y a un sistema de administración intravenosa de sueros y fármacos. La chica estaba sola, no hablaba, su vista estaba perdida y a ratos parecía que intentaba dormir. Yo no me atreví a acercarme ni hablarle. Cual crónica anunciada, durante el día se empezó a comentar que tal vez le practicarán una cesárea, indicación que, por cierto, no compartía la partera profesional (hija de una experimentada partera tradicional) ni la médica pasante de anestesiología, por el riesgo de operar al inicio del fin de semana, cuando no se cuenta con banco de sangre ni otros servicios. Sin embargo, esto era competencia del “único” especialista del hospital. El doctor indicó que ya se había extendido demasiado el trabajo de parto y que era innecesario seguir dilatando la espera. Esa tarde me invitaron a observar la cesárea, la que ocurrió mientras la joven continuaba en completo silencio, aunque ahora sus ojos no contenían las lágrimas. Sin recibir mayores explicaciones, sin saber quienes estábamos ahí ni en qué consistía lo que iba a ocurrirle, la joven fue anestesiada y amarrada a una cama de operaciones. Pronto empezó a sonar un disco de *Coldplay* en el equipo portátil de música que el joven doctor llevó al pabellón de operaciones. Y así comenzó la operación. Fue larga, más difícil de lo que esperaban y un poco tensa por lo mismo, ya que costó sacar al niño por el abdomen de su madre. Esa misma noche, algunas horas más tarde, a la joven se le debió extirpar el útero, después de un constante sangrado que no se detuvo desde que terminó la intervención. A sus 16 años, la cesárea que se le practicó resultó en complicaciones muy graves, que traerán consecuencias profundas para el resto de su vida. Por su parte, el bebé recién llegado al mundo, envuelto en paños para mantenerlo abrigado,

permaneció “olvidado” durante horas sobre un gran mesón metálico en la pequeña sala donde se hospitalizan los neonatos y niños pequeños, mientras su madre seguía imposibilitada de acercarse a él.

Sin duda muchos de estos procedimientos biomédicos pueden ayudar y hasta salvar la vida de muchas mujeres y niños, pero su utilización no debería ampliarse a los casos en que no es estrictamente necesario, ya que de lo contrario se abusa de prácticas que pueden ser perjudiciales a corto, mediano o largo plazo (Tornquist, 2002).

Los contenidos programáticos de la atención biomédica de salud de las mujeres embarazadas se restringen básicamente a aspectos biológicos (De Armas, 1999). Como cualquier patología, el parto es visto desde aquí como un procedimiento alópata que requiere la separación de la parturienta respecto a su medio familiar, para someterse en un territorio dominado por las jerarquías de autoridad médica, donde la mujer que pare es reducida a una posición de paciente (Sadler, 2004). La parturienta debe identificarse con su rol y acatar las leyes del sistema médico especializado en manejar su condición de embarazada, la cual es análoga a la de incapacitada.¹⁰ La asistencia biomédica al embarazo, parto y nacimiento, en la actualidad, no se interesa por los factores que no sean propiamente somáticos, y este acercamiento al proceso gestacional suele desconocer la mediatización de factores psicosociales (Chávez, 1999).

En este contexto de atención, el cuerpo expropiado de la mujer-paciente, se fragmenta en las distintas especialidades médicas. A la mujer se le desconoce todo conocimiento e intuición que pueda tener sobre ella misma y su proceso. De este modo, muchas veces el trato que reciben las mujeres atendidas en el modelo hegemónico durante el parto es humillante y violento, caracterizado por la desinformación (“como igual no entienden”, pensarán algunos...), tanto que a veces incluso no se respetan los derechos fundamentales de las mujeres y sus hijos, además

¹⁰ La definición de la palabra *embarazo* según la RAE (2001) precisa que es: “impedimento, dificultad, obstáculo”, “encogimiento, falta de soltura en los modales o la acción” y también que es el “estado en que encuentra la hembra gestante”.

de que se abusa de recursos quirúrgicos y procedimientos invasivos, molestos y hasta dolorosos.¹¹ Si bien la atención biomédica suele muy efectiva en cuanto al seguimiento y control de los procesos fisiológicos, este modelo puede presentar consecuencias no deseadas que llegan a ser iatrogénicas en términos psicológicos, afectivos, relacionales y hasta comunitarios.

Además, la cultura médica hegemónica, a pesar de los enormes, importantes e innegables beneficios que ha traído a las mujeres, también ha contribuido a cientificar la opresión genérica (Lagarde, 1997). Durante la experiencia del parto, en este contexto de atención, se evidencia de modo más llamativo la alienación de femenina, no sólo de su subjetividad, sino también de su propio cuerpo (Chávez, 1999). La historia de la obstetricia es también la historia de la separación entre procreación y sexualidad, entre la madre y la mujer, el feto y la madre, dice Robbie Davis-Floyd (1996; cit. en Blázquez, 2005). El discurso de la tradición biomédica académica no es neutro ni objetivo con las mujeres, desde sus orígenes ha estado impregnado de machismo y misoginia. Durante siglos fue ámbito prohibido para las mujeres y aún en la actualidad el ámbito gineco-obstétrico está representado por el saber masculino de los médicos. Históricamente la ginecología ha considerado el cuerpo femenino como patológico o defectuoso (Davis-Floyd, 1996 y Martin, 1987; cit. en Blázquez, 2005), y por tanto muchas veces se centra en la desviación e intenta controlar y regular los procesos, los ciclos y los ritmos propios de la fisiología femenina. Así, se medicalizan procesos como el climaterio, por ejemplo, el que no se entiende como una etapa normal y común a la madurez de las mujeres, sino como un “déficit hormonal” que debe suplirse químicamente ya que se acompaña por “alteraciones” del ánimo y molestias diversas.

Es claro que en las instituciones de salud, no son sólo hombres los que se encargan de la atención de partos, sin embargo, a nivel simbólico, el poder biomédico representa un poder masculino. En este sentido no es menor recordar que la primera

¹¹ Distintos trabajos sobre calidad de atención, satisfacción usuaria, violencia institucional, etc., dan cuenta de un alto grado de disconformidad de las mujeres que se atienden comúnmente en los hospitales públicos en nuestra región. Thornquist (2002) cita a Simona Diniz (2001) en Brasil; en México, un trabajo de Rosa Garza y Bárbara Cadenas (1994) dan cuenta de las condiciones en las que las mujeres viven su sexualidad y ciclos reproductivos.

mujer aceptada en una escuela de medicina en México, se recibió recién en el año 1887 (Carrillo, 2002). Hoy en día, puede parecer que esto ya está superado, sobre todo considerando que en muchos países, la atención de la salud sexual y reproductiva recae en manos de mujeres (a veces especializadas, como las matronas en Chile o en España, o las enfermeras obstetras, como las hay también en México, aunque en escasos establecimientos). Sin embargo, estas mujeres profesionales también están socializadas en este orden de género patriarcal, y trabajan en instituciones que refuerzan este mismo sistema sociocultural (Blázquez, 2005).

La ideología que existe en la base de la medicina reproductiva –que por su puesto tiene que ver con el contexto histórico en el que se ha ido desarrollando– objetiva el cuerpo femenino al punto de que la mayoría de sus representaciones iconográficas utilizan sólo la imagen de un busto, vientre y caderas. Del cuerpo femenino, sólo útero, caderas y mamas tienen valor. Además, la distancia que se establece con el “producto de un embarazo” también es enorme. El cuerpo así objetivado (arrancado de su subjetividad) es posible de manipular de otra forma. Así, la experimentación científica que existe en torno a la reproducción es, cuando menos, impresionante, y muchas veces, impacta a la reflexión ética. Así, otra idea importante a cerca del modelo médico tecnocrático se relaciona justamente con los alcances de la tecnología que se ha desarrollado y las cuestiones éticas tan complejas que se derivan de ese desarrollo tecnológico y de la manipulación de los procesos reproductivos. Y aquí, las exigencias que vienen desde las mismas mujeres y sus parejas, cuando a toda costa quieren cumplir sus deseos de reproducción, alimentan buena parte de este fenómeno.

Desde esta otra perspectiva, la participación de las usuarias y de la sociedad en general en la medicalización del nacimiento, también es un hecho que merece atención. Si bien es claro que desde el poder biomédico hegemónico se ejerce control sobre el cuerpo de las mujeres y sus procesos reproductivos, es importante comprender que en este fenómeno participan igualmente las mujeres y la sociedad en su conjunto. Muchas veces, son las mismas mujeres quienes prefieren y eligen practicarse una cesárea, aunque no exista la necesidad de indicarla desde el punto de

vista médico. Y, ¿podemos afirmar tan tranquilamente que no están en su derecho a decir cómo vivir sus propios procesos?

La mayoría de las mujeres desconocen sus propios ciclos, están “desconectadas” de su cuerpo y activamente depositan en la figura del médico la responsabilidad de lo que les ocurre durante estos procesos. Esto queda especialmente claro en relación con las demandas judiciales, por ejemplo. Este fenómeno, que está en aumento (Cabero Roura, 2005) y que tiene mucho que ver con la medicalización del nacimiento y las relaciones asimétricas que se establecen entre médicos y usuarias, implica, en otra lectura, el entendido de que todo lo que ocurre durante un embarazo y un parto es de exclusiva responsabilidad del médico a cargo. Por ello, ante cualquier complicación, daño o fracaso será el médico el único responsable por no haber logrado que complete con éxito el proceso. La naturaleza del nacimiento humano ya no está entonces en juego, y las potencialidades particulares de cada mujer ya no interesan.

En la medida en que desde las mujeres y sus familias no exista una actitud de responsabilización consciente por sus propios procesos, por las decisiones, las acciones y las consecuencias que éstas tendrán para desarrollo de las nuevas generaciones –lo que debería ser alentado por los mismos médicos–, será aún más difícil el cambio en las instituciones sanitarias. Permitir que cada mujer experimente su parto a su propio ritmo, tomando sus propias decisiones, implica que ella y su familia asuman por su parte el riesgo que eventualmente todo proceso fisiológico, y que la vida misma, tienen. Por otro lado, esto implica que el personal sanitario, necesariamente, deje su posición de autoridad y establezca otro tipo de relación con los usuarios.

3.4 El movimiento por la humanización del nacimiento

A partir de la década de los sesenta, primero en algunos países capitalistas metropolitanos (Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia e Italia) y después en países de capitalismo dependiente y en algunos socialistas, se ha dado una creciente e

importante producción científica e ideológica que analiza y cuestiona la eficacia y eficiencia de las prácticas de la denominada medicina científica, y recupera incluso como más eficaces a las prácticas alternativas (Menéndez, 1992).

Algunos de los principales cuestionamientos que identifica Eduardo Menéndez (1992) y que interesan en cuanto a la atención del parto y nacimiento corresponden al aumento del consumo de equipos y fármacos, su correlativo aumento del costo de la atención de salud y la posibilidad de consecuencias negativas para la salud debido a su excesivo uso. Identifica también el aumento de la “intervención” médica, donde se alude especialmente al caso de las cesáreas; el predominio de los criterios de productividad en detrimento de los de calidad; y el reconocimiento de que junto con las funciones intencionales de curación de la práctica médica, ésta cumple también funciones de control social e ideológico.

Desde esta crítica al modelo hegemónico de salud, y particularmente desde el cuestionamiento al modelo de atención del parto y del nacimiento, distintas personas, en su mayoría mujeres, organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles, clínicos, investigadores, activistas, etc. están dando cuerpo a lo que se ha denominado el Movimiento por la Humanización del Nacimiento. La psicóloga argentina, Jaqui Zieler traza un mapa “para orientarnos y ubicarnos en este vasto movimiento [...que] se trata de un territorio vivo que no sólo está empezando a definirse sino que está en constante movimiento y cambio” (2005: 34).

Si las mujeres somos humanas (y por eso el respeto de los derechos humanos debe exigirse también para las mujeres) y damos a luz a seres humanos, de entrada, la idea de “humanizar” el parto es un tanto complicada desde el punto de vista antropológico. De hecho, como se verá, muchas veces la “humanización” del nacimiento se presenta más como un “regreso a la animalidad” de los procesos corporales. Pero más allá de la pertinencia conceptual de esta denominación, “humanizar” el parto y el nacimiento implica considerar la experiencia subjetiva del evento y las necesidades psicoafectivas de la mujer y del bebé, junto con la consideración de las necesidades fisiológicas o somáticas que aseguren y fomenten el éxito del proceso. Tal vez, algo así como recordar que durante un parto hay una mujer

concreta pariendo, sintiendo y viendo este trascendental evento, y además, hay un bebé que también vive, siente y “aprende” concientemente. “Humanizar”, entonces, significa recordar y tener presente que los cuerpos no son “sólo eso”.

Carmen Tornquist (2002) identifica dos hechos principales a partir de los cuales se construye la crítica al modelo tecnocrático hegemónico: que el parto no es un evento patológico, pero sí existencial y social, vinculado a la sexualidad de la mujer y a la vida de la familia; y, por otro lado, que el parto hospitalocéntrico introduce procedimientos “no naturales” o “antinaturales” que afectarían la supuesta naturaleza del proceso entre la madre y su bebé, afectando de uno u otro modo la salud de cualquiera de los dos.

A partir de las recomendaciones de la OMS inscritas en la Declaración de Fortaleza de 1985 (ver en anexo II) muchos organismos de salud, instituciones, asociaciones de mujeres y profesionales independientes han adoptado una visión no patologizante del embarazo, parto y puerperio, desde un enfoque que promueve no considerar a la mujer como una enferma, para que sea ella la protagonista de este proceso y permanezca junto a sus redes afectivas.

En la actualidad se observan cada vez más redes de acción en torno a este movimiento.¹² Lo que se reclama, es una atención de alta calidad centrada en una perspectiva integral de la salud de las mujeres y de los bebés, que respete el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y sus procesos, por lo tanto, sobre como se atenderá el embarazo y el parto, sin delegar estas decisiones en los “expertos” y buscando el establecimiento de nuevas formas de relación con los profesionales y las instituciones de salud. Uno de los lemas que se esgrimen desde este movimiento, es que “para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer”.

¹² Es fácil rastrear en internet una gran cantidad de sitios, seminarios, cursos y acciones a distintos niveles que buscan y promueven los postulados de la humanización del nacimiento. En nuestra región existe la Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento, RELAHUPAN (www.relahupan.com) donde se concentra bastante información sobre lo que se está desarrollando en los distintos países.

Bajo la consigna polisémica de humanización del nacimiento se mueven muchas propuestas, nuevas y antiguas, muchos intereses distintos y otros no tanto. Al igual que ocurre dentro de la partería tradicional o la biomedicina, la variedad de prácticas concretas asociadas a este movimiento es también muy amplia. Desde esta perspectiva, se promueven los partos “naturales”, los partos domiciliarios, partos en agua, la instrucción psicoprofiláctica, el yoga prenatal, el parto eutónico (ver Kaplan, 2005), los masajes, la haptonomía (ver Dolto, 2003), y otra serie de prácticas que están en función de la desmedicalización del parto, de preparar a la mujer para fortalecer su capacidad de parir por si sola y reforzar la salud integral, así como el vínculo y apego que establece con el bebé.

La variedad de modelos de atención al parto que aquí se promueven es muy extensa, e incluye prácticas propias de la partería tradicional que ha resurgido en muchos sectores y se ha revalorizado como una alternativa viable para el parto humanizado. Pero principalmente, lo que este movimiento propone es un cambio del modelo de parto medicalizado, considerado impersonal, agresivo y violento (Tornquist, 2002). De este modo, no se trata concreta o únicamente de que el parto ya no lo atiendan los médicos o que no se atienda en el hospital, si no de que quién y dónde lo atienda, lo haga considerando, al menos, las propuestas de la OMS: el incentivo de partos vaginales, amamantamiento materno en el posparto inmediato, alojamiento conjunto de madre e hijo, presencia de un acompañante de la mujer durante el proceso, incluir la actuación de matronas, parteras, *doulas* o enfermeras obstetras y, por supuesto, el abandono o disminución de rutinas hospitalarias tantas veces innecesarias.

La humanización del nacimiento se puede entender también como un proceso, a través del cual se van transformando las normas y rutinas ya existentes para la atención del parto. De hecho, las redes de este movimiento han establecido vínculos y núcleos de acción y difusión importantes desde dentro del modelo hegemónico. No es entonces una cuestión de partos naturales, alternativos y espirituales sólo para mujeres de clase media-alta que tienen dinero y tiempo para la *doula*, el yoga, la psicoprofilaxis, los aceites de aromaterapia, la homeopatía o las sofisticadas tinas especiales para partos en el agua y toda esa enorme gama de accesorios que pueden

acompañar estas nuevas formas de parir.¹³ Es importante destacar entonces, que este movimiento busca lograr modificaciones en la atención del parto de manera colectiva, también en los servicios públicos, y se han generado así a, nivel internacional, importantes propuestas y políticas de mejoramiento de la atención a las madres y los bebés para el contexto institucional (ver anexo III).

Por otra parte, el modelo tecnocrático de atención del parto no es el único que sustenta los planes y programas oficiales de salud. En algunos países como Holanda, Nueva Zelanda y países escandinavos, la perspectiva que considera el parto como un proceso fisiológico normal sustenta la atención sanitaria (Blázquez, 2005). En estos modelos, la figura de la partera o matrona es muy relevante. Es interesante considerar, en todo caso, como unas bajas tasas de natalidad, sumadas a un alto número de horas profesionales destinadas a la prevención y atención personalizada, además de recursos tecnológicos fácilmente disponibles (por cercanía, cantidad y calidad) pueden hacer que la promoción de partos domiciliarios sea fácil de llevar desde el sistema sanitario público. Situación que no es precisamente la que se observa mayoritariamente en nuestra región.

Por otra parte, es importante señalar, que uno de los problemas que puede presentar la conceptualización del parto como un proceso fisiológico, es la “naturalización” (Esteban, 2001; cit. por Blázquez, 2005). Al vincular los procesos del embarazo y parto al ciclo vital reproductivo de las mujeres como un proceso natural y espontáneo, en oposición a la cultura y a lo manipulado, se invisibiliza el hecho de que sus representaciones, su forma de ordenación y su atención no es “natural”. Y sin embargo, ésta es y ha sido desde hace mucho una respuesta humana, que encuentra distintas formas en distintos grupos y en distintas épocas.

La naturalización de estos procesos, lleva consigo el riesgo de dejar al margen las relaciones sociales o la historia personal de la mujer que padece, aspectos que, por supuesto, pueden alterar o influir el curso de un parto. Una perspectiva centrada sólo en la mujer y que naturaliza el proceso al extremo, encontrando esta “naturalidad” ya

¹³ Estas “nuevas formas de parir”, en realidad, muchas veces se parecen más a las milenarias formas que se han practicado desde siempre para asistir el parto.

en nuestra condición de mamíferos, propone que el parto de una mujer debiera ocurrir en soledad, sin la presencia “perturbadora” del compañero e idealmente sólo con el apoyo de otra mujer experimentada en la materia (Odent, 2006). Sin duda, en muchos casos, el padre de un bebé que viene en camino puede resultar un agente muy perturbador para su mujer, y efectivamente, lo mejor podría ser que, en ese caso, él no esté presente durante el parto. Sin embargo, entender de inicio que este proceso compete sólo “a la hembra humana que tendrá a sus cachorros”, deslegitima el papel del padre en la gestación y el desarrollo de los niños, y elimina la posibilidad de que su participación activa en los procesos reproductivos contribuya a los cambios sociales que pueden favorecer relaciones de género basadas en la igualdad.

Por otra parte, también es importante llamar la atención sobre otros posibles efectos de las perspectivas que movilizan la acción del movimiento por la humanización del nacimiento. Como se ha revisado, la experiencia sensorial del feto es basta, rica, autónoma y consciente, y puede fijarse en la memoria corporal o implícita de maneras muy profundas. Desde ahí, emanan recomendaciones que apuntan a establecer otro tipo de trato también a los recién nacidos, particularmente durante el nacimiento y en las primeras horas de vida extrauterina, lo que sin duda es muy importante.

Si embargo, en la actualidad, el uso de técnicas como la ecográfica que pone de manifiesto la autonomía de los *bebinos*, permite el establecimiento de relaciones “directamente” con él. Tanto el personal de salud, como los padres, pueden obtener información de lo que ocurre al interior del vientre materno sin tener que consultar a la madre. Esta situación puede dar lugar a que se invisibilice el lugar de la mujer gestante y a que ésta sea considerada sólo desde su cuerpo como contenedor de otro ser, convertida así en “el entorno” del *bebino* (Narotzky, 1995, cit. por Blázquez, 2005). Esta “comunicación directa” con el bebé en gestación supone, sin embargo, una enorme complejidad de interrelaciones, porque posibilita la separación simbólica del *bebino* y de su madre. No obstante, éste último habita en su cuerpo, formando parte de ella. Entendiéndolo como un ser diferente y autónomo, el *bebino* puede ser constituido como un sujeto de derecho, al que se le debe respetar, por ejemplo, el derecho a la protección de la salud. Esto, puede dar lugar a exigir a la madre no fumar,

no consumir alcohol, no medicarse, cuidar de su alimentación y del ejercicio de ciertas actividades (Imaz, 2002, cit. por Blázquez, 2005). Ante la evidencia de la interferencia o del riesgo que procedimientos como la anestesia epidural pudieran presentar para el bebé ¿se le podrá también exigir a la madre no utilizar anestesia si ella la solicita?

La humanización del parto y nacimiento presenta también sus dilemas éticos y es necesario continuar construyendo nuevas vías de solución.

CAPÍTULO 4

ANTECEDENTES DE LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PARTOS EN MÉXICO

“Las mujeres siempre han sido curanderas [...], han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas. Las comadronas se desplazan de una casa a otra. Sin acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su saber por contacto de unas con otras, transmitiéndolo por el espacio y el tiempo, de vecina a vecina, de madre a hija.”

Ehrenreich y English, cit. por Collière (1993).

En México siempre ha habido parteras. Aún hoy, en la partería tradicional, se pueden rastrear elementos mesoamericanos que conviven como vestigios de antiguas formaciones históricas (Martínez y Hernández, 1998), y las prácticas de las parteras tradicionales sobreviven a pesar de la creciente medicalización de la atención de los partos en el país.

Para mí, el caso de México parece especialmente complejo, ya que con la enorme extensión territorial y la gran variedad cultural que lo caracteriza, los procesos relacionados a la atención del parto y del nacimiento resultan también sumamente variados. El caso de Chile, por ejemplo, aparece como algo “bastante más simple”: los partos se atienden en el hospital o se atienden en la clínica. En ambos casos, se puede contar con la atención profesional de matronas y médicos, ambos formados en el nivel de educación superior. Prácticamente no se registra la existencia de parteras tradicionales en actividad y cerca del 99% de los partos es atendido por personal

institucionalizado. Las disposiciones y la reglamentación para esta atención son muy claras, y los derechos reproductivos de las mujeres bastante escasos. No tenemos derecho a interrumpir un embarazo ni siquiera a condición de riesgo vital, y –como comentara en entrevista una matrona que trabaja en un sector rural del país con población predominantemente indígena- si una mujer no quisiera ir al hospital a atender su parto, la institución de salud puede poner un recurso de protección por ese bebé aún no nacido y es posible entonces, ir con la fuerza pública a buscar a la mujer para llevarla al hospital y “asegurar” así las condiciones en las que ese bebé “debe” nacer.¹ La situación de las matronas, además, se caracteriza por la dependencia y subordinación al cuerpo médico institucional, siendo pocas de ellas las que ejercen en forma independiente. Esta situación se ha perfilado así a lo largo de un interesante proceso histórico que en parte ha sido relatado por la historiadora chilena María Soledad Zárate (ver Zárate, 2007).

En México, en cambio, la larga tradición de la partería, no sólo aún sobrevive – aunque con complicaciones–, sino que además se ha mantenido en muchos casos estrechamente relacionada con el sistema institucional. Las políticas de salud, a pesar de los cambios que han registrado a lo largo del último siglo respecto de las parteras, han permitido que aún exista la partería tradicional y esto, además, no sólo es un fenómeno rural o restringido a grupos indígenas, sino que se da igualmente en el medio urbano y de maneras muy sincréticas (Dietiker, 1998). De tal modo que las mujeres pueden optar por atenderse con el modelo tradicional de partería o con el

¹ Por su puesto que esta es una caracterización muy simplista de un asunto tan complejo como la constante convivencia y transformación de distintos modelos de atención al parto. Pero no por ello, deja de reflejar en gran parte la realidad. Sin duda, existen y –cada vez más– otras alternativas, pero en general, no para quien no pueda pagarlas. Esta situación que refiero sobre la medida de protección (que efectivamente se practicó bastante) ya casi no se utiliza (en parte también porque no son muchas las mujeres que están no dispuestas a ir al hospital). Por otro lado, el movimiento por la humanización del nacimiento, si bien aún incipiente, está tomando fuerza en el país, y ya en muchos lugares la atención hospitalaria de los partos es una atención bastante “humanizada”. Hay hospitales en los que hace más de una década matronas y obstetras están integrando activamente al padre o a otra persona que acompañe a la mujer durante el parto. En un recorrido realizado en mayo del año 2006 por los servicios de maternidad de la provincia de Arauco (cuando realicé la entrevista mencionada más arriba) observé salas hospitalarias especialmente acondicionadas para el parto “humanizado”, con pelotas de pilates, tina de agua, banquillo de parto y espacio para los acompañantes y las visitas, entre otra medidas.

modelo médico institucional, o con ambos. Durante mi trabajo de campo puede observar cómo una mujer en trabajo de parto, llegó hasta la casa de una partera tradicional después de haber ido primero a un hospital público. Como en el hospital le dijeron que regresara más tarde porque aún no estaba completo su trabajo de parto, ella y su pareja decidieron ir con la partera para asegurar la atención inmediata que la mujer intuía necesitar, y de hecho, el parto ocurrió al poco rato de su llegada. Muchas mujeres acuden con parteras tradicionales para recibir cuidados durante su embarazo, pero atienden sus partos en el hospital, para así acceder además a otros beneficios como la entrega de leche para sus hijos y en algunos casos también para ellas, o para acceder también gratuitamente a tratamientos anticonceptivos, por ejemplo. Esto aparece también como una estrategia para procurar que efectivamente las mujeres vayan a atender sus partos al hospital. Según referencias de algunas parteras profesionales, desde las instituciones de salud se ha llegado a ofrecer la gratuidad en la atención del parto a las mujeres que han cumplido estrictamente con todos los controles prenatales estipulados. También con las parteras profesionales pude conocer la situación de algunas mujeres que habiéndose controlado durante el embarazo en el hospital de CASA, fueron a parir al hospital público, movilizadas principalmente por cuestiones económicas.

Resulta difícil establecer con precisión las cifras que representan las relaciones entre la atención médica del parto y la atención de nacimientos hecha por parteras. En las estadísticas vitales nacionales, se reporta la atención de partos cuantificada en términos del porcentaje de partos atendidos o no por personal calificado, entre quienes se puede contar también a las parteras tradicionales registradas y capacitadas por las instituciones de salud. Sin embargo, a pesar de la dificultad para cuantificar el aporte total de las parteras, a lo largo de esta investigación se pudo constatar un acuerdo general entre las personas más vinculadas al tema, en relación a que todavía existe un creciente monopolio de la atención médica del parto, a la vez que una tendencia al envejecimiento y desaparición de las parteras tradicionales.

Flora Ramírez (cit. por Benitez *et al.*, 1993) afirmaba en 1964 que en las ciudades de provincia sólo un 20% de los partos eran atendidos por médicos, y en el medio rural sólo un 2%. En los años ochenta se reportaba que 64% de los

nacimientos en México no eran asistidos por instituciones de salud (Carrillo 1999). Específicamente para el caso del Estado de Oaxaca, por ejemplo, Castañeda y Lerín (1999) refieren que el 54.9% de los nacimientos son atendidos fuera del hospital, porcentaje que aumenta en las zonas de gran marginación. En una entrevista sostenida el 26 de junio de 2006, la jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la jurisdicción sanitaria en San Miguel de Allende indicó, en una estimación general, que de los ocho mil partos anuales, tres mil eran atendidos por las ciento diez parteras y parteros registrados en esa jurisdicción. Sin embargo, estas cifras específicas para sectores importantemente deprimidos, contrastan con las estimaciones que a nivel nacional en 1994 identificaban un 25% de partos atendidos por parteras en el país (Palomo, 2003).

Las nuevas herederas de la partería en México –como llamo a las parteras profesionales de CASA– no son las primeras estudiantes de partería profesional en la historia nacional. Al igual que en otros lugares, en México se creó una carrera profesional para formar parteras tituladas al alero de la escuela de medicina. Y por otro lado, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, las enfermeras aún pueden obtener su especialidad en obstetricia. Sin embargo, a pesar de todo esto, en los hospitales de la república son los médicos (con su escasa formación específica en asuntos no patológicos) quienes de manera casi exclusiva atienden los partos.

Revisar los antecedentes y la caracterización de la partería tradicional, así como la historia del nacimiento y muerte de la profesión de partera en el pasado, permite dimensionar de otro modo el contexto en que esta nueva propuesta de profesionalización de la partería aparece.

4.1 La atención del parto en el México prehispánico

En el medio rural mexicano, desde épocas anteriores a la conquista española hasta nuestros días, la partera posee una importancia notable dentro del grupo de terapeutas que se encargan de la atención a la salud. Virginia Mellado (1989) comenta que en los textos de Sahagún se menciona a la partera con la expresión “señora y

madre nuestra espiritual”, lo que justifica no sólo la importancia de su oficio, sino el hecho de que ella asumía funciones de consejera de la joven casadera y también de las mujeres embarazadas, y realizaba ciertos actos ceremoniales vinculados al sistema de creencias, ofreciendo a los recién nacidos a los dioses y atendiendo la celebración de los primeros ritos de la vida.

Así, en la tradición prehispánica, las parteras, guiadas por sus deidades, guardaron conocimientos y desarrollaron habilidades para el manejo de recursos herbolarios, mecánicos y simbólicos para el cuidado y atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Según los informantes de Sahagún, la atención a la embarazada era sumamente cuidadosa y ejercida por mujeres especialistas. El sistema de atención prenatal seguía diversos pasos, siendo el primero el anuncio que hacía la embarazada de su nuevo estado. Al séptimo u octavo mes se hacía un agasajo en que se contrataba a la comadrona que había de atender el parto quien daba a la embarazada un baño de temascal donde hacía maniobras sobre el vientre para colocar al feto en buena posición. Algunos días antes de la fecha del parto la comadrona se iba a vivir a casa de su paciente. El parto era interpretado como una batalla con la muerte, de la cual el trofeo o cautivo era el recién nacido (Vargas y Matos, 1973: 302).

Las embarazadas debían seguir numerosas recomendaciones que involucraban desde la dieta que debía excluir determinados productos hasta precauciones como no cargar objetos pesados o hacer fuerza con los brazos, tener cuidado de no abusar de las relaciones sexuales o del baño del temascal. Luis Alberto Vargas y Eduardo Matos (1973) refieren que la larga lista de recomendaciones incluía prácticas derivadas de la experiencia, tanto como medidas de magia homeopática o por semejanza.

La posición del parto prehispánico fue representada en figurillas y en los códices, y ésta corresponde a una posición de cuclillas. Esta posición, que favorece enormemente el parto al aprovechar la fuerza de gravedad, hasta el día de hoy se utiliza ampliamente entre las mujeres que no se atienden bajo el paradigma del modelo biomédico.

Las parteras prehispánicas contaban para la época con importantes recursos que ayudaban al parto, entre los se cuentan sustancias como el *Cihuapatli* o la cola del tlacuache (pequeño animal vernáculo), que favorecen la contractibilidad uterina. Si el

parto se dificultaba, se encerraba a la parturienta en un cuarto con la comadrona, quien echaba los granos de maíz para adivinar la causa. En el caso en que la partera diagnosticaba la muerte del *bebino*, con una navaja de piedra cortaba en pedazos el cuerpo de la criatura para poder sacarlo. En el mundo prehispánico se consideraba a la mujer que moría durante el parto con iguales méritos que el guerrero muerto en combate, por lo que se la honraba y deificaba (Vargas y Matos, 1973).

Para facilitar el alumbramiento o expulsión de la placenta se adoptaba una posición especial, descansando una rodilla en el piso, y presionando el vientre con la otra. Vargas y Matos (1973) refieren coincidir con Nicolás León (1900) en que en las representaciones de las láminas de algunos códices muestran que el corte del cordón umbilical se hacía después de expulsada la placenta. Es interesante notar, a propósito, que actualmente desde el movimiento por la humanización del nacimiento se hace hincapié en revertir la innecesaria práctica de cortar el cordón umbilical apresuradamente, antes de que éste deje de latir.

4.2 La partería tradicional

En la mayoría de las sociedades que poseen manifestaciones importantes de medicina tradicional, estos sistemas conviven con el modelo hegemónico en diversos grados de aceptación². En México, los distintos modelos de atención en salud coexisten frecuentemente y los usuarios los llegan a utilizar de manera mixta, sobre todo en el medio rural, donde conviven distintas tradiciones médicas y donde actúan terapeutas con diferencias importantes en su formación (Mellado *et al.*, 1989).

² Una tipología de los sistemas de salud de los países propuesta por la OMS, conforme al grado de aceptación de la medicina tradicional, distingue: los sistemas exclusivos (monopólicos, que excluyen totalmente a cualquier otra forma distinta del modelo científico), sistemas tolerantes (que sólo reconocen la medicina moderna, pero toleran legalmente otras prácticas), sistemas inclusivos (que junto a la medicina moderna respaldan, practican y regulan otras formas tradicionales), y los sistemas integrados (que promueven oficialmente el uso combinado de medicina tradicional y medicina moderna) (Mellado *et al.*, 1989).

La categoría de “lo tradicional” en partería, entendida como un conjunto de prácticas opuestas o radicalmente distintas a las que caben en la categoría de “lo hegemónico”, no resulta particularmente útil ni se expresa comúnmente así al observar casos concretos de atención de partos. Además de las prácticas y conductas específicas, los sistemas de atención en salud se constituyen con sistemas de conocimientos y creencias, con una forma de producción de recursos, una organización y forma de mantención y reproducción. Sus distintos componentes se pueden expresar en distintos grados en determinados casos concretos.

Podemos concebir entonces “lo tradicional” como un conjunto de características que se pueden manifestar o no, en mayor o menor grado, pero que en su conjunto se identifican o se representan en una tradición cultural mayor. En este sentido, no deja de ser difícil también delimitar esa tradición cultural. Sin embargo, puede ser útil también integrar la noción de partera empírica, para visibilizar mejor la categoría de partería.

La partería tradicional o empírica, que se encuentra en el campo y también en las ciudades mexicanas (ver, por ejemplo, Dietiker, 1998), es la reproducción (siempre cambiante) de un quehacer milenario que, sin embargo, hoy en día puede tener mucho de nuevo y hasta de moderno. Desde el uso de teléfonos celulares entre las parteras tradicionales, hasta el uso de oxitocina sintética, son parte de partería tradicional/popular mexicana. Los límites son difusos, y siempre cambiantes entre unos sistemas y otros. Lo tradicional y lo hegemónico se contienen el uno al otro, como las lógicas de lo social y de lo individual, como las certezas y la incertidumbre. No son categorías cerradas, sino más bien conjuntos de características referenciales.

Sheila Cominsky (1996), sin embargo, caracteriza y examina las creencias y prácticas más corrientes de la partería tradicional en nuestro continente y propone lo que se podría utilizar como un marco general sobre lo puede observarse en la atención tradicional de un parto. Tal vez los elementos más interesantes que caracterizan la atención tradicional del parto corresponden el uso de hierbas (para acelerar la contractilidad uterina o para aliviar el dolor si éste se presenta) y el uso de maniobras especiales como las “manteadas” con su rebozo y las “sobadas” o masajes del área

abdominal (ambas técnicas involucran la posibilidad de hacer una versión externa del feto que se presenta en mala posición y evitar así una cesárea, causa de demanda de atención muy frecuente durante el período de gestación). Las parteras también dan indicaciones alimenticias y sobre las actividades que se requiere evitar para cuidado del embarazo; pueden utilizar otros recursos importantes como el baño del temascal, mientras se ocupan además de los rezos y rituales, así como de otros aspectos culturales, religiosos o mágicos que facilitarán el parto (Cominsky, 1986; Carrillo, 1988). Además, las parteras tradicionales cuentan con diversos recursos para el cuidado de la salud durante embarazo, en casos de aborto o para el manejo de complicaciones importantes como la hemorragia por retención de placenta. Manejan igualmente tratamientos para la infertilidad y la atención del recién nacido y del puerperio. En este sentido es importante destacar que el apoyo de las parteras puede involucrar el cuidado los otros hijos y de algunas labores domésticas mientras la madre se recupera.



Fotografías de la demostración de Doña Irene, partera tradicional de Morelos, de una “manteada”, durante la Conferencia sobre la Naturaleza del Nacimiento en Junio de 2005.

Los saberes y los quehaceres de las parteras tienen como referencia los de las mujeres de su grupo, de su comunidad; ellas realizan como especialidad lo que se

considera culturalmente como el saber y el quehacer propios de las mujeres. Pero ellas han adquirido conocimientos, experiencias, habilidades y destrezas en la atención y cuidado perinatal, que las hacen especialistas y las diferencian de las otras mujeres de su grupo. De este modo, las parteras pasan del mundo privado al mundo doméstico, ejerciendo las tareas definidas culturalmente como femeninas, desde un estatus distinto, como un trabajo valorado, profesional, pagado (Luengo, 1994).

Las parteras tradicionales suelen ser figuras reconocidas y respetadas dentro de sus comunidades, que gozan de cierto grado de influencia social.³ Muchas no sólo ayudan a nacer a las nuevas generaciones, sino que curan y ayudan a mejorar a los niños, a los jóvenes y los adultos de su comunidad. Con la partera tradicional, el manejo del parto y del nacimiento puede ocurrir en el contexto de un evento familiar y en un ámbito social, donde el cuidado de parte de la partera de los aspectos del bienestar físico, mental y espiritual (si cabe separarlos...) que alcanza también a los demás miembros del grupo, también puede darse. Las parteras suelen definirse ellas mismas como “las cuidadoras” (Luengo, 1994), y no sólo acompañan y asisten a la mujer en el trazo del parto, sino que también brindan ayuda en las tareas domésticas mientras la mujer que ha parido se recupera, la ayudan a bañarse y a cocinar, igual que a bañar y alimentar al bebé. Por tanto, significan un soporte emocional importante, en especial para la mujer, pero también para todo el grupo familiar.

Las parteras y los hombres y mujeres que ellas cuidan, comparten además un campo de significados que les permiten compartir conceptualizaciones de las situaciones, indicaciones y procedimientos. Al compartirse un marco simbólico referencial y un sistema de interacciones sociales, se abre la posibilidad de favorecer la eficacia simbólica o de producir sugerencias o efectos placebos con mayor probabilidad que cuando no se comparten estos campos.

³ En el último congreso de ANIPP (Asociación Nacional de Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal) en México, en octubre de 2007, doña Queta –famosa partera tradicional de Oaxaca que también comentó su trabajo en la conferencia sobre la naturaleza del nacimiento en Oaxtepec– contó el caso de un hombre que al presenciar el tercer parto de su esposa –cuando ella le pidió que se quedara a ayudarlo a atender– éste pudo valorar de otra forma a su esposa, a través de una experiencia concreta, sumamente significativa, canalizada o facilitada por la partera.

Son complejas las relaciones entre el pasado y el presente de la partería tradicional en México, ya que muchas de las prácticas prehispánicas se siguen observando en algunas comunidades, en las cuales las mujeres continúan dando a luz en “posición mesoamericana” (verticalmente) o utilizando el *temascal* (baño de vapor) después del parto. Persisten aún ideas sobre los “daños” sobrenaturales que puede sufrir la embarazada o su hijo y se mantiene el uso ancestral de plantas medicinales. Esto, además, con la influencia de las medicinas popular y académica españolas a partir del período colonial en la región, y, sobre todo, con la influencia de la biomedicina moderna, ya sea por la vía directa del servicio prestado en las instituciones de salud o por un modelo de atención que ha permeado la labor de la partera empírica adiestrada (Mellado *et al.*, 1989).

Virginia Mellado y sus colaboradores distinguen tres tipos de parteras en el medio rural mexicano: las parteras tradicionales, las parteras empíricas no adiestradas y las parteras empíricas adiestradas. Al respecto señalan que desde una mirada general, se percibe como tendencia dominante la transformación cada vez mayor de la partera empírica en partera adiestrada, junto a un eclipse de la partera tradicional. Esta tendencia implica que el peso principal de la atención recae en terapeutas que mantienen contacto con organismos oficiales de salud.

La partera condensa en su persona a la terapeuta práctica y a la vocera de una ideología, ya sea que se encuentre impregnada de elementos tradicionales, como que reproduzca en el grupo las modalidades conceptuales y técnicas del modelo médico académico (Mellado *et al.*, 1989), o que defienda una nueva forma de comprender y acercarse a la atención de un parto. La partera es una figura de suma importancia en cuanto a la transmisión de conceptos y creencias culturales. Generalmente, la partera adquiere sus conocimientos y habilidades acompañando y aprendiendo directamente de otra partera tradicional o por experiencia propia, a menudo, en respuesta a un llamamiento sobrenatural, a sus sueños o visiones (Cominsky, 1992).

Para muchas mujeres en México, la combinación de sistemas de atención no es para nada algo extraordinario, ya que muchas van a sobarse con la partera o a que les hagan unas manteadas o masajes con el fin de dar vuelta a un *bebino* que viene en

posición complicada o con la que desde antes fueron a que le diera tratamiento para la infertilidad. Y, al mismo tiempo, las mujeres no dejan de ir a consultar al centro de salud o al hospital, por sus exámenes de sangre o ultrasonidos y por los suplementos vitamínicos, alimenticios o farmacológicos que necesitasen. En algunos casos, al cumplir con todos los controles médicos que el sistema indica y atenderse en el hospital durante el parto, este procedimiento puede resultar gratuito e incluir además leche para el niño y para la madre. Ante esto, difícilmente las parteras tradicionales –o las profesionales– pueden competir, por muy poco o nada que cobren por sus servicios.

El personal sanitario oficial (médicos y enfermeras) a menudo se fija sólo en las complicaciones y las urgencias que llegan a los centros de salud o a los hospitales. Comúnmente atribuyen estas complicaciones a las prácticas tradicionales y a la supuesta ignorancia de las parteras. Sólo llegan a conocer las prácticas tradicionales, cuando éstas entran en conflicto con los métodos modernos de la obstetricia (Cominsky, 1986), y de este modo se refuerza en el sistema hegemónico la idea de la deficiencia de la atención tradicional, la que se juzga generalmente desde un punto de vista biomédico, y su interpretación suele ser etno y androcéntrica.

Un ejemplo de este tipo de conflictos pude observarlo durante mi trabajo de campo, cuando acompañaba la supervisión de las alumnas al finalizar el terreno práctico. Cerca de las diez de la noche, una de ellas reportó que se encontraba en el hospital de la cabecera municipal debido a la derivación que hicieron de una joven parturienta que presentó un trabajo de parto demasiado prolongado. El trabajo de parto estaba siendo atendido por la partera de la comunidad con la que se encontraba la alumna y otra estudiante canadiense de partería que se encontraba realizando una estancia en la escuela de CASA. La enfermera a cargo de la unidad rural decidió que sería mejor llevar a la joven parturienta al hospital, ubicado a dos horas de camino de la comunidad, por si se presentaba alguna complicación. Al llegar al hospital, el trato que recibieron fue muy agresivo y denigrante, según nos relató la alumna, cuando llegamos al hospital después de su angustiada llamada a la supervisora. Ella nos contó que la doctora que recibió a la joven parturienta les preguntaba inquisitivamente a los

familiares que “¿cómo se atienden con partera si es primigesta?”, tal vez suponiendo que éstos conocerían el significado de la palabra primigesta...

Yo misma puede observar más tarde cómo la médica pasante salió a la entrada del hospital donde nos encontrábamos esperando noticias y gritó a viva voz el nombre de la paciente. El joven que era su esposo, se acercó entonces a la doctora. Ella le habló bastante alto –lo que yo interpreté como la intención de que todos escucháramos– y le dijo que había tenido una niña, que ahora se encontraba bien, pero que “tuvo una insuficiencia respiratoria” y que la mujer había sido “tan manipulada que prácticamente ya no le quedan labios menores”. Hasta ahí informó la joven doctora –probablemente se trataba de una pasante de medicina–, y por la cara que puso el joven padre, a mi me pareció que más bien no había entendido y que se quedó con la idea de que algo grave había ocurrido. No lo dejaron pasar a ver a su esposa ni a la recién nacida, y cerca de las once de la noche la familia regresó al rancho.

Posteriormente, la partera supervisora y yo intentamos hablar con la doctora –yo tenía la intención de pedirle una entrevista–, pero ella no accedió argumentando que no tenía tiempo. La supervisora alcanzó a preguntarle por algunos detalles de cómo se encontraba la paciente y la doctora sólo insistió en que la habían manipulado demasiado, y no supo decirnos si había sufrido uno o varios desgarros o a qué se debía su condición. Después agregó: “tiene mucho dolor y el problema ahora es de ustedes porque la paciente está muy molesta”. Lo dijo tan seriamente, que por un momento yo sentí que efectivamente era también era mi problema.

Al día siguiente volvimos al hospital. No pudimos aclarar lo que había ocurrido. En entrevista con una de las doctoras encargadas de la coordinación de las prácticas de terreno de las alumnas de partería, ella nos informó que éstas le habrían hecho varios tactos “y que por eso se *distoció* el parto”. Las alumnas por su parte negaron esta versión. Luego, pudimos visitar a la joven madre, nos presentamos y la supervisora le comentó: “nos dijeron que estaba usted muy molesta...”. “Eso dijeron ellas”, contestó la joven, “pero no. A mi también me regañaron cuando llegamos, siempre es así”. Y el marido agregó: “por eso no la quise traer aquí”. Pero la joven ya no quería seguir siendo interrogada. “Yo soy la que debería preguntar”, nos dijo, “viene

una y me pregunta, otra y me regaña...”. Ante lo cual nos despedimos y dejamos sola a la pareja con su hijita.

4.3 La capacitación de parteras tradicionales

La experiencia de capacitación de parteras tradicionales en México es bastante amplia. “Los cursos de entrenamiento para parteras se iniciaron en los años veintes y a mayor escala, a partir de 1927 a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Veracruz”, refiere Marianne Dietiker (1998: 50). Posteriormente el adiestramiento de parteras se volvió parte de las actividades materno infantiles de los centros de salud en numeroso pueblos de casi todo el país, aunque con altas y bajas, incluyendo su casi abandono en la década de los sesentas hasta 1972 (Dietiker, 1998).

Desde entonces, las instituciones de salud han promovido la capacitación y adiestramiento de parteras tradicionales, con la finalidad de “mejorar su práctica” e integrarlas al sistema de atención primaria de salud, lo que ha facilitado a las instituciones el acceso a las comunidades y la aplicación de programas de salud a bajo costo.

Particularmente el caso de las parteras –a diferencia de otros terapeutas, curadores, o agentes “tradicionales” de salud comunitaria- ha sido desde hace mucho de interés para las instituciones de salud, ya que éstas se han identificado como “idóneas para apoyar estrategias de extensión de cobertura, en regiones de gran dispersión que no cuentan con médicos y servicios sanitarios (Castañeda y Lerín, 1999). A través de parteras se han promovido programas de salud y de prevención importantes en distintos de estados de la República, tales como prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, campañas de vacunación, anticoncepción y promoción de la lactancia materna.

En este sentido, el aporte de la partería tradicional a la salud poblacional ha sido muy importante. Sin embargo, desde el sector salud, la práctica de las parteras

tradicionales se ha incorporado a la atención primaria de una manera subordinada, utilizándolas, pero sin reconocerlas (Castañeda y Lerín, 1999).

Los programas y cursos de capacitación a parteras privilegian “que las parteras faciliten al sistema público de salud la obtención de información básica sobre los procesos de salud y enfermedad en regiones marginadas”, y “que las parteras desarrollen actividades propias del sector como son las de promoción de la salud y la identificación de casos de riesgo” (Castañeda y Lerín, 1999: 132).

A pesar del éxito que se le pueda atribuir a estas capacitaciones, en otro sentido esta estrategia también ha presentado inconvenientes, desventajas y hasta ha traído perjuicios en determinadas ocasiones. Algunos estudios antropológicos (Cominsky, 1992; Castañeda y Lerín, 1999) en los que se da cuenta de cómo, muchas veces, hay muy poca o nula concordancia entre los esquemas conceptuales y los mapas mentales con los que el personal de salud que capacita se enfrentan a la enseñanza de parteras tradicionales. Estos encuentros, pueden entonces tener distintos resultados, no necesariamente positivos.

Ya en 1910, Nicolás León mencionaba que algunos médicos impartían cursos individuales a mujeres interesadas o que practicaban la partería, y Marianne Dietiker refiere que lo continuaban haciendo, según las parteras urbanas del Distrito Federal, a fines del siglo XX (Dietiker, 1998). Durante mi trabajo de campo también pude recoger el relato de una partera tradicional del municipio de San Miguel de Allende, quien trabajaba en estrecha relación con un médico, a quien derivaba partos con complicaciones y quien le había enseñado a utilizar inyecciones de oxitocina entre otras cosas.

Además de estas experiencias de capacitación de parteras por parte de las instituciones de salud o en forma individual, se cuentan escuelas de partería que se han formado en y desde organizaciones indígenas de médicos tradicionales, entre los que las parteras, por supuesto, figuran en gran número. Escuelas, cursos o talleres que, como la experiencia que relata Graciela Freyermuth (s/f) en la organización de médicos indígenas del estado de Chiapas (OMIECH), en las últimas décadas han

desarrollado distintas combinaciones de ciertos conocimientos obstétricos modernos de utilidad, con los procedimientos de atención tradicionales.

En aquel encuentro en Oaxtepec, otra propuesta de escuela de partería la presentó “Nueve Lunas”, una organización no gubernamental que desde hace años funciona en Oaxaca y trabaja con parteras tradicionales de la región. Esta escuela se puso en funcionamiento el año 2005 y su esquema educacional es bastante interesante: una aprendiz de partera permanece junto a una partera tradicional aprendiendo directamente de ella en la comunidad y durante los años de formación, las aprendices inscritas en esta escuela, llamada Luna Llena, participan además de reuniones generales y de talleres en los que las aprendices de partera reciben formación complementaria que puede provenir de otros modelos de atención.

Sin embargo, a pesar de estas y otras iniciativas, las parteras tradicionales están desapareciendo en México. Un estudio local, realizado en Oaxaca por esta misma ONG, Nueve Lunas, y presentado en la Conferencia sobre la Naturaleza del Nacimiento, mostraba que la mayoría de las parteras tradicionales son mujeres de edad avanzada, muy pocas son las que tienen menos de cuarenta años, y esto es porque las jóvenes ya no están interesadas en heredar este oficio. Esta tendencia la comentó también en entrevista Paola Seisa⁴, antropóloga del CIESAS Oaxaca, quien comentaba además, que por lo mismo, la política oficial de salud con las parteras ya no es de integración.

4.4 Historia de la profesionalización de la partería en México

Una profesión se puede definir como la posesión de conocimientos científicos, humanísticos o artísticos especializados, adquiridos por medio de la educación formal acreditada de alguna manera y cuyo ejercicio público se hace a cambio de una remuneración. Las profesiones surgen de alguna habilidad útil o necesidad específica que se va delimitando con el tiempo, y por medio de requisitos fijados por las

⁴ Entrevista sostenida el 29 de julio de 2005, en oficinas de CIESAS, Oaxaca.

autoridades o los mismos gremios o corporaciones que agrupaban a sus representantes, se va controlando su ejercicio. La medicina, y sobre todo la cirugía, eran profesiones poco respetadas durante la colonia, pero que lenta y muy recientemente adquirirían renombre con el progreso de la ciencia a lo largo de los siglos XIX y XX (Arce y cols, 1982).

A partir de la conquista y al igual que en Europa, en la Nueva España las parteras locales fueron examinadas y vigiladas por las autoridades, quienes les exigían bastantes requisitos a cambio de reconocerles y autorizar su ejercicio.

Ya en siglo XVII había parteras españolas, negras, mestizas, mulatas e indígenas reconocidas entre las mujeres, que contaban con recursos terapéuticos para combatir la esterilidad, detener el aborto, regular la contractilidad uterina, aumentar la producción de leche y fortalecer a la puérpera (Carrillo, 1998). Ellas cuidaban a la embarazada durante la gestación, la bañaban en el temascal, aunque los médicos ilustrados de la época advertían a las mujeres de no atenderse con parteras: “mientras no aprendieran estas mujeres el *arte de partear*, escrita y perfeccionada por hombres muy hábiles, es disparate fiarse de las comadres para otra cosa que para recibir y bañar la criatura y bañar y mudar ropa limpia a la parida” (Bartolache, 1773; cit. por Carrillo, 1998: 168). Las mujeres, sin embargo, al parecer preferían seguir buscando a parteras experimentadas más que con títulos.

Durante el siglo XIX los médicos mexicanos fueron estableciendo su saber como poder hegemónico, ya que gozaban del prestigio cientificista, del poder institucional y eran todos ellos hombres respetables dentro de su sociedad patriarcal, intentaron convencer a la población de la superioridad de la medicina autodenominada científica. Hubo entonces intentos, por parte del estado mexicano y de la profesión médica, de reemplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas, entrenadas por ellos mismos, y que les sirvieran de auxiliares.

Durante la primera mitad del siglo XIX se comienzan a dictar en México cursos de instrucción para las parteras y en 1841, se titula la primera partera profesional. A excepción de una, las distintas escuelas de partería en México y en otras capitales de la República impartieron estos cursos sólo a mujeres. En su mayoría éstas eran

jóvenes mayores de edad, a quienes se les exigía tener buenas costumbres y saber leer y escribir (Carrillo, 1998).

Con la formación de parteras profesionales se buscaba reemplazar la labor de las parteras tradicionales que no contaban, desde la perspectiva biomédica y oficial, con las herramientas y conocimientos necesarios para una buena y segura práctica de atención al parto y nacimiento. La partería profesional nace entonces en México, “con el doble carácter de actividad necesaria para la profesión médica y subordinada a ella, y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica” (Martínez Benítez *et al.*, 1985; cit. por Carrillo, 1994: 170). Las parteras profesionales, como medio para eliminar a las parteras tradicionales, permitieron el acceso de los médicos a las embarazadas, parturientas y puérperas que aún seguían atendándose con parteras tradicionales o empíricas no acreditadas oficialmente (Carrillo, 1994).

La relación entre estas parteras y los médicos nunca estuvo exenta de contradicciones. Se distinguía a los médicos que cumplían con la formación de parteras, pero en realidad la situación frecuente era que ellas impartieran sus conocimientos a los médicos. Ana María Carrillo (1999:174) relata cómo la actitud de los médicos tendió a ser de expropiación del conocimiento y la autoridad de las parteras:

Dolores Román, india pura y primera partera en jefe de la Casa de Maternidad de la ciudad de México, fue la primera en hacer la versión por maniobras externas del feto en un hospital. La prensa médica propagó después la noticia de que la había hecho “bajo la dirección” del médico Martínez del Río, e incluso atribuyó a los tocólogos mexicanos la “invención” de esa maniobra, que en realidad hacían las parteras indígenas desde la época prehispánica, y aún realizan actualmente (Carrillo, 1999: 174).

Pero estas contradicciones se agudizaron sobre todo a partir de la instauración de la ginecología como especialidad médica en México en 1887, año en que se instituyó la cátedra de perfeccionamiento en obstetricia. Para entonces el número de partos atendidos por parteras profesionales y tradicionales respectivamente, era incompatible con el desarrollo de la especialidad obstétrica.

Se comenzó estableciendo límites al campo de acción de las parteras, identificando los tipos de partos que les estarían restringidos al personal no médico (partos complicados) y estableciéndose reglamentos de censura y pena a aquellas personas que ejercieran la partería sin autorización oficial. También se fijaron aranceles para el estudio de la profesión, aumento de los requisitos para la obtención del título, y una serie de normativas que aseguraban la competencia exclusiva de los médicos en el ámbito (Carrillo, 1999). Las prácticas tradicionales de las parteras fueron denunciadas como perniciosas, y el monopolio que los médicos pretendían sobre la atención del embarazo, parto y nacimiento se justificaba con el argumento de que su medicina estaba fundamentada científicamente.

A finales del siglo XIX, las parteras profesionales acusaban a los médicos de haberse apropiado de la parte lucrativa del ejercicio de su profesión. Más adelante, ellas mismas se convertirían de profesionales libres en asalariadas, restringidas exclusivamente al ámbito institucional.

A partir de 1910, durante los años que siguieron a la revolución, se comienzan a crear varias maternidades en el país. En ellas, hasta los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los partos eran atendidos por parteras, lo que fue fundamental para que la población que tenía ciertos recelos de atenderse con médicos aceptara los partos hospitalarios. En 1964 se afirmaba que en las ciudades de provincia sólo un 20% de los partos eran atendidos por médicos, y en el medio rural sólo un 2% (Martínez *et al.*, 1993).

Junto a la creación de la carrera de enfermería en la capital, en los años sesenta, que suprimió la de obstetricia, comenzó una suerte de extinción de las parteras profesionales en México. Una década antes se habían congelado sus plazas (si una partera profesional jubilaba, ya no se contrataba otra), las parteras profesionales envejecieron y a partir de los años sesenta se les comenzó a prohibir que continuaran la atención de partos que durante decenios venían practicando (Carrillo, 1999). Como comenta Ana María Carrillo:

Durante siglos, el embarazo y el parto –normales o no– fueron atendidos por las parteras; después se dijo que ellas sólo podían atender los embarazos y partos

normales –aunque fueron cambiando los límites entre lo que la profesión médica consideraba normalidad o anormalidad–; finalmente se sostuvo que los médicos debían atender todos los partos. Esto coincidió con grandes avances en ginecología y obstetricia, que hicieron mucho más seguros los embarazos y partos con complicaciones, pero implicaron también una mayor intervención médica (inducción rutinaria, aumento de cesáreas, promoción de la lactancia artificial, etc.) (Carrillo, 1999: 189).

Así, entre los siglos XIX y XX nace y evoluciona en México la partería como una profesión sanitaria subordinada a la profesión médica. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo pasado, se clausuran sus estudios, se congelan sus plazas de trabajo y finalmente a las parteras profesionales se les prohíbe atender partos. Su atención termina siendo un procedimiento de exclusivo manejo médico (Carrillo, 1999).

El caso de la partería tradicional o empírica, como ya se vió, es más complejo y contradictorio: por una parte se intenta controlar su ejercicio y por otra se procura mejorar su práctica (Martínez *et al.*, 1993). Desde un punto de vista histórico, se plantea que existe una estrecha relación entre el nacimiento y muerte de la profesión de partera, por un lado, y la persistencia de las parteras tradicionales junto al desarrollo de la ginecología y obstetricia por el otro. Las parteras tradicionales, no fueron reemplazadas por las parteras profesionales. Sin reconocimiento ni apoyo estatal han permanecido en el campo, caracterizadas por el reconocimiento de sus comunidades y atendiendo un significativo porcentaje de los nacimientos en México. Justamente esto puede explicar el que las mismas instituciones de salud que antes favorecieron la eliminación de las parteras profesionales, hayan promovido cursos de capacitación a las parteras tradicionales o “empíricas”, oscilando entre la prohibición y la capacitación, el reemplazo y la integración, la institucionalización y el control (Carrillo 1999).

Actualmente, respecto a la profesionalización de la partería, a nivel internacional se observan múltiples trayectorias para la formación de parteras tituladas. La acreditación como partera se puede alcanzar siendo aprendices de otras parteras experimentadas y autodidactas, al cumplir con los requisitos estipulados, por ejemplo, por la Liga de Parteras de Norteamérica (MANA, por sus siglas en inglés, de la que forman parte parteras de México, Estados Unidos, Canadá y recientemente Guatemala). A nivel superior, en muchos países es posible estudiar la carrera técnica o universitaria de partería o de obstetricia con programas de entrada directa, o bien, en

programas basados en estudios universitarios de enfermería con posterior especialización en obstetricia. Respecto a estas dos entradas a la formación de parteras, es posible encontrar interesantes debates y relaciones, como se puede observar en la publicación editada por Robbie Davis-Floyd y Cristine Jonson (2006).

En medio de estas posibilidades, el modelo de partería que promueve la escuela de parteras profesionales de CASA, se presenta como de nivel intermedio, proponiendo una combinación de la partería tradicional con elementos de la biomedicina moderna.

CAPÍTULO 5

LA ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE C.A.S.A. Y LAS NUEVAS HEREDERAS DE LA TRADICIÓN

“Esta carrera es muy juzgada, muy difamada, pero finalmente son las mujeres las que nos reconocen. Son ellas las que nos siguen buscando, por nuestra atención.”

Fabiola, Partera Profesional egresada de CASA.

Los orígenes de un resurgimiento y revaloración de la partería en México se pueden ubicar en los intereses y esfuerzos individuales de distintas mujeres que buscaron y crearon formas de convertirse en parteras; ya fuera empíricamente, como aprendices de una partera tradicional, como autodidactas o como alumnas de otras parteras profesionales. Las historias de estas precursoras, que incluyen a algunas de las fundadoras de la escuela de CASA, han sido relatadas por Robbie Davis-Floyd en un interesante artículo que reseña el incipiente movimiento revitalizador de la partería en México (Davis-Floyd, 2001).

El caso concreto que ocupa este estudio, aparece teniendo como contexto el que las parteras tradicionales en México pueden ejercer con relativa libertad su oficio en sus comunidades, cuando han sido registradas, capacitadas y autorizadas por las autoridades sanitarias, articulando así –en mayor o menor medida– su trabajo con las instituciones. Existen también muchas parteras tradicionales que ejercen de manera oculta, temiendo ser perseguidas o denunciadas, lo que tal vez puede observarse especialmente en zonas urbanas (ver Dietiker, 1998). Y a pesar de haber también licenciadas en enfermería y obstetricia, son los médicos los principales encargados de la atención de partos en las instituciones de salud.

En este contexto surge entonces la propuesta de desarrollar una nueva forma de partería en México en la Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A.C., en San Miguel de Allende, Guanajuato.

5.1 El municipio de San Miguel de Allende y CASA, A.C.

San Miguel de Allende es un municipio cargado de contrastes. Se ubica en el estado de Guanajuato a unas cuatro horas de la ciudad de México, en la zona geográfica conocida como el Bajío. Es una pequeña ciudad muy turística reconocida por la belleza de sus calles y su clima templado, ofrece gran variedad de actividades y productos de consumo a una gran cantidad de turistas nacionales y sobre todo extranjeros. Se ubica, sin embargo, en una zona que concentra altos índices de pobreza y ruralidad, donde se registran bajos niveles de educación y poco acceso a servicios de salud.

San Miguel de Allende fue declarada monumento histórico en 1926 por el Gobierno Mexicano y conserva una bella arquitectura colonial especialmente en la zona del centro histórico y social de la ciudad, con calles adoquinadas, grandes edificios e iglesias de impresionantes fachadas.

Fundada en 1542, fue paso del “Antiguo camino Real”, ruta de la plata, y destacó después durante la guerra de independencia mexicana por el general Ignacio Allende, quien nació en esta ciudad y es considerado héroe patrio. San Miguel de Allende se ubica dentro del territorio que durante la Guerra de los Cristeros fue defendida por los cristianos. Durante la década de los 50, el pueblo se convirtió en un lugar conocido por sus atractivos turísticos y fueron llegando tanto gente de paso, como inmigrantes que cautivados por su clima, se asentaron o comenzaron a pasar largas temporadas.



Fotografías de la zona céntrica de San Miguel de Allende,
Guanajuato.

Al recorrer las calles de la ciudad, es evidente, la gran cantidad de turistas y extranjeros que la visitan o habitan; especialmente en el centro histórico y comercial, en los varios mercados, cafés, plazas, galerías y comercio en general, donde gran parte de los productos que se ofrecen son artesanías de muy buena calidad provenientes de distintas comunidades y estados de México. La oferta comercial para turistas es variada e incluye la comercialización de arte, vestuario, orfebrería y mueblería fina.

Se observa en la ciudad gran cantidad de restaurantes de cocina mexicana e internacional, donde por sus vestuarios, acentos y rasgos físicos se reconoce siempre la presencia de turistas y extranjeros. La ciudad cuenta con muchos hoteles, y en los alrededores se puede encontrar balnearios de aguas termales y –como en muchos

lugares actualmente– servicios de spa y terapias alternativas para el cuidado de la salud, del cuerpo, el control del estrés o el equilibrio y bienestar emocional.

Entre las calles del centro, frente a exclusivas tiendas y casas comerciales, se ubican también vendedores ambulantes de artesanía y dulces, la mayoría indígenas o campesinos, vendedoras de flores acompañadas de sus hijos y varios niños y niñas vendiendo ellos mismos o dejándose fotografiar por los turistas a cambio de una venta o de dinero. Es una ciudad relativamente pequeña, y aunque el sector céntrico y otros recorridos están en un terreno de muchas colinas, se camina fácilmente entre los distintos sitios de interés turístico.

En otros espacios públicos como la biblioteca municipal o en algunos de los centros culturales o de instrucción artística que se han abierto en la ciudad, también se distingue gran cantidad de extranjeros, presencia que muchas veces es mayoritaria. Esta oferta de “actividades culturales”, como lectura poética, danza, música, exposiciones plásticas, etc. es organizada algunas veces por la misma comunidad de inmigrantes, y de hecho no es raro que algunas de las actividades de estos centros se realicen completamente en inglés.

Al parecer, gran parte de los inmigrantes que llegan a vivir a San Miguel de Allende son estadounidenses, y mucha de la propaganda comercial de inmuebles se anuncia con grandes carteles en inglés, en los que se ofrece hermosas casas y condominios de estilo colonial con precios en dólares. Circula al menos un periódico con columnas en español y en inglés. Hay escuelas de arte reconocidas, una galería donde los principales dueños y exponentes son “gringos”, y al menos una escuela bilingüe.

En San Miguel de Allende se percibe la presencia extranjera y los contrastes que este tipo de inmigración produce en muchos ámbitos. Algunos de estos residentes resaltan esta característica de la ciudad y refieren que ésta es una “pequeña ciudad híbrida”, donde se dan cosas especiales por lo particular del lugar y de la gente que lo habita. Sin duda, cualquier ciudad moderna tiene mucho de “hibridez”, pero tal vez en relación con otras ciudades cercanas como Dolores, Celaya, Querétaro o San Luis de la Paz, en San Miguel de Allende se percibe un ambiente distinto, donde los

extranjeros no sólo son turistas que pasan –y no sólo llegan turistas extranjeros–, sino que también habitan la ciudad y han transformado el lugar para adecuarlo a sus necesidades.

Más allá de la pertinencia o de los límites conceptuales de lo híbrido, se apunta aquí a la idea de que la vida cotidiana transcurre en un ritmo y una forma que evidencia a cada momento las distancias en la diversidad de orígenes de las personas que forman la comunidad visible del municipio, y que se representó por algunos inmigrantes como fuente creativa, como potencial, asociado quizá a las artes y a la posibilidad de llevar una “vida buena” en un lugar agradable, bien cuidado y con variadas actividades. Cabe mencionar que al parecer los inmigrantes son en gran número jubilados, que llegan legalmente al país y con el cambio monetario a su favor.

En los sectores residenciales o colonias del municipio, también es posible reconocer la presencia de inmigrantes extranjeros. Hay sectores que conservan sus calles adoquinadas y otros donde se ha pavimentado, pero en general la arquitectura sigue el estilo y se mantienen detalles como fuentes de agua, jardines floreados, arcos, vigas de madera, balcones, en las cercanías del centro y las zonas más exclusivas.

Por supuesto, también hay sectores en donde se reconoce principalmente la escasez de recursos que caracteriza mayoritariamente a la población de este municipio, donde la presencia extranjera disminuye drásticamente y muchas de las calles están demarcadas sólo por el uso. El municipio de San Miguel de Allende, está conformado además por una importante cantidad de comunidades rurales en las que se concentran aún más las cifras de pobreza y exclusión social.

Dentro del centro urbano del municipio, el sector de la colonia Santa Julia interesa en particular porque es allí donde se ubican las dependencias de la escuela de partería profesional y la clínica de CASA. Santa Julia es una de esas colonias donde se mezclan en el mismo espacio, estilos y presupuestos de construcción muy dispares. En las calles de la colonia, camino a la escuela, se observan varios almacenes y tiendas de verduras, productos enlatados, panaderías, tortillerías, lugares

de comida, centros de Internet, dos gimnasios, una escuela de acrobacia y una sede de Alcohólicos Anónimos entre los espacios públicos que más llaman la atención.

Santa Julia es un sector tranquilo, y a menudo se ve gente circulando o compartiendo en sus calles; con mucha frecuencia se observan mujeres, niños y ancianos fuera de sus casas o caminando; y esto recuerda los elevados índices de migración que presenta la región, mayoritariamente de jóvenes y hombres mexicanos que se van “para el otro lado” en busca de mejores oportunidades laborales en los Estados Unidos.

Aparece como un dato curioso, el comentario de las parteras sobre cómo muchas mujeres en el municipio tienen hijos en el mes de septiembre, bastantes más que en otros meses del año, precisamente nueve meses después del egreso temporal, a fin de año, de los compañeros que han migrado al país del norte. Muchas de estas mujeres pasan gran parte del año solas, encargadas de la casa y los hijos. Es interesante pensar en la importancia del papel que una partera puede desempeñar como apoyo emocional en los casos de estas mujeres.

Las dependencias centrales del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, A. C., CASA, se ubican entonces a pocos minutos del centro histórico, en un amplio terreno ubicado en la colonia Santa Julia, muy cerca de la terminal de autobuses. Se puede caminar desde allí hasta la parte alta de la colina de enfrente, para llegar a las instalaciones de la organización, donde se encuentra la dirección general, la escuela de parteras, una guardería infantil y una hermosa biblioteca abierta al público (la escuela de parteras tiene bastante material bibliográfico y didáctico allí, aunque cabe mencionar que buena parte de la bibliografía está en inglés, lo cual limita su acceso por parte del público en general y también de la mayoría de las alumnas). En este mismo terreno se centralizan además las oficinas administrativas y la coordinación de los distintos programas de trabajo, como el de jóvenes promotores, prevención y atención en violencia intrafamiliar, grupos de teatro o la radio comunitaria (donde uno de los programas emitidos con bastante éxito es el que relata en forma de radio novela la historia de Doña Antonia). CASA cuenta además con un amplio auditorio, salones de reunión, una cocina y bellos jardines y patios interiores. En este

mismo terreno se ubica la casa-internado donde viven las alumnas de la escuela procedentes de otros lugares.

El Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA) opera en el municipio desde el año 1981 y tiene por misión “contribuir con calidad y calidez a elevar las condiciones de vida de la población más vulnerable a través de acciones en salud, educación y cultura, promoviendo el desarrollo sustentable y el respeto a los derechos humanos con una perspectiva de género”, como aparece en una placa a la entrada de sus instalaciones.

CASA es una organización sin fines de lucro que “ha trabajado con un modelo de desarrollo comunitario, enfocándose sobre los derechos de salud reproductiva” (Goodman, s/f 2). El principal objetivo en esta línea es disminuir la ocurrencia de embarazos no deseados en general, y de embarazos adolescentes en particular. Fue fundada precisamente por una inmigrante estadounidense, Nadine Goodman, graduada de trabajo social y salud pública, quien ha sido desde entonces la principal impulsora de los programas de trabajo y del desarrollo de la organización.

El enorme desarrollo de CASA ha contado con un importante aporte financiero a través de donativos locales, extranjeros y de distintas fundaciones a nivel internacional, entre ellas se menciona a Family Planning International Assistance, Fundación MacArthur, Fundación de David y Lucille Packard, Salvar a los niños – Holanda, Public Welfare, Fundación Turner y Prospect Hill. Actualmente, la asociación posee un extenso terreno donde se ubican las instalaciones principales, el cual pudo adquirir gracias a una donación financiera recibida por el gobierno del Estado de Guanajuato, junto con el donativo hecho por una familia mexicana. En este terreno construyeron las grandes y hermosas dependencias de la organización, construcciones que no dejan de impresionar puesto que conservan el estilo colonial que caracteriza a San Miguel. En los últimos años, parte de este espacio se ofrece como centro de eventos y conferencias, en una estrategia diseñada para allegar más recursos.

Fotografías de las instalaciones de CASA.

Una de sus dependencias responde al trabajo desarrollado a través de programas jóvenes promotores, quienes realizan actividades

de educación especialmente en las comunidades rurales cercanas del municipio, aunque también han realizado actividades de promoción en otros municipios y estados del país. El trabajo comunitario se realiza contando con personas asalariadas y además con una gran cantidad de voluntarios que han pasado por la organización. Según pude observar durante las estancias de campo muchos estudiantes extranjeros hacen estancias de servicio social en esta organización.

Llama la atención las estrategias de difusión que se han desplegado y que apuntan bastante a un público transnacional (muchos de los folletos informativos, de publicidad y difusión de CASA que obtuve como material para este estudio están en inglés). También a través de Internet (www.casa.org.mx) se informa al público internacional interesado en los temas que trabaja la organización, y son muchos los contactos con organizaciones internacionales con los que han contado a lo largo de su historia. Así, las estrategias de difusión para el apoyo y validación de los programas implementados por la organización parecieran tener más eco a nivel internacional que dentro del territorio mexicano; son varios los artículos que acerca de esta organización se han publicado en revistas y periódicos en el extranjero, como se puede constatar en los archivos de CASA. Y, sin embargo, las autoridades mexicanas se han tardado en reconocer su aporte e incluso se han mostrado resistentes al proyecto, según comentan los mismos miembros de la organización, y como se verá en relación con el desarrollo de la escuela.

Por parte de la comunidad se puede observar, en cambio, bastante aceptación, en tanto muchas personas buscan y acceden a los servicios de CASA. Particularmente en la clínica, pude entrevistar a algunos de los usuarios, quienes referían una muy positiva valoración de los servicios que allí se prestan.

5.2 La creación de la Escuela de Partería Profesional de CASA

Sin duda el proyecto más ambicioso de CASA es la Escuela de Parteras Profesionales, que tienen por objetivo general “contribuir al mejoramiento de la salud materna infantil, mediante el desarrollo y avance de la profesión de partera”. Esta

convoca “a mujeres que estén interesadas en la carrera más antigua y de más futuro”, como puede leerse en los folletines de difusión de la escuela.

Como relatan las mismas maestras o algunas parteras profesionales ya egresadas, la idea de crear una escuela de partería surgió desde un grupo de parteras tradicionales que en 1987, a través de los programas de promotores de CASA, tuvo acceso una capacitación sobre temas de planificación familiar. Posteriormente, ellas mismas se acercaron a la organización solicitando una capacitación específicamente para mejorar su práctica como parteras, y presentando la inquietud de que mujeres jóvenes pudieran también aprender la partería. Así, se logró coordinar desde CASA que un grupo de 20 parteras tradicionales iniciara un programa de entrenamiento diseñado y dirigido por Patricia Kay, partera titulada de origen extranjero. A lo largo de dos años, la gran mayoría de ellas fue abandonando el programa por diversos inconvenientes, tanto personales como por cierta interferencia con instituciones salud, como relata la misma formadora en una ponencia presentada en 1994, en el Coloquio sobre Capacitación a Parteras Empíricas para la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México (Kay, 1994). De este grupo, sólo cuatro de ellas logró concluirlo y tres lo hicieron con éxito en las evaluaciones finales.

Doña Antonia formó parte de estas últimas y actualmente ella es “el alma de la escuela”, como dice una de las egresadas, “tiene tanta experiencia que es la maestra de las maestras”. Y efectivamente, ella es una de las parteras más conocidas de CASA. Durante el trabajo de campo, observando una consulta prenatal en la clínica, puede ver como una partera profesional ya egresada y con bastante experiencia atendiendo partos, derivaba a una mujer embarazada que tenía una fecha de parto próxima, para que fuera doña Antonia quien intentara una maniobra para procurar la adecuada presentación del *bebino* para el parto, y evitar así una cesárea. Es ella, entonces, quien detenta las habilidades características de la partería tradicional, que ni siempre adquieren las alumnas de la escuela durante sus tres años de formación. Doña Antonia atiende también muchos partos a domicilio, y el nivel socioeconómico de sus clientas es bastante diverso. Justamente en San Miguel de Allende, con la fuerte afluencia de inmigrantes extranjeros, la búsqueda de modelos alternativos de salud es

muy recurrida, y muchas veces fue posible observar la concurrencia de mujeres extranjeras a la clínica o que solicitaran atención domiciliaria de parteras profesionales.

A partir de estas primeras iniciativas, se gestó también la idea de construir un hospital de maternidad donde las parteras pudieran trabajar coordinadamente con médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, accediendo oportuna y expeditamente a recursos médicos para la atención de complicaciones. Esta idea se formuló como la construcción de un hospital donde las parteras “puedan sentirse como en casa”. En 1996 fue fundado el hospital clínico de CASA, que serviría como campo clínico para la formación de las parteras profesionales.

Al año siguiente, la escuela partería ya se encontraba en funcionamiento, y en el año 2000 se graduó la primera generación de parteras profesionales de nivel técnico en México. Entre ellas, se graduó también la partera Maricruz, quien es otra de las principales figuras de la escuela y del quehacer de CASA. Maricruz es una mujer muy fuerte, tiene algunos años de estudios universitarios de medicina, y se ha dedicado intensamente al desarrollo del proyecto de la profesionalización de la partería, por lo que ha viajado por distintos lugares dentro y fuera del país difundiendo y representando al proyecto. Ha sido maestra y directora de la escuela, y trabaja en la clínica de CASA.

Cabe mencionar también, que la gestación de este proyecto contó con el importante apoyo de otra partera de origen estadounidense, Allison, quien se formó como autodidacta y junto a una partera tradicional de San Miguel de Allende hace ya varios años. Ella es una partera certificada, cuya historia pude escuchar en su hermoso “laboratorio” de remedios naturales donde actualmente trabaja en el centro del municipio. Ella continúa colaborando en la escuela, dando clases (también pude asistir a una de ellas), pero ya no se dedica a la atención de partos.¹ Sin duda, muchas otras personas han colaborado a lo largo de estos años en dar forma a este proyecto, pero durante mis estancias de campo, estas tres parteras me parecieron ser las más

¹ Su historia también aparece reseñada en el artículo de Robbie Davis-Floyd (2001) antes mencionado.

emblemáticas, ya que a la vez, las tres representaban modelos distintos de acercamiento a la formación en la atención de partos y al cuidado de la salud en general.

Junto con el egreso de la primera generación de parteras profesionales se terminó de definir el programa de formación de la escuela. Mientras que inicialmente se habló de una formación de algunos meses, el programa elaborado finalmente se estructuró a lo largo de seis semestres. El plan de estudios corresponde a un sistema escolarizado, que contempla períodos de práctica en hospitales, clínicas y comunidades rurales, e incluye la formación en tres áreas: 1) área básica: biología, anatomía y fisiología, farmacología, nutrición, técnicas de educación, enfermedades infecto-contagiosas y administración; 2) área de especialización: obstetricia, neonatología, salud pública, ginecología básica, derechos y responsabilidades, planificación familiar; y 3) área de desarrollo integral: psicología, antropología y sociología. La formación escolarizada de las parteras concluye con la redacción de una tesis, y deben además realizar un año de servicio social para obtener su cédula profesional.

Esta escuela se propone desde su inicio como parte de una estrategia a mediano y largo plazo, para incidir positivamente en la salud de las mujeres mexicanas en general, brindando atención, tratamiento, orientación, información y educación en salud sexual y reproductiva. La meta es contribuir a que “todas las mujeres mexicanas accedan al modelo de cuidados de la partería y a asegurar sus derechos de salud reproductiva” (Goodman, s/f 1 y 2). Así, el objetivo general de la escuela se ha descrito como “contribuir al mejoramiento de la Salud Materna Infantil, mediante el desarrollo y avance de la profesión de Partera con una educación de alta calidad.”

Entre los documentos visados por la Secretaría de Educación de Guanajuato para la aprobación del plan académico, se describe el perfil profesional de egreso de las parteras profesionales adoptando la definición internacional de matrona o partera desarrollada por la Confederación Internacional de Parteras y adoptada por la Federación Internacional de Ginecobstetras en 1972 y 1973 respectivamente: “Una partera es una persona quien, habiéndose inscrito en un programa educativo para

parteras, reconocido en el país donde se imparte, ha cumplido el programa de estudios establecido y ha obtenido las calificaciones para obtener su registro legal y para practicar su profesión de partera”.²

El mismo documento continúa estableciendo que:

la partera es capaz de entregar la supervisión, atención y consejos necesarios a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y postparto, atender el parto bajo su propia responsabilidad y atender al recién nacido en su período neonatal. Esta atención incluye medidas preventivas, detección de condiciones anormales en la madre y neonato, referencia para una atención médica oportuna y la toma de medidas de urgencia en caso de ausencia de ayuda médica. Tiene una importante tarea en consejería y educación en salud, no solamente para la paciente, sino también para la familia y la comunidad. La tarea involucra educación y preparación prenatal para la paternidad y maternidad, extensiva a ciertas áreas de la ginecología, obstetricia, planificación familiar, neonatología y cuidados generales del recién nacido.

Como aparece también en un folletín de difusión de la escuela, las parteras profesionales son capacitadas para: proveer con calidad y calidez atención a la salud de la mujer y del recién nacido durante el proceso reproductivo normal; educar y promover la salud de la mujer y su recién nacido con una perspectiva de prevención, manteniéndoles en el primer nivel de atención; y trabajar en forma independiente de preferencia en su comunidad de origen con el reconocimiento de la calidad de profesionista de nivel técnico.

La escuela convoca a mujeres mayores de 18 interesadas en “el arte y la ciencia de la partería”. Desde la idea original, se pensó en dar prioridad a las jóvenes que fueran familiares de parteras tradicionales: hijas, nietas, sobrinas de parteras rurales, que estuvieran interesadas en aprender y heredar de otro modo el oficio, para continuarlo. Y efectivamente, cuando realicé esta investigación, el total de egresadas de la escuela ascendía a veintiuna, de las cuales diez eran familiares de parteras tradicionales. No todas las egresadas se encontraban ejerciendo la profesión (al

² Llama la atención como esta definición deja fuera a las miles de parteras tradicionales que muy hábilmente ejercen su oficio habiéndolo heredado como aprendices sin formalizar estudios oficialmente reconocidos, y muchas veces con tanta más destreza e intuición que la mayoría de los especialistas académicos. En esta definición el punto central es la validación formal por el poder dominante.

menos dos la habían abandonado, y una se encontraba estudiando medicina, según me informaron en la escuela). Yo tomé contacto con nueve parteras profesionales tituladas. El total de estudiantes al iniciar el trabajo de campo era de veintitrés, quince de ellas en primer año. Sin embargo al menos dos abandonaron los estudios en el transcurso de la investigación.

La escuela de parteras profesionales alberga a mujeres de procedencias muy distintas y a excepción de las alumnas que son del municipio de San Miguel de Allende, la gran mayoría vive en la casa- internado de la que dispone CASA para estos fines. A la escuela han llegado alumnas de distintos estados de la República: Oaxaca, Querétaro, Chiapas, Guerrero, San Luis Potosí, Estado de México, Colima, Veracruz y Puebla. Y cursan también estudios de partería, una alumna que llegó a la escuela desde Guatemala y otra que viene de Alemania. La procedencia de ellas es variada también en términos de que algunas vienen de pequeñas comunidades rurales más o menos apartadas y otras tienen un origen urbano. Hay alumnas que son hijas, sobrinas, nietas o parientas de parteras tradicionales, otras que cuentan con médicos alópatas o médicos tradicionales en su familia, y algunas que no tienen familiares vinculados al quehacer de salud. El nivel educacional entre ellas también presenta una gran variabilidad, pues hay algunas que ya tienen incluso estudios superiores o universitarios y otras que entraron directamente desde secundaria. Sus edades fluctúan entre los 17 y 43 años. Algunas de ellas están casadas o tienen uno o más hijos, sin embargo la mayoría es soltera. Hay algunas que trabajan además de estudiar para financiar su estancia en la escuela y otras reciben el apoyo económico de sus familias.

Esta es una escuela privada por cuanto implica el pago de una inscripción anual y de la colegiatura mensual, la cual se cobra de manera diferencial según las posibilidades económicas de las alumnas. La cuota mensual asciende a \$3,300 pesos, pero sólo una alumna ha podido pagar esta cifra. Las otras cuotas se han fijado en \$1,100, \$770 o \$550 pesos. La gran mayoría de las alumnas ha obtenido la posibilidad de ubicarse en este último rango de cobro y este apoyo implica un gran esfuerzo de parte de la asociación, para lograr financiar los gastos e insumos que el mantenimiento de la escuela requiere. Además, son varios los casos en los que no sólo se otorga el

beneficio de pagar la cuota más baja, sino que las mismas encargadas de la escuela son quienes se encargan de encontrar “padrinos” que se hagan cargo de financiar los estudios de algunas de las alumnas que no tienen posibilidades de pagar una mensualidad.

5.3 El ejercicio laboral de las parteras profesionales

Este proyecto piloto para la formación de parteras de nivel intermedio se fijó el objetivo de formar personal sanitario que pueda trabajar principalmente en comunidades rurales para, así, mejorar la situación de salud de las mujeres y niños en situación de vulnerabilidad social. El proyecto se inspira en la idea de contrastar la tendencia a la desaparición de las parteras tradicionales, considerando que en las comunidades rurales más apartadas, la permanencia y arraigo de profesionales universitarios es muy difícil. De hecho, una característica y un problema común en los centros rurales de salud es la constante rotación de médicos. En muchos sectores el único recurso universitario institucional con el que se cuenta corresponde a alumnos pasantes o egresados de medicina que, una vez cumplido el año de servicio social, se van a radicar a la ciudad. Los médicos, por lo general, no encuentran satisfacción a sus expectativas académicas, financieras, de especialización tecnológica o de calidad de vida en estas comunidades. Esta situación la pude observar claramente en una comunidad muy pobre del municipio de Taxco, en el Estado de Guerrero, donde residía una pasante de medicina, quien literalmente contaba los días que le faltaban para terminar su período allí y refería, además, que era posible que cuando ella se fuera nadie llegara a remplazarla.

Así, aparece como una estrategia interesante el formar personal sanitario de nivel técnico terminal que tenga mayores probabilidades de regresar, radicarse y ejercer en su comunidad de origen. El ingreso a una carrera de nivel técnico terminal no exige preparatoria y puede ser entonces mayormente accesible por jóvenes de comunidades rurales. Al respecto, en documentos de difusión de este proyecto se alude a las cifras estimadas para el estado de Guanajuato, donde se observa que el

promedio de escolaridad de las mujeres mexicanas mayores de quince años en localidades menores de 15,000 habitantes es de 6.3 años (Goodman, s/f 1).

El 4 de julio de 1997 la Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato otorgó a la Escuela de Partería Profesional de CASA A.C., el reconocimiento de la validez oficial a los estudios de educación técnica terminal en la especialidad de partera profesional, con alumnado femenino. Sin embargo, no sería hasta fines del año 2006, cuando las parteras profesionales de nivel técnico terminal fueran reconocidas oficialmente desde el sector salud.

Son interesantes los largos debates y las profundas contradicciones que aparecen en torno a la situación de las parteras profesionales durante este período. Es innegable el tremendo esfuerzo que desde la dirección de la escuela y de la organización se desplegó para conseguir, después de mucho, este reconocimiento. Este esfuerzo incluyó innumerables reuniones y cartas que, incluso a nivel internacional o a la presidencia de la República, fueron enviadas. Durante las estancias de campo, pude tener acceso a buena parte del archivo donde se guarda esta correspondencia que deja ver con claridad las dificultades que esta empresa les llevó.

Conseguir la aprobación de un campo clínico para las parteras profesionales de nivel técnico de parte de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) implicaría la posibilidad de que las parteras profesionales fueran normal y legalmente contratadas por las instituciones públicas de salud de la República. Sin embargo, esto implica también la necesidad de renegociar los ámbitos profesionales y las competencias estipuladas –finalmente desde el poder hegemónico– para la atención de la reproducción de la sociedad, cosa que, como ya se revisó en capítulos anteriores, involucra cuestiones económicas y de género, así como los valores e intereses que se juegan en la tensa relación entre médicos, licenciadas en enfermería y obstetricia, parteras tradicionales, y ahora, además, parteras profesionales de nivel técnico.

Al respecto, es importante señalar que estas relaciones de ningún modo son categóricas, puesto que como me fue posible observar durante el trabajo de campo, en

algunos casos fueron los médicos quienes aparecían como reticentes a confiar en las capacidades de un partera profesional formada “en sólo tres años”, y en otros casos, éstos eran los más entusiastas a la hora de alentar la validación de esta emergente profesional, aludiendo justamente a la intensa necesidad de contar con más personal y mejor capacitado para la atención de la salud reproductiva de las mujeres. Así mismo, me encontré, por ejemplo, con enfermeras que valoraban y apoyaban enormemente la labor de las parteras profesionales, mientras que también pude recoger relatos sobre otras enfermeras que no aceptaban “servir de auxiliares” a unas jóvenes con una formación “inferior” a la de ellas. También escuché de mujeres reticentes a la atención de una partera: varios entrevistados me comentaban que al principio, cuando recién llegaban las parteras profesionales a insertarse en establecimientos públicos, las mismas mujeres veían con desconfianza que las derivaran con una partera, por profesional que la llamaran, imaginándose generalmente a “una pobre viejita con una verruga aquí [en la cara]”.

Las opiniones eran encontradas, y mientras algunos argumentaban que seguir capacitando a parteras tradicionales y contar además con licenciadas en enfermería y obstetricia resolvía la necesidad de “atención de calidad” para la mujeres, otros apoyaban y aplaudían la iniciativa de CASA. La situación tampoco era más clara desde la perspectiva de las parteras tradicionales, puesto que para muchas de ellas, el renacimiento de la partería profesional aparecía más bien como una amenaza a su propio desempeño. Algo de esto, pude percibirlo ya desde ese primer encuentro internacional de parteras en Oaxtepec, donde de ningún modo parecía que se celebraba esta iniciativa. Pero más tarde, esta tensión la expresó claramente una de las alumnas de la escuela, quien es sobrina de una partera tradicional. Esta joven se mostró siempre muy orgullosa de pertenecer a una familia de parteras, sin embargo, en una de mis últimas visitas a la escuela, con muchísima tristeza me contó que sentía que su tía, de quien antes fuera su ayudante y aprendiz, ahora que se recibiría de partera profesional, ya no la trataba bien. “Es que ustedes quieren quitar a las tradicionales”, le habría dicho en la última conversación que sostuvieron. Ahora que estaba a punto de egresar, refería no querer instalarse en su lugar de origen “porque no quiero tener problemas con las parteras tradicionales”.

Mientras tanto, la situación en la que se encontraban las ya egresadas era bastante ambigua, ya que a pesar de no contar con la aprobación de CIFRHS, realizaban efectivamente el servicio social en instituciones de salud pública, lo que puede interpretarse como una clara muestra de la necesidad de este tipo de profesionales. Incluso, algunas parteras ya tituladas (que contaban con una cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, donde sí estaban perfectamente acreditadas) llegaron a tener contratos por períodos definidos en un programa piloto implementado en un municipio del Estado de San Luis Potosí, donde desde hacía cuatro años se repetían cifras de mortalidad materna ubicadas entre las más altas del país.

Durante mi trabajo de campo pude conocer este proyecto y a la única partera profesional que aún permanecía trabajando en el establecimiento. Otras tres parteras profesionales también participaron por un tiempo de éste, pero como una de ellas me relató (quien sólo llegó a permanecer tres meses), el intentar implementar el modelo de partería en un ambiente hospitalario institucional fue muy difícil y desgastante: “no nos dejaban trabajar a nuestro modo, no nos dejaban atender de *camazo*³, como ellos decían; nos sacaban las cosas de recién nacido; no nos acompañaban a las visitas domiciliarias porque decían que eran ellas las que tenían que bajar al hospital...”. Esta clase de dificultades es una constante que encontré entre los relatos de las distintas parteras profesionales que se insertaron de algún modo en establecimientos institucionales de salud.

La partera profesional que aún permanecía en este hospital también refirió dificultades en la relación con algunos profesionales del equipo del hospital. A pesar de que el proyecto de inclusión de parteras profesionales fue muy bien evaluado por las autoridades estatales, ella no se sentía completamente reconocida o aceptada. Un

³ Con esta expresión se indica el parto que ocurre en la cama de hospitalización y no en la sala de partos. Esta situación es muy evitada dentro del modelo hospitalocéntrico puesto que implica el contacto con fluidos orgánicos potencialmente contaminantes en un ambiente que se ha destinado a mantener aséptico. Sin embargo, el traslado de una mujer desde una sala de trabajo de parto a una sala de expulsión es totalmente contrario a las consideraciones de comodidad que para la parturienta hace el modelo de partería, y que se esgrimen también entre las recomendaciones que hace el movimiento por la humanización del nacimiento.

“síntoma” de esto puede interpretarse en el hecho que este hospital recibió un premio de parte del programa Arranque Parejo en la Vida, justamente por los logros en materia de salud reproductiva. Este consistía en financiamiento para implementar mejor el hospital, los cuales, sin embargo, no se utilizaron en los recursos que la partera profesional consideraba que requería. “Ni una silla de partos me compraron”, comentaba la partera profesional, “pero sí un *doppler* que no estoy autorizada a utilizar”.

Por otro lado, pude conocer también la difícil situación en la que se encontraba una partera profesional titulada que efectivamente había regresado a su comunidad, pero no tenía muchas posibilidades de insertarse laboralmente con éxito. Esta es una comunidad muy pobre, al andar sus calles impresionan las precarias condiciones en las que se encuentra la mayor parte de las viviendas de la comunidad. Como me contaban, esta otra partera profesional y la doctora pasante a cargo del centro de salud, el lugar se caracteriza por la falta de servicios sanitarios y agua potable, alimentación deficiente, altos índices de violencia, alcoholismo, desempleo, escasa escolarización de los niños, etc.; y todo ello se hace evidente al recorrer el lugar. En estas condiciones, el ejercicio libre de la profesión resulta muy complicado, pues difícilmente las mujeres tienen recursos para pagarle sus servicios. Como no existía la posibilidad formal de contratarla desde el sistema público, en el último año se había dedicado principalmente al trabajo voluntario en la organización no gubernamental que la becó para que estudiara los tres años de formación con dedicación exclusiva en CASA.

En esta comunidad ya no hay parteras tradicionales, y desde algunos programas no gubernamentales han capacitado a algunas mujeres para atender partos. Esta partera profesional trabaja con una de ellas, y cuando pueden cobrar por un parto, reciben ciento cincuenta pesos cada una. Trabajan juntas porque hay mucha violencia de género, y es muy difícil lidiar con las familias. “Para trabajar aquí como partera hay que tener mucho valor. Este es un pueblo totalmente machista. Las mujeres son de la casa [...] Está el marido, la suegra, todos los vecinos en el parto, y no dejan trabajar bien. El hombre decide si se hace algo o no”. Refiere que algunos hombres no aceptan determinados procedimientos ni mucho menos “que un hombre

[el médico] vea su mujer”. Además, el camino para llegar al pueblo es muy malo, muy pocos tienen vehículo propio y se cobra mucho por trasladar a una mujer a la cabecera municipal.

Para ella “ser partera es un reto, un desafío en este pueblo. De cinco mujeres, al menos tres salen con complicaciones”. Comenta además, que se han realizado estudios geofísicos en la zona pues se sospecha de contaminación de metales. “Han nacido muchos bebés con malformaciones en los últimos tres años, con labio leporino, paladar hendido y también muchos con anencefalia”.

Durante los dos días que permanecí con ella en este lugar, pude recoger mucha información sobre todas las complicaciones que trae la atención de salud reproductiva en este contexto. Lo cual resulta nuevamente bastante contradictorio respecto a la lógica general del proyecto de profesionalización de la partería: una partera profesional, de nivel técnico o no, se perfila particularmente para atender partos “normales”, es decir, sin complicaciones. Pero si justamente las condiciones ambientales de las comunidades más apartadas están generando que la mayoría de los partos las presenten y, además, no hay posibilidades concretas para una derivación adecuada ¿cuál es entonces el papel de la partera profesional en este contexto? A pesar de esto, esta partera en particular es una joven con muchos recursos personales, con una visión muy clara –y muy “moderna” podríamos decir– respecto a la situación que viven las mujeres en su pueblo. Y en mi opinión, este solo hecho implica un enorme potencial para el trabajo y desarrollo comunitario que esta joven podría llegar a desarrollar. No es menor tampoco el hecho de que haya sido ella la primera mujer que sale a estudiar en todo el pueblo, como su madre me comentaba. Esto significa entonces, que a diferencia de lo que ocurría antes, una joven inteligente como ella puede tener la oportunidad de desarrollarse y trazar para sí –y para quienes tenga cerca– una vida muy distinta.

Otra situación bastante diferente la pude observar con una partera profesional egresada también en las primeras generaciones, quien se independizó de CASA e instaló su propio consultorio particular en San Miguel de Allende. Ella ha logrado desarrollar su profesión de manera independiente con bastante éxito. Tiene un

hermoso consultorio, con bastante material didáctico e instrumental para dar las consultas. Implementó también una sala de partos bien cómoda y equipada. Refiere tener una clientela que confía en ella y cuenta además con el apoyo de médicos (ginecólogos y pediatras) con los que trabaja en forma coordinada cuando lo requiere. Con mucha claridad expone las especificaciones técnicas de la atención que presta y se muestra feliz y orgullosa de la profesión que ejerce.

También puede recoger de las mismas parteras profesionales de la escuela, los relatos acerca de otras parteras profesionales que se habrían instalado en forma independiente en los estados de Oaxaca, Puebla y Chiapas, pero con ellas no tomé contacto.

Una parte importante de las parteras profesionales egresadas de CASA se ha quedado trabajando en el mismo hospital, donde se despeñaron justo “sobre” el margen de la legalidad. En uno de los documentos de difusión elaborados por Nadine Goodman, ella hace alusión a que el marco legal sanitario de México no es explícito en cuanto a la figura de la partera; en opinión de CASA, las leyes referentes a la definición y alcance de la práctica de la partería en México son confusas y vagas. Por ello es posible abogar porque las parteras profesionales de CASA fueran contratadas en centros de salud y pudieran de ese modo llegar a las comunidades rurales, donde las parteras tradicionales están desapareciendo.

Las parteras profesionales del hospital de CASA no estaban entonces en una situación ilegal, debido a que las leyes mexicanas no prohíben explícitamente el desempeño de funciones de partera sin formación universitaria (recordemos que las parteras tradicionales están incluso reguladas desde las mismas instituciones). Sin embargo el hospital de CASA no había logrado darse de alta ante la Secretaría de Salud porque “personal no autorizado” trabajaba allí. En una entrevista con la jefa del departamento de salud reproductiva correspondiente, intenté comprender mejor esta extraña situación, sin embargo, las explicaciones no fueron muy esclarecedoras: no se les puede prohibir a las parteras tradicionales que ejerzan y las nuevas generaciones de parteras que aprenden el oficio tradicionalmente pueden ingresar a los registros de salubridad, pero a las parteras profesionales no se les puede permitir el libre ejercicio

de su profesión. “No cualquiera se puede hacer partera de la noche a la mañana, debemos ver los antecedentes de la persona, que se generan por herencia. [...] Deben recibir capacitación”. Los partos que atienden las parteras tradicionales registradas en la jurisdicción de salud son integrados a las estadísticas de salubridad de la unidad, pero al menos, al momento de realizar esta entrevista, los que ocurrían en el hospital de CASA no podían ser igualmente registrados, porque éste no estaba dado de alta y menos como hospital de segundo nivel. Al parecer, esta situación ya ha cambiado, pero igualmente aparece un poco contradictorio el que incluso entonces, algunas veces desde el hospital de salubridad se derivaran casos para su atención en el hospital de CASA, hecho que la misma doctora comentó. Además el apoyo y la coordinación entre ambos sectores se daban igualmente de manera estrecha, porque la Secretaría de Salud aportaba a CASA insumos de entrega gratuita como métodos anticonceptivos, ácido fólico, etc.

Probablemente el lugar donde efectivamente las parteras profesionales de nivel técnico se sientan “más en casa” sea en esta clínica. Es allí donde pueden desarrollar e implementar su propio modelo de partería. Actualmente en el hospital de CASA no sólo se ofrecen los servicios de partería, sino también de otras especialidades como medicina general, traumatología o pediatría, entre las especialidades médicas. Es interesante mencionar también la atención que ofrece un podólogo profesional, quien también relata acerca de los aún infructuosos intentos para profesionalizar su quehacer en México. La podología, que puede ser una valiosísima herramienta para el cuidado de la salud, es también un quehacer desprestigiado que no logra ganar estatus entre las jerarquías del orden biomédico. Durante el trabajo de campo pude observar también como en la clínica se coordinó en una ocasión la atención gratuita de un grupo de estudiantes y egresados de optometría.

Actualmente la clínica ofrece estos y otros servicios aún a un costo bastante bajo, lo que permite el acceso de un amplio sector de la población. Pero en sus inicios, contando con un fuerte apoyo financiero, la clínica se abrió ofreciendo atención gratuita. Al respecto, me parece interesante la relación que una de las maestras de la escuela hizo, comentando que ellas habían repetido la misma historia

de la atención médica de partos, al ofrecer atención gratuita a quienes no podían acceder de otra forma a la atención especializada, lo que fue una estrategia para desarrollar, validar y difundir su modelo. En la actualidad, las parteras que antes fueran contratadas por CASA para prestar servicios gratuitos en la clínica, son quienes desde mediados del año 2006 la administran. Bajo la figura de APAMEX, Asociación de Parteras Mexicanas (la que se presenta como respaldada por médicos especialistas: un pediatra, un ginecólogo y un médico general, como se puede leer en su folletín de difusión), han debido hacerse cargo de la reformulación del esquema de financiamiento de la clínica, rentando los espacios de atención a especialistas externos y en un principio entre ellas mismas. Sobre esta parte de la historia de la profesionalización de la partería, son interesantes también las dificultades que esta cooperativa de parteras ha debido enfrentar para subsistir. Principalmente en cuanto al financiamiento, puesto que el perfil de CASA apunta a promover sus servicios entre personas de escasos recursos, pero las parteras profesionales necesitan una fuente de ingresos para vivir, y por tanto requieren de una clientela importante que además sí les pueda pagar. “La gente empezó a disminuir cuando fuimos particulares”, refieren. “Tenemos mucho que trabajar porque en un futuro veamos algo. Este es un trabajo a largo plazo”, refiere una de las integrantes de APAMEX. Ante mi pregunta sobre qué les motiva a seguir formando parte de este proyecto, a pesar de las deudas que han contraído a través de la clínica y de la gran cantidad de turnos que deben cumplir entre las seis integrantes de la cooperativa, refieren que “es compromiso moral y amor al arte”, “no podemos dejar que muera la partería”.

El enorme esfuerzo que desde CASA se ha efectuado para llevar adelante este proyecto⁴ conlleva, por otra parte, el esfuerzo y compromiso tanto o más grandes de las mismas alumnas y egresadas de CASA. “Ser precursora de algo es muy duro”, expresó una de las parteras tituladas. Ellas han dedicado por completo tres años de sus vidas al estudio de una carrera muy demandante, tanto durante la formación, y cuánto más, posteriormente, en su ejercicio. Este carácter de sacrificio y

⁴ Me parece bastante gráfica a la imagen filmica con que una de las parteras profesionales representó la tenacidad con que han impulsado este proyecto, al compararlo con aquella otra gran empresa de emprendida por Fritz Carraldo para navegar el Amazonas con una orquesta sinfónica.

entrega –que tiene por cierto connotaciones de género– muy fuertes, es un rasgo identificador del perfil profesional de las parteras. Ellas mismas exaltan orgullosamente la total dedicación con la que desempeñan su ocupación: “así es nuestro trabajo, tenemos que estar las veinticuatro horas del día disponibles”. Y efectivamente, si se rechaza la idea de intervenir para controlar externamente el desarrollo de los procesos reproductivos, se debe considerar que un parto puede ocurrir a cualquier hora del día o de la noche, un trabajo de parto puede durar unas pocas horas o hasta días enteros dependiendo de las características singulares de cada mujer y de cada de bebé. De tal modo que una partera no podrá disponer ella misma de los tiempo en los cuales llevar a cabo gran parte de su trabajo. En cierto sentido, este rasgo de entrega y disposición total a la profesión se profundiza aún más en la imagen de la casa-internado donde, cual convento en épocas pasadas, las alumnas se dedican exclusivamente a aprender la “cultura de la partería”.

5.4 La articulación de un nuevo modelo de atención

El modelo de atención desarrollado por CASA se basa en la idea del embarazo, parto y puerperio como procesos fisiológicos normales, propios de las capacidades innatas de las mujeres, que pueden vivirse de manera saludable. Justamente la función de la partera profesional se ubica entonces en la entrega y utilización de los recursos necesarios para que estos procesos así se desarrollen. “El modelo de cuidados de las parteras incita a la mujer a enfrentarse al embarazo y al nacimiento con una actitud educada de fortaleza y poder, enfocándose en lo que es natural y normal, por lo que los miedos de las mujeres disminuyen, reduciendo su dependencia en el actual sistema de nacimientos medicalizados”, dice uno de los documentos de difusión de la escuela (Goodman, s/f 2).

El modelo de partería de CASA está aún en construcción. En su propuesta se apega mucho a la idea del ejercicio de la partería como una profesión independiente, pero por el momento, su desarrollo se ha dado especialmente en la clínica de maternidad de la misma organización. Este modelo de atención contempla su inicio, al

menos, con los cuidados prenatales durante el embarazo. Sin duda, la educación en salud sexual y reproductiva con adolescentes o la entrega de anticoncepción – acciones que también se llevan a cabo desde CASA– forman parte del modelo. Pero específicamente para el cuidado prenatal, las parteras profesionales contemplan la realización de consultas mensuales de control, las que se guían por fichas de atención y registro muy similares a las que se usan en el ámbito institucional; ofrecen también sesiones grupales para la preparación para el parto (las que pueden ser pláticas o sesión de trabajo con metodologías de taller) y además contempla la entrega una gran cantidad de material educativo, como trípticos y folletines didácticos que incluyen, por ejemplo, recomendaciones sobre alimentación adecuada, postura corporal, alerta ante signos y síntomas de riesgo, etc.

Ya en las consultas prenatales es posible observar con claridad el basto uso que las parteras profesionales hacen de los recursos biomédicos. En el hospital de CASA cuentan con un laboratorio y con equipo de ultrasonido, por lo cual es frecuente que ellas mismas sean quienes dan indicaciones para la realización de exámenes y estudios. Durante una consulta prenatal, por ejemplo, pude observar cómo la partera profesional a cargo, realizó una prueba de orina con una tira de reactivos, la que salió positiva, y entonces llenó un formulario con la orden para un urocultivo. Esto llama la atención, puesto que en el esquema biomédico convencional la utilización de estos recursos suele estar a cargo de los médicos, muchas veces ni siquiera las matronas o enfermeras especialistas son quienes dan este tipo de indicaciones. Esto refleja también la autonomía que las parteras profesionales tienen en su propia clínica, autonomía que cuenta además con el apoyo de los médicos que trabajan en su clínica y que, confiando en el criterio de ellas, respaldan sus decisiones e indicaciones farmacológicas. Al respecto, una de ellas señala: “Nosotras estamos bien *empoderadas*. No dejamos que se metan con nosotras”.

“Una verdadera partera siempre debe mantener, sin juzgar, una postura que honre el derecho de la mujer a decidir”, refiere también uno de los documentos elaborados en CASA (Goodman, s/f 2). Y esto se puede observar especialmente en cuanto a la atención de partos, puesto que permanentemente ésta se centra en las

necesidades de la mujer a la que se está atendiendo. Ella es la que decide, por ejemplo, la posición en la que se siente mejor y en la que quiere tener su parto.

Aquí es posible observar mayormente la articulación de un modelo de atención que se distancia un poco más del biomédico y que incluye una amplia gama de otros recursos provenientes no sólo de la partería tradicional, sino también de otros sistemas alternativos de atención al parto y puerperio. Muchas de las parteras profesionales recurren al uso de homeopatía y de aromaterapia, por ejemplo, y mencionan estos recursos como parte de la articulación del modelo “tradicional”.

Tal vez una de las principales características que hacen del modelo de CASA una forma de atención muy distinta a la que se da en las instituciones de salud, sea el acercamiento que las parteras profesionales tienen con las mujeres que atienden. El uso de tecnologías y recursos farmacológicos, dista mucho del modelo tradicional de partería, y los recursos tradicionales que aquí se utilizan están más bien reubicados en un continuo junto a otros recursos provenientes de diversos sistemas de cuidado de la salud. Así, durante un trabajo de parto, por ejemplo, pude observar cómo la partera profesional inició administrando té de *zoapactle*, un recurso utilizado por parteras tradicionales para favorecer el trabajo de parto. Luego, administró “chochos” de homeopatía (pulsatila) cada dos horas, y junto a estas medidas dispuso para la mujer una pelota de pilates para que mantuviera sus caderas en movimiento. En otro momento, realizó a la mujer unas “manteadas”, y ante mi pregunta sobre que haría si aún así no se completaba la dilatación del cuello uterino, me respondió que inyectaría a la mujer (refiriéndose a la administración de fármacos).

Este modelo que integra la posibilidad de usar recursos de diversa índole, permite una gran flexibilidad para la atención, lo que puede ir en directo beneficio de las mujeres atendidas y sus necesidades particulares. Sin embargo, esto también implica el riesgo de que la atención de las parteras profesionales tienda igualmente hacia la “medicalización”. Esto, lo pude observar especialmente en el caso de las parteras profesionales insertas en instituciones públicas de salud, las que en poco tiempo acabaron realizando episiotomías, extracciones manuales de placenta, induciendo partos, o como ellas mismas referían “perdiendo la paciencia”. Al respecto

es particularmente interesante el caso de una partera profesional, hija de una experimentada partera tradicional, quien después de realizar el servicio social en un hospital, reflexionando en entrevista acerca de su práctica profesional y de las nuevas habilidades y conocimientos que había adquirido, pensaba en voz alta: “tengo que recordar mis raíces...”.

CONCLUSIONES

1) La reproducción humana y las condicionantes que influyen los procesos de gestar, parir y nacer, resultan un tema sumamente amplio que incumbe tal variedad de factores, que cualquier evaluación o consideración general, no podrá dar cabal cuenta de las necesidades o de la experiencia concreta que vive cada mujer que da luz a un nuevo ser, aspecto trascendental en el desarrollo psicoafectivo de las personas. En este sentido, es necesario repensar las formas y los criterios con los que usualmente se evalúan los modelos de atención a los procesos reproductivos, y focalizarlos principalmente en la experiencia vivida por las mujeres y los recién nacidos en concreto, incluyendo la consideración de las necesidades psicoafectivas del padre en los casos que corresponda. Esto implicaría, por un lado, invertir a las mujeres de la posibilidad de decidir ellas mismas cuál es la mejor forma de satisfacer sus necesidades de atención, y por otra, implicaría relegar en buena medida el poder médico hegemónico, para lograr el establecimiento, de relaciones más simétricas entre unas y otros. Esta perspectiva implica además, la necesidad de una educación sexual distinta de la que existe hoy en día, tanto para hombres como para mujeres, la que sirva de plataforma para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

2) Una “herramienta” concreta que se deriva de esta investigación es la utilización de la imagen de la partera como una figura trascendental en las comunidades humanas, para el *empoderamiento* de las mismas. Al visibilizar el potencial de la asistencia al parto desde las consideraciones evolutivas, así como su impacto en términos del desarrollo humano, se puede reforzar la idea de que quien acompañe a la mujer durante estos procesos tiene en sus manos la posibilidad de generar profundos

cambios individuales, que redundarán a la larga, necesariamente, en cambios sociales y culturales importantes.

3) Una “herramienta” concreta que se deriva de esta investigación es la utilización de la imagen de la partera como una figura trascendental en las comunidades humanas, para el *empoderamiento* de las mismas. Al visibilizar el potencial de la asistencia al parto desde las consideraciones evolutivas, así como su impacto en términos del desarrollo humano, se puede reforzar la idea de que quien acompañe a la mujer durante estos procesos tiene en sus manos la posibilidad de generar profundos cambios individuales, que redundarán a la larga, necesariamente, en cambios sociales y culturales importantes.

4) El modelo de atención de las parteras profesionales de nivel técnico egresadas de CASA se perfila de maneras distintas dependiendo del espacio en donde ésta ejerce. En el contexto institucional de salud (hospitales del IMSS o de Salubridad) la práctica de las parteras profesionales se observa con una tendencia a la utilización de los recursos y formas de atención vinculadas al paradigma biomédico, apegándose a las normas y a los procedimientos estipulados institucionalmente. En la experiencia de algunas parteras profesionales, se observa que con el tiempo ellas han podido introducir algunos cambios en estas normativas, sin embargo, la presión institucional deja poco espacio a la implementación de un modelo realmente nuevo y distinto de atención a los procesos reproductivos. En la clínica de CASA, en cambio, las parteras profesionales se apegan más cercanamente a un modelo de partería centrado en las necesidades y opciones de las propias mujeres que atienden, teniendo libertad para decidir ellas mismas los procedimientos y parámetros con los que guiarán su atención. En este contexto, la combinación de elementos y recursos provenientes de la partería tradicional y de la obstetricia moderna en la articulación de un nuevo modelo de atención perinatal, se observa concretamente a través de la utilización de un lenguaje típicamente biomédico, junto al uso de recursos tecnológicos desarrollados y difundidos también dentro este modelo, que se combinan con algunos recursos específicos de la partería tradicional, pero principalmente con una serie otros recursos provenientes de variados sistemas alternativos de atención en salud (como la

homeopatía, la aromaterapia o la incorporación de nuevos elementos y tecnologías no invasivas, como ejercicios y masajes). Concretamente, los recursos de la partería tradicional que utilizan las parteras profesionales aparecen más bien como resignificados dentro de un paradigma moderno y ecléctico de atención al parto y nacimiento, que entiende estos procesos como fisiológicos –no patológicos–, y que se permite echar mano de una amplia gama de recursos, una vez establecidos como eficaces.

5) El modelo de atención de partería de nivel técnico se expresa de maneras muy diferentes en cada una de las parteras profesionales egresadas de CASA. También entre las alumnas se observan tendencias, valoraciones y preferencias diversas. Será necesario que el número de parteras profesionales sea más significativo, y que su ámbito de desempeño profesional se delimite mayormente, para poder establecer entonces con mayor precisión un modelo de atención propio de estas nuevas parteras técnico-profesionales. En este sentido, también se puede concluir que dentro de cualquier modelo de atención del parto, las características y experiencias individuales condicionarán en gran medida el acercamiento que cada profesional tenga a las mujeres y familias que atiende.

6) La partería profesional en México tiene un desafío muy importante por delante: construir y validar un modelo y un espacio propio para la atención del parto y del nacimiento. Un modelo de partería profesional que se construya en función de las necesidades de las mujeres mexicanas, y no de las instituciones de salud; que valore, utilice y cultive los recursos materiales y simbólicos de la partería tradicional mexicana; y que, sirviéndose del desarrollo y de los adelantos tecnológicos de la obstetricia moderna, procure que cualquier procedimiento a utilizar esté en función de las necesidades particulares de las mujeres, los bebés y las familias a las cuales se está apoyando. Esta es una labor que ya ha comenzado, pero que sin duda continuará desarrollándose en la medida que el cuerpo de parteras profesionales en el país continúe creciendo. El renacimiento de la partería profesional en México puede ser una bellísima oportunidad para intervenir favorablemente en la salud de las comunidades y en la convivencia de la sociedad en general. Las nuevas parteras profesionales en

México podrán ayudar a tender puentes para dialogar entre las distintas culturas y los distintos mundos que desde hace siglos cohabitan en el país. Las parteras profesionales pueden ser las responsables de construir un nuevo contexto para la reproducción humana en México; ellas tienen la posibilidad de cambiar el estado de salud en que se encuentran las familias en general, promoviendo adecuadas condiciones para el cuidado de quienes gestan y nacen; y pueden, por sobre todo, apoyar a las mujeres para que ellas mismas hagan de la maternidad un proyecto humano, más que un mandato social, ejerciendo sus derechos y asegurándoles una experiencia saludable y fortalecedora a lo largo de sus ciclos reproductivos. Tanto dentro de las instituciones de salud, como desde los espacios privados y comunitarios, las parteras profesionales pueden llegar a constituirse en importantes agentes de cambio social. Pueden desarrollar una nueva forma de apoyar el desarrollo de las personas en particular y del país en general, ayudando a renovar la sociedad con una perspectiva distinta, que incluya el cultivo de las relaciones interpersonales igualitarias, promoviendo el respeto de los derechos de las personas, brindando mayores oportunidades para el crecimiento y el desarrollo humano integral.

7) La urgencia de los asuntos relacionados a las condiciones que rodean el nacimiento de los seres humanos implica la necesidad de continuar reflexionando, remirando y elaborando propuestas tanto para la investigación, como para la acción concreta en materia de salud sexual y reproductiva.

ANEXOS

I. Fotografía de la publicidad de un hospital privado con servicio de maternidad en la estación de metro La Raza, Ciudad de México..	172
II. Declaración de Fortaleza.	175
III. <i>The Mother-Friendly Childbirth Initiative.</i>	178

La publicidad de un hospital privado con servicio de maternidad

Para viajar a San Miguel de Allende se puede tomar un autobús que sale de la terminal que está justo saliendo de la estación del metro Autobuses del Norte. Camino a esa terminal, pasé muchas veces por la estación La Raza, donde debía hacer un cambio de línea en el metro. Todas las veces que pasaba por los largos pasillos de esta estación, veía en una docena de barandas la publicidad gráfica de un hospital privado que ofrece servicios de atención de partos y cesáreas en el Estado de México.



Sin la intención de hacer un análisis de texto profundo ni mucho menos, me parece interesante reparar en algunos detalles y formas en las que se presenta a primera vista la publicidad de un servicio como éste en el ámbito urbano actual.

HOSPITAL PRIVADO ECATEPEC

Tels.: 5788-2379
5791-2613
Fax: 5790-1276

Partos \$4,500.00
Cesáreas \$8,750.00

EI PAQUETE INCLUYE

- Control del Embarazo
- Consultas con Ultrasonido
- Habitación con T.V. Y Baño
- Alimentos
- Medicamentos
- Médicos Especialistas (Ginecólogos-Pediatras)
- Sistemas de Pago
- Incluye 1er Revisión después del Procedimiento

Sjr 58 Mz. 76 Lt. 34 No. 35,
Cpl. San Agustín 1ra. Sección
Ecatepec, Edo. de México, C.P. 55130

www.hospitalecatepec.com.mx

Lo primero que me llama la atención en esta disposición gráfica es la ausencia total y absoluta de la madre. Un hermoso bebé desnudo y limpio (¡recién salido de quién sabe de dónde!) es tomado en brazos muy tierna y cariñosamente por un hombre. Éste viste ropajes típicos del contexto biomédico y establece contacto visual directo con el bebé. De la madre del recién nacido... no hay rastro. Aunque el hombre que sostiene al bebé pudiera ser el padre o algún ayudante, este hombre blanco y adulto remite claramente a la figura del médico.

En esta clínica los partos cuestan casi la mitad que las cesáreas, pero para ambos procedimientos se ofrecen “paquetes” completos que se cobran con facilidades o sistemas de pago. No se indica nada en relación con el tipo de parto y la atención que ofrecen (aunque no cuesta imaginarlo...).

Son médicos especialistas –ginecólogos y pediatras– los que se anuncian dentro del servicio que incluye el “paquete” de parto o de cesárea. (Sería interesante conocer el índice de cesáreas que tiene este hospital). Además con el mismo pago se incluyen medicamentos y alimentos, lo que no es menor, considerando que una queja

frecuente contra la atención hospitalocéntrica medicalizada es la mantención de las mujeres parturientas en ayunas (al parecer por la eventualidad de que se indique anestesia para una intervención quirúrgica).

Los paquetes de nacimiento que se ofrecen en esta clínica incluyen el control del embarazo y posteriormente la “primera revisión después del procedimiento”, sin especificar si es a la madre, al bebé o a ambos.

Para las consultas se cuenta y utiliza tecnología médica –ultrasonido– y se garantiza además una televisión en el cuarto.

Con todo esto, resulta interesante recordar que fue la “industrialización del nacimiento”, la que trajo consigo un cambio radical en el papel de las mujeres durante los partos. En relación con esta ausencia simbólica de la madre, esta es parte una tendencia que se ha remarcado especialmente en relación con el desarrollo de las tecnologías de asistencia a la procreación en sus formas contemporáneas más extremas. Este es el caso la fecundación *in vitro*, por ejemplo, y las posibilidades que se vislumbran a futuro, como la –afortunadamente aún– ficción sobre niños fecundados y gestados artificialmente por incubadoras, en donde el lugar de la madre en el proceso quedaría totalmente relegado (Le Breton, 2007).

Declaración de Fortaleza

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento

Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto.

Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

-Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

-Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

-Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

-Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

-Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

-El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.

-Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

-La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

-El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

-La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

-Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

-La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

-La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

-Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

-Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

-Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

-El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

-Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.

-No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

-La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

-No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

-Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

-No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

-Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

-La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.

-Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

-No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

-Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

-Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.

-Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto.

-Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.

-Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.

-Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

-Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

-La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.

-Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

-Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

-Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

-La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

The Mother-Friendly Childbirth Initiative

The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)

Mission

The Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) is a coalition of individuals and national organizations with concern for the care and well-being of mothers, babies, and families. Our mission is to promote a wellness model of maternity care that will improve birth outcomes and substantially reduce costs. This evidence-based mother-, baby-, and family-friendly model focuses on prevention and wellness as the alternatives to high-cost screening, diagnosis, and treatment programs.

Preamble

Whereas:

In spite of spending far more money per capita on maternity and newborn care than any other country, the United States falls behind most industrialized countries in perinatal morbidity and mortality, and maternal mortality is four times greater for African-American women than for Euro-American women;

Midwives attend the vast majority of births in those industrialized countries with the best perinatal outcomes, yet in the United States, midwives are the principal attendants at only a small percentage of births;

Current maternity and newborn practices that contribute to high costs and inferior outcomes include the inappropriate application of technology and routine procedures that are not based on scientific evidence;

Increased dependence on technology has diminished confidence in women's innate ability to give birth without intervention;

The integrity of the mother-child relationship, which begins in pregnancy, is compromised by the obstetrical treatment of mother and baby as if they were separate units with conflicting needs;

Although breastfeeding has been scientifically shown to provide optimum health, nutritional, and developmental benefits to newborns and their mothers, only a fraction of U.S. mothers are fully breastfeeding their babies by the age of six weeks;

The current maternity care system in the United States does not provide equal access to health care resources for women from disadvantaged population groups, women without insurance, and women whose insurance dictates caregivers or place of birth;

Therefore,

We, the undersigned members of CIMS, hereby resolve to define and promote mother-friendly maternity services in accordance with the following principles:

Principles

We believe the philosophical cornerstones of mother-friendly care to be as follows:

Normalcy of the Birthing Process

Birth is a normal, natural, and healthy process.

Women and babies have the inherent wisdom necessary for birth.

Babies are aware, sensitive human beings at the time of birth, and should be acknowledged and treated as such.

Breastfeeding provides the optimum nourishment for newborns and infants.

Birth can safely take place in hospitals, birth centers, and homes.

The midwifery model of care, which supports and protects the normal birth process, is the most appropriate for the majority of women during pregnancy and birth.

Empowerment:

A woman's confidence and ability to give birth and to care for her baby are enhanced or diminished by every person who gives her care, and by the environment in which she gives birth.

A mother and baby are distinct yet interdependent during pregnancy, birth, and infancy. Their interconnected-ness is vital and must be respected.

Pregnancy, birth, and the postpartum period are milestone events in the continuum of life. These experiences profoundly affect women, babies, fathers, and families, and have important and long-lasting effects on society.

Autonomy:

Every woman should have the opportunity to:

Have a healthy and joyous birth experience for herself and her family, regardless of her age or circumstances;

Give birth as she wishes in an environment in which she feels nurtured and secure, and her emotional well-being, privacy, and personal preferences are respected;

Have access to the full range of options for pregnancy, birth, and nurturing her baby, and to accurate information on all available birthing sites, caregivers, and practices;

Receive accurate and up-to-date information about the benefits and risks of all procedures, drugs, and tests suggested for use during pregnancy, birth, and the postpartum period, with the rights to informed consent and informed refusal;

Receive support for making informed choices about what is best for her and her baby based on her individual values and beliefs.

Do No Harm:

Interventions should not be applied routinely during pregnancy, birth, or the postpartum period. Many standard medical tests, procedures, technologies, and drugs carry risks to both mother and baby, and should be avoided in the absence of specific scientific indications for their use.

If complications arise during pregnancy, birth, or the postpartum period, medical treatments should be evidence-based.

Responsibility:

Each caregiver is responsible for the quality of care she or he provides.

Maternity care practice should be based not on the needs of the caregiver or provider, but solely on the needs of the mother and child.

Each hospital and birth center is responsible for the periodic review and evaluation, according to current scientific evidence, of the effectiveness, risks, and rates of use of its medical procedures for mothers and babies.

Society, through both its government and the public health establishment, is responsible for ensuring access to maternity services for all women, and for monitoring the quality of those services.

Individuals are ultimately responsible for making informed choices about the health care they and their babies receive.

BIBLIOGRAFÍA

Achilli, Elena Libia (2005); *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Centro de Estudios Antropológicos en Contextos Urbanos, Universidad Nacional de Rosario, Argentina y Laborde Libros. Rosario.

Alberti Manzanares, Pilar (1997); Mujeres indígenas desde una perspectiva de género. En Galeana, Patricia (comp); *La condición de la mujer indígena y sus derechos fundamentales*. Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Arce Gurza, Francisco; Bazant, Mílada; Staples, Arme; Tank de Estrada, Dorothy y Vázquez, Josefina Soraida (1982). *Historia de las profesiones en México*. El Colegio de México. México.

Badinter, Elisabeth (1981); *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós. Barcelona.

Barragán S., Anabella y Huacuz E., Ma. Guadalupe (2006); Uso de anticonceptivos y las representaciones del período de fertilidad en el ciclo menstrual, en un grupo de mujeres de la ciudad de Guadalajara. En *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XII. Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.

Bartra, Roger (2007); *Antropología del cerebro. La conciencia y los sistemas simbólicos*. Fondo de cultural económica. México.

____ (2005); El exocerebro: una hipótesis sobre la conciencia. *Ludus Vitalis*. XXIII (pp. 103-105). Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano. México.

Basaglia, Franca (1980); *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla. Puebla. México.

Bateson, Gregory y Bateson, Mary Catherine (2000 / 1987); *El temor de los ángeles. Epistemología de lo sagrado*. Gedisa. Barcelona.

Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005); Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, AIBR. Ed. Electrónica. N 42.

Bonte, Pierre; Izard, Michel *et al.* (1996); *Diccionario de etnología y antropología*. Akal. Madrid.

Bulló, María Josefina (2004); Bebino... y las palabras también nacen. *Creávida. Gestar, Parir y Nacer*. Año 1; N 3 (p. 38 y39). Buenos Aires.

Brown, Peter J.; Hatfield Timajchy, Kendra y Hu, Jun (2000); Antropología Médica. En Barfield Thomas; *Diccionario de Antropología* (pp. 61-64). Siglo XXI. México.

Brown, Peter J. y Hatfield Timajchy, Kendra (2000); Sistemas médicos. En Barfield Thomas; *Diccionario de Antropología* (pp. 473-475). Siglo XXI. México.

Cabero Roura, Luis (2005); *Aspectos médico-legales en la asistencia al parto*. Médica Panamericana, Madrid.

Campillo Álvarez, José Enrique (2005); *La cadera de Eva. El protagonismo de la mujer en la evolución de la especie humana*. Ares y Mares. Barcelona.

Cao Romero, Laura (1994); Experiencias con parteras empíricas. En Elu y Langer (1994), *Maternidad sin riesgos en México*. Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México. México.

Carrillo, Ana María (2002); *Matilde Montoya: primera médica mexicana*. Demac, México.

____ (1999); Nacimiento y muerte de una profesión, Las parteras tituladas en México. *Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 19, 167-190. Carrillo.

____ (1998); Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, vol. 2,149-168.

____ (1988); *Parirás con alegría... Un estudio sobre la persistencia de parteras tradicionales en México*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Sociología. Facultad de ciencias políticas. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Castañeda, Marta Aída y Lerín, Sergio (1999); Capacitación a parteras tradicionales. ¿Articulación o desface con el sistema institucional de salud? En: Tuñón Pablos, Esperanza (coord.); *Género y salud en el sureste de México*. Vol. 2 (81-128). El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Cela Conde, Camilo J. y Ayala, Francisco J. (2001); *Senderos de la evolución humana*. Alianza. Madrid.
- Collière, Marie Françoise (1993/1982); *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.
- Cominsky, Sheila (1992); La atención del parto y la antropología médica. En: Campos, Roberto (comp.); *Antropología Médica en México*. Instituto Mora, UNAM. México.
- Cyrulnik, Boris (2007); *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Gedisa. Barcelona.
- _____ (2005); *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Gedisa. Barcelona.
- Davis-Floyd, Robbie (2007); Anthropology and birth activism: What do we know? *Anthopology News* 46 (5): 37-38. 14 de septiembre de 2007 en: <http://www.davis-floyd.com>
- _____ (2005); Daughter of Time: The postmodern Midwife. Consultado el 14 de septiembre de 2007 en: <http://www.davis-floyd.com>
- _____ (2004); *Del médico al sanador*. Creávida. Buenos Aires.
- _____ (2003/ 1992); *Birth as an american rite of passage*. Second edition. University of California Press. Berkley and Los Angeles, California.
- _____ (2001); *La Partera Profesional: articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in México*. Consultado el 14 de septiembre de 2007 en: <http://www.davis-floyd.com>
- _____ (2000); Alumbramiento. En: Barfield, Thomas; *Diccionario de antropología*; p. 16 - 17. Siglo XXI. México.
- _____ (s/f); Anthropology and Birth Activism. What do we know?. Consultado el 14 de septiembre de 2007 en: <http://www.davis-floyd.com>

- Dietiker Amsler, Marianne (1998); *La construcción de la identidad genérica de parteras del Distrito Federal*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- Dolto, Katherin (2003); *Haptonomía prenatal*. Creávida. Buenos Aires.
- Ellison, Peter T. (2006); *En tierra fértil. Historia natural de la reproducción humana*. Fondo de cultura económica. México.
- Elú, María del Carmen (1993); *La luz enterrada: estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Espinosa Damián, Gisela y Paz Paredes, Lorena (2002); *Hacia una perspectiva de género en la salud reproductiva*. Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México.
- Fernández Mateos, Luz María (2005); *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Universidad Pontificia de Salamanca. España.
- Fields, R. Douglas (2005); Fijación de la memoria. En: *Scientific American Latinoamérica*, Año 3, N 33. México (p. 59 - 65).
- Fisher, Helen (2003 / 1999); *El primer sexo*. Punto de lectura. Madrid.
- Freyermuth, Graciela (2003); *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. CIESAS. México.
- Freyermuth, Graciela (2000). *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo*. Tesis doctoral de Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de México. México.
- _____ (1999); Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo: factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad. El caso de Chenalhó, Chiapas. En: Tuñón Pablos, Esperanza (Coord.); *Género y salud en el sureste de México*. Vol. 2 (pp.31-78). El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Freyermuth, Graciela; Cadena, Bárbara; Ico, Micaela (s/f); *Atención del parto y del recién nacido en parteras indígenas de la región Altos de Chiapas*. Manuscrito. Biblioteca CIESAS, México.

- Freyermuth Enciso, Graciela; Meneses Navarro, Sergio; Argüeyo Avendaño, Hilda; Cárdenas Elizalde, Rosario (2004); *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los Altos de Chiapas*. Impresiones DUMA. San Cristóbal de las Casas, México.
- Galante Di Pace, María Cristina y Yanes Esser, Mariana (1999); El cuidado de la salud reproductiva en mujeres de colonias populares de la ciudad de Oaxaca. En: Tuñón Pablos, Esperanza (coord.); *Género y salud en el sureste de México*. Vol. 2 (81-128). El Colegio de la Frontera Sur. México.
- García, Rolando (2006); *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa. Barcelona.
- Garza C., Rosa Isabel y Cadenas G., Bárbara (1994); Sexualidad y vida reproductiva. En Sayavedra y Flores (coord.); *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*. Red de Mujeres A.C. México.
- Gawande, Atul (2006); The store. How childbirth went industrial. En: *The New Yorker*, octubre 9 (pp. 60-67).
- González de Chávez, María Asunción (comp). (1999); *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Siglo XXI. México.
- Goodman, Nadine (s/f 1); *¿Cómo podemos asegurar los derechos de salud reproductiva de todas las mujeres mexicanas? Motivando a las mujeres jóvenes a que estudien la carrera más antigua y de más futuro, la de partera profesional* (pp.1-5). Documento manuscrito de circulación local.
- ____ (s/f 2); *Un documento de opinión en defensa del nacimiento natural y el acceso de todas las mujeres mexicanas al modelo de cuidados de la partería*. Documento manuscrito de circulación local.
- Gotwald, William y Holtz Golden, Gale (1983) *Sexualidad, la experiencia humana*. Editorial el manual Moderno. México.
- Gutiérrez, Ricardo (1994); El Concepto de salud reproductiva. En: Elú, María del Carmen y Langer, Ana (eds.); *Maternidad sin riesgos en México*. Comité Promotor de la iniciativa por una maternidad sin riesgos en México. México, D.F.
- Herbert, Ricardo (2004); Simulacrum. *Creávida*. Año 1, N°3 (pp.20 - 24). Buenos Aires.

Hernaldo Almudena (2007); Arqueología, identidad y género. Seminario dictado en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, entre los días 17 y 20 de septiembre de 2007.

____ (2000); Factores estructurales asociados a la identidad de género femenina. La no inocencia de una construcción sociocultural. En: *La construcción de la subjetividad femenina*. Instituto de Investigaciones feministas. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2006); *Mujeres y hombres en México*. Décima Edición. México.

Jordan, Brigitte y Davis-Floyd, Robbie (1993). *Birth in four Cultures. A Crosscultural Investigation of Chilbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Fourth edition. Waveland Press: Prospect Heights. Illinois.

Kaplan, Frida (2006); *Embarazo y nacimiento eutónico*. Ediciones B Argentina. Buenos Aires.

Kay, Patricia (1994); Dos experiencias en el entrenamiento de parteras en México: La partera Profesional y la partera tradicional. Ponencia Presentada en el Coloquio sobre Capacitación a Parteras Empíricas para la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México. 27 de Abril de 1994, Cuernavaca, Morelos. Texto mecanografiado.

Kitzinger, Sheila (2002/ 1991); *Nacer en casa*. RBA. Barcelona.

Knibiehler, Yvonne (2001); *Historia de las madres y de la maternidad en occidente*. Nueva visión SAIC. Buenos Aires.

Knobil, Ernest y Nelly, Jimmy D. (1998); *Encyclopedia of Reproduction*. Academic Press. San Diego, California.

Lagarde Lozano, Beatriz Margarita (2001); *El primer encuentro de la mujer con sus hijo(a)*. Tesis doctoral de antropología. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Lagarde de los Ríos, Marcela (2001/ 1996); *Desarrollo humano y democracia*. Horas y horas. Madrid.

____ (1997); Presentación. En Sayavedra y Flores (coord.); *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*. Red de Mujeres A.C. México.

- _____ (2005/1990); *Los cautiverios de las mujeres. Madre-esposas, monjas, putas y locas*. Cuarta edición. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Langer, Marie (1999). *Maternidad y sexo*. Estudio psicoanalítico y psicosomático. Paidós. México.
- Leboyer, Frédérick (1983/1978); *Por un nacimiento sin violencia*. Daimon. México.
- Leonard R., William (2003); Food for Thought. En: *Scientific American*. Edición especial: New Look at Human Evolution. Nueva York.
- Levi Strauss, Claude (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós. Buenos Aires.
- Lindholm, Charles (2000); Ritos de pasaje (o de paso). En Barfield Thomas; *Diccionario de Antropología* (p. 448). Siglo XXI. México.
- Lizárraga C., Xavier (1984); La identidad sexo-genérica, un continuo. En: *Estudios de Antropología biológica*; III Coloquio de Antropología Física Juan Comas (pp. 383-403). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Luengas Aguirre, María Isabel de Fátima (1994); *El saber y el quehacer de las parteras en el medio rural mexicano*. Tesis de Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y Políticas, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Makhlouf Obermeyer, 2000; Reproducción. En Barfield, Thomas; *Diccionario de antropología*. Siglo XXI. México.
- Martínez Benitez, Matilde; Latapi, Pablo; Hernández Tezoquipa, Isabel; Rodríguez Velázquez, Juana (1993/1985); *Sociología de una profesión. El caso de Enfermería*. Centro de Estudios Educativos. México.
- Martínez Martínez, Ana María y Hernández Saborio, Patricia (1998); *El Embarazo y Parto en Tepoztlán Mor.*, Bajo los Umbrales de la Religiosidad. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. ENAH. México.
- Mathelin, Catherine (2001/ 1998); *La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Maturana, Humberto (1991/1997); *El sentido de lo humano*. Ed. J. C. Sáez. Chile.

McClain, Carol (1975); Ethno-obstetrics in Ajjic. En: *Anthropological Quarterly*, 48 (1): 38-56.

McElroy, Ann y Townsend, Patricia (2004); *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Westview. Oxford. Inglaterra.

Menéndez, Eduardo (1992); Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En: Campos, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*, Tomo I. Instituto Mora. México.

____ (1981); *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. La Casa Chata, CIESAS. México.

Mellado, Virginia; Zolla, Carlos; Castañeda Xochitl y Tascon, Antonio (1989); *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. Centro Interamericano de Estudio de Seguridad Social (CIESS). México.

Merelo-Barberá, Juan (1980); *Parirás con placer. La sexología y el orgasmo en el parto*. Kairós. Barcelona.

Morin, Edgar (1983); *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Tercera Edición. Kairós, Barcelona.

____ (2002); El método. Tomo II, *La vida de la vida*. Quinta Edición. Cátedra. Madrid.

____ (2004/ 2000); *La mente bien ordenada*. Seix Barral. España.

Nájera C., Martha Iliá (2000); *El umbral hacia la vida. El nacimiento entre los mayas contemporáneos*. UNAM. México.

Niederstrasse, Susan (2005); *La diferencia entre la tasa de cesárea en el sector público y privado en México: reglas y recursos*. Tesis de licenciatura en ciencia política y relaciones internacionales. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. México.

Odent, Michel (2006); La cientificación del amor, Taller dictado, en el Primer Congreso Internacional Ser y Nacer. La Génesis de lo Humano, organizado por el Departamento de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Universidad de Concepción. Concepción, Chile, 2 de Octubre de 2006.

____ (2002). *El Granjero y el Obstetra*. Creávida. Buenos Aires.

___ (1986), *Primal Health*. Century Hutchinson Ltd. Londres.

Padrón, Marisela (1995). Presentación. En: *Memoria de la reunión regional sobre salud reproductiva en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). México.

Pakman, Marcelo (2007); Introducción. En: Morin, Edgar (2007/ 1990); *Introducción al pensamiento complejo*. Novena reimposición (pp. 9-19). Gedisa. Barcelona.

Palomo Sánchez, Nelly (2003); La otra mirada a la salud. Muerte materna en zonas indígenas. En: Gómez, Adriana (ed.); Colección Cuadernos Mujer y Salud, N° 8. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Pedrero Sanhueza, Malva-marina (2002); Mujeres indígenas y derechos reproductivos. Elementos para el debate. Casa de encuentro de la mujer (CEDEMU). Arica, Chile.

Piontelli, Alessandra (2002); Del feto al niño. Un estudio observacional y psicoanalítico. Espaxs. Barcelona.

Povinelli, Elizabeth (2000); Antropología feminista. En: Barfield, Thomas; Diccionario de antropología; p. 46 - 49. Siglo XXI. México.

Real Academia Española de la Lengua, RAE (2007). El diccionario de lengua española, Vigésima segunda Edición; 22 de julio de 2007 en: <http://buscon.rae.es/drae/>

Rich, Adrienne (1996/ 1978); Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Cátedra. Madrid.

Rodríguez, Pepe (2000); Dios nació mujer. La invención del concepto de Dios y la sumisión de la mujer: dos historias paralelas. Punto de Partida. España.

Rosenberg, Karen y Trevathan, Wenda (2003). The evolution of Human Birth. En: Scientific American, Edición especial: New Look at Human Evolution. Nueva York.

Rosas, Carolina (2005); Administrando las remesas. Posibilidades de autonomía de la mujer: un estudio de caso en el centro de Veracruz. En: Autonomía de las mujeres en contextos rurales. Género Cultura y sociedad. Serie de investigaciones del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, PIEM (pp. 15-51). El Colegio de México. México.

- Sáez Buenaventura, Carmen (1999); El hecho maternal: la mística, el mito y la realidad. En González de Chávez, María Asunción (comp). Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres (pp. 1-22). Siglo XXI. México.
- Salas Quintanal, Hernán (2002); La idea de sujeto en la modernidad. En: Anales de Antropología, 36 (pp. 179-193). Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- ____ (2002 b); Antropología, estudios rurales y cambio social. La globalización en la región lagunera. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones antropológicas. México.
- Sadler, Michell (2004); Así me nacieron a mi hija. En Sadler, Michell; Acuña, María Elena y Obach, Alexandra (2004). Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología de Género. Catalonia. Santiago de Chile.
- Schmid, Verena (2005); About Physiology in Pregnancy and Childbirth. Via Paterno 2, c.p. 18, 50014 Fiesole. Florencia, Italia.
- Tanese, Adriana (2004), Era uma vez o parto, artículo publicado en boletín electrónico en http://www.amigasdoparto.org.br/ce_parto_03.asp, rescatado el 05 de abril de 2007.
- Trevathan, Wenda R. (1987) Human Birth: An Evolutionary Perspective. Aldine de Gruyter. Nueva York.
- Tuñón Pablos, Esperanza (coord) (1999); Género y salud en el sureste de México. vol. 2. El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Tornquist, Carmen Susana (2002); Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. En: Estudios Feministas, año 10, n 2 (pp.483 – 492).
- Varela, Nuri (2005); Feminismo para principiantes. Ediciones B. Barcelona.
- Vargas G., Luis Alberto y Matos M. Eduardo (1973); El Embarazo y el parto en el México Prehispánico. En: Anales de Antropología, vol. X (pp. 297-310). UNAM. México.
- Verny, Thomas y Kelly, John (1988/ 1981). La vida secreta del niño antes de nacer. Urano. Barcelona.

Vidal, Francisco; Carrasco, Marina, Pascal Rodrigo (2004). Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos? FLACSO, Chile.

Watzlawick, Paul y Nardone, Giorgio (comp.) (2000). Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Paidós. Barcelona.

Zamboni, Chiara (1996); Lo inaudito. En: Diótima; Traer el mundo al mundo. Objeto y objetividad a la luz de la diferencia sexual. Icaria. Barcelona.

Zárate C., María Soledad (2007); Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Santiago, Chile.

Zieler, Jaqui (2004); ¿Qué es la humanización del nacimiento? Creávida. Año 1, N°3. Buenos Aires.

_____ (2005), ¿Qué es la humanización del nacimiento? Segunda parte. Creávida. Año 2, N 4 (p. 34-36). Buenos Aires.