



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO



**“LA VIEJA DEL NIÑO “MINCEY NINE” RESPUESTA SOCIAL A LAS
NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA COMUNIDAD “MERO
IKOOC” (HUAVES), OAXACA, MÉXICO”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:
BETZABETH JIMÉNEZ DEL CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LAURA ORTEGA GARCÍA

MÉXICO, D.F

. 2008



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.



"Así como el árbol se fertiliza con sus hojas secas que caen, y crece por sus propios medios. El hombre se engrandece con todas sus esperanzas destruidas y con todos sus cariños deshechos"

F. William Robert Son

INDICE	PAG.
INTRODUCCION Nixes*	4-7
CAPITULO 1 SISTEMA DE SALUD Higieya*	8-40
1.1 Generalidades de Salud	
1.2 El Sistema de Salud en México	
1.3 Los Servicios de Salud en el Estado de Oaxaca	
CAPITULO 2 MEDICINA TRADICIONAL Y PARTERAS EMPÍRICAS Thueris-Taurt*	41-81
2.1 Medicina Tradicional en Oaxaca	
2.2 Parteras Empíricas y Salud Reproductiva	
CAPITULO 3 EL CASO DE LA COMUNIDAD MERO IKOOC HUAVE, EN OAXACA ILitia*	82-134
3.1 Características Sociodemográficas de la Comunidad Huave, Oaxaca	
3.2 La Función Social de la Partera Empírica en la Comunidad Huave, Oaxaca	
CAPITULO 4 LAS PARTERAS COMO PROMOTORAS SOCIALES Lucina*	135-160
4.1 Trabajo Social y Participación Social	
4.2 Propuesta y Aportación Social	
CONCLUSIONES	157-160
BIBLIOGRAFÍA	161-166
ANEXOS	167-175
Anexo 1- Guía de entrevista	
Anexo 2 -Historia de Vida	
Anexo 3- Evaluación de resultados a tres parteras de la comunidad Mero Ikooc, Oaxaca	
Anexo 4- Evaluación de resultados a personal profesional comisionado en la zona Huave	
Anexo 5- Norma Oficial para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido	

Introducción Nixes*

El cuidado de la salud ha sido central en la historia de la humanidad; el goce del grado máximo que es reconocido por las naciones del mundo como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social pues, evidentemente es considerada el pilar de las potencialidades del hombre y por ende, es el bien máspreciado del mismo, un bien que no se puede cambiar, vender ni enajenar, pero también es comprensible que en este ámbito el individuo consigue beneficios a nivel político, social, económico, etcétera, pues dentro de la población mexicana se traduce en el bienestar colectivo frente a las contingencias de la vida, al promover y estimular la más completa expresión de sus potencialidades.

No obstante, pese a que uno de los indicadores del grado de desarrollo de un país es la salud y, que la salvaguarda de ésta constituye una obligación del Estado hacia la sociedad, los servicios de área en México, resultan cada vez más escasos para la población en general debido, entre otros factores a que ésta última, crece de manera desproporcionada en relación con el Sistema Nacional de Salud.

Esta escasez se observa con mayor énfasis en los grupos vulnerables, entre los que se encuentra la población indígena, que históricamente se ha visto al margen de estos servicios, es por ello, que busca otras alternativas para satisfacer sus carencias. De esta manera, la presente investigación parte de mi inquietud por conocer la influencia en la salud reproductiva y el papel social de la partera tradicional en la comunidad indígena de la región del Istmo de Tehuantepec, específicamente en el Municipio de San Mateo del Mar, comunidad de Mero Ikooc (huaves), Estado de Oaxaca, México.

* Divinidades femeninas cuyas estatuillas arrodilladas se encontraban delante del santuario de Minerva en el capitolio. Representaban los esfuerzos de las mujeres en el momento de dar a luz (Mitología Griega).

El planteamiento del problema parte del supuesto de que, si la introducción de nuevos saberes y patrones de conocimiento en el área de salud reproductiva en las comunidades indígenas afecta el estatus y prestigio de las parteras en la comunidad, lo que constituye el hilo conductor del presente trabajo.

Desde el inicio, se abordó el fenómeno a investigar como un proceso en movimiento y cambios continuos, por eso fue importante recurrir a los métodos de clasificación cuantitativa/ cualitativa que son abordados durante la investigación que de manera más precisa contribuyan al entendimiento de esta problemática.

Es por ello que para la configuración del marco teórico y del marco de referencia, se uso el método de deducción - inducción, mismo que ayudó a explicar la problemática partiendo de aspectos generales para llegar a los particulares y a partir de ellos, relacionarlos con el tema de investigación.

El primer capítulo, se refiere al Sistema de Salud en México, para posteriormente centrarnos en los Servicios de Salud en el Estado de Oaxaca, a fin de ubicar el tema en el contexto nacional actual.

Capítulo dos, se enfoca a conocer el sistema de salud en el Estado de Oaxaca, para profundizar en el ámbito de costumbres, tradiciones y ritos en la salud reproductiva, por parte de la población indígena; en especial en lo referente a la partera empírica que se asocia y representa la práctica de la medicina tradicional. Cuyos terapeutas se inscriben en un modelo de reconocimiento que en muchos grupos, es el resultado de un largo y complejo proceso en el que intervienen elementos técnicos, sociales y no pocas veces religiosos.

La partera nace de una necesidad universal que la lleva a interactuar con su comunidad, por lo que posee su propia dinámica social, lo que le permite generar mecanismos de organización, a partir de su incursión en el área de la salud reproductiva, incluso con el poder real de decidir sobre el embarazo, parto y puerperio, compartiendo así un compromiso con la población en torno a actitudes, valores y conductas que se transmiten de generación en generación, ello propicia que la población se involucre de manera activa y comprometida en un sistema de creencias, dogmas y ritos en cuanto a su concepción de la vida, de ahí que la partera se convierta en un líder nato, con gran influencia en los procesos sociales de su comunidad, que a lo largo del presente trabajo se desarrolla.

En lo que se refiere al capítulo tres se parte de la metodología cualitativa, por considerar que explora un problema social o humano, cuyo diseño o planteamiento debe ser entendido como una propuesta inicial de acercamiento al objetivo de estudio y su contexto.

En un estudio descriptivo de la cultura de una comunidad y de aspectos fundamentales como el conocimiento de su identidad étnica y eficacia en la resolución de problemas a través de la perspectiva de comprensión global de la misma.

Las historias de vida y la observación participante nos permiten llegar al conocimiento del problema de estudio.

La observación participante facilitó el acceso a datos del escenario social e información de los miembros y al trabajo de campo, que nos permitió a partir del análisis la construcción geográfico –espacial, histórico –temporal, y sistemático estructural del caso de Mero Ikooc, Municipio de San Mateo del Mar, Comunidad Huave, del Estado de Oaxaca, tanto en lo que se refiere a sus características sociodemográficas, como a la función social y trascendencia de la partera empírica en esta región. Por tal razón, se esboza una visión general sobre la

comunidad de Mero Ikooc, Oaxaca con información sobre aquellos aspectos que nos llevan a entender mejor su caracterización socioeconómica y posteriormente se recurre a datos verbales obtenidos mediante entrevistas, textos documentales obtenidos por la grabación de la conducta de la partera empírica y el registro oral de informantes; de dos médicos indigenistas, un antropólogo social y un sociólogo que tienen una aproximación y relación mutua en el contexto social con respecto a la función social que cumplen las parteras en la mencionada comunidad.

Finalmente, a partir de la experiencia vivida como estudiante en la práctica de especialización y posteriormente en el servicio social en el H. Congreso de la Unión en donde trabajé en el área de la Dirección General de Apoyo Parlamentario, dentro del programa Estrategia Parlamentaria desarrollando las siguientes actividades: Investigación social, para comprender e interpretar los procesos sociales y la problemática que vive el país desde un punto de vista social. Planeación, Administración, Ejecución y Evaluación de programas de Bienestar Social, Formación y Organización de grupos de trabajo para el desarrollo de Programas de índole social, se me encomendó realizar una investigación de la Medicina Tradicional con el propósito de presentar una iniciativa de ley, donde logre identificar las dificultades a las que se enfrentan las mujeres indígenas en lo que salud reproductiva se refiere. En este capítulo cuatro se intenta rescatar el trabajo realizado y fundamentarlo con la importancia que tiene el desarrollo social y la operación adecuada de las políticas sociales, a fin de que efectivamente cumplan con su función de dar respuesta a las necesidades y demandas de la sociedad. Así como la influencia que tienen en los procesos sociales de esta zona, las parteras empíricas como promotoras sociales, para concluir con la propuesta de una iniciativa de ley enfocada a lograr el reconocimiento de la partera en la Ley General de Salud que rescate y fortalezca la función social de las mismas e incorporarlas, como ejes de cohesión, en los procesos sociales de las comunidades.

CAPÍTULO I

SISTEMA DE SALUD

Higieya*

1.1 Generalidades de Salud

Dada la trascendencia de la salud en el bienestar de la sociedad, ésta ha sido motivo de constante preocupación por parte de los principales organismos nacionales e internaciones, desde hace muchos años, es así que en 1979, la ONU la reconoció como índice de progreso y parte integrante de las estrategias internacionales de desarrollo, en tanto que, en 1980, insiste en que la salud, aunada a la educación son estrategias prioritarias para reducir la pobreza y propiciar el desarrollo y ubica en las áreas rurales el mayor rezago. (Organización Panamericana de la Salud (OPS); resolución de los Cuerpos Directivos, 1978-1980).

A fin de destacar las condiciones de vida se considera pertinente, detenernos a analizar qué es la salud y cómo incide en el bienestar de la sociedad.

La Organización Mundial para la Salud afirma que ésta es “un completo estado de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades” y convencida de que las desigualdades sociales existentes para la población, resultan inaceptables y constituyen una preocupación común a todos los países, reconoce que su atención, requiere de un compromiso político firme y continuo a todos los niveles de gobierno.

Pues ésta, sólo es posible si se cuenta con recursos disponibles para satisfacer

* Diosa de la Salud, hija de Asclepio y de Lampecia. Su culto estaba asociado al Dios de la Medicina, Mitología “Griega”

las necesidades humanas y el ambiente general y laboral este protegido de contaminantes patógeno y riesgos físicos nocivos. Por tanto, la salud conlleva un sentido de bienestar y seguridad. Es por ello, que la pobreza y la salud tienen estrechas y obvias relaciones, por lo general los pobres tienen una esperanza de vida mucho menor, una elevada mortalidad infantil y una incidencia más elevada de incapacidad, además de que padecen más enfermedades transmisibles y pasan la mayor parte de su vida con mala salud.¹

Tradicionalmente, la salud se ha entendido como un estado de funcionamiento normal del organismo humano, por el que siempre el hombre ha luchado. No obstante, pensamos que más que un estado de normalidad se debe entender como un estado de equilibrio, en el que la integridad y el bienestar físico y social del hombre sean el punto medio, para que los individuos puedan trabajar libres y unidos en la satisfacción de sus necesidades y un desarrollo pleno, pero para poder lograrlo, debemos tener en cuenta que la salud no sólo depende de las causas físicas inmediatas, sino que existen otros factores que determinan este. La alimentación, la educación, el trabajo, la higiene, el aseo, los servicios (agua, drenaje, luz, transporte, vivienda, servicios de salud, etcétera.); en tanto que el equilibrio mental, es también un factor que influye y determina directa e indirectamente el estado de salud personal y social.

En este orden de ideas, desde el punto de vista fisiológico la salud se traduce en el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. El “medio interno” o “fisiológico” regula la complejidad de los fenómenos físico-químicos generados como respuesta a los estímulos del “medio externo”, manteniendo de esta manera la armonía.²

Por otra parte, también se le reconoce como un estado de funcionamiento

¹ Nuestro Planeta, Nuestra Salud Informe de la Comisión de la Salud y Medio Ambiente de la OMS. Edit. Secretaría de Salud México, 1997, P6

² Vega Franco, Leopoldo y Héctor, García Manzanedo. Bases Esenciales de la Salud Pública. 1980. P.2

armónico psicofísico de un individuo, en equilibrio con su medio ambiente, del que es parte integrante y al cual se ha adaptado perfectamente, como resultado de la acción de diversas fuerzas internas, externas, heredadas y adquiridas, condicionadas por la cultura y economía de cada país.³

Para Rogers G. (1967), los elementos básicos de la definición son: energía-vitalidad, individualidad – unidad de la persona, producto de la libertad de ser y del placer de ser uno mismo

Aun cuando es un concepto vago, en algunas de sus definiciones se enfatiza la ausencia del proceso activo de una enfermedad. Otras, se centran en el grupo de independencia en la vida diaria (Burak, 1965). Las más completas, aceptadas por los especialistas en el tema, destacan la autorrealización, el logro del desarrollo pleno del individuo, y la evaluación de la salud propia (Duna, 1959, 1961; Maslow, 1971).

De esta manera, afirmamos que la persona verdaderamente sana y vivaz, parece irradiar energía, disfrutar de ser él mismo; le complacen las relaciones en donde tanto ella como otros son libres de estar vivos, conscientes de los demás y esencialmente de ellos mismos. Cabe pues, reconocer que la salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican, en cierta forma la buena o mala calidad de la vida.

Corresponde al Estado realizar acciones dirigidas a proteger a la población de riesgos y daños que puedan afectar su salud. La estructura de los servicios públicos de salud depende de planteamientos derivados de la ideología política del país y de la factibilidad de los mismos, basados principalmente en la atención igualitaria, la planeación democrática, la participación popular, la administración ordenada de las disponibilidades nacionales, la descentralización y la distribución equitativa de recursos y beneficios.

Los servicios de salud forman parte de la seguridad social, que anteriormente

³ Bustos Castro, René. Administración en Salud. Año, 1994 p. 12.

conocíamos como servicios médicos y conforme el paso del tiempo ha evolucionado involucrando conceptos como, la salud pública, la atención médica individual o familiar y la educación.

Se considera pertinente centrar la atención en la salud pública, en virtud de que se concibe como la forma en que una sociedad organizada resuelve sus necesidades de salud a través de organismos formales e informales; Winslow,⁴ cuya definición es de las más conocidas y aceptadas, se refiere a ella, como “la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades.

El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno en un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de un derecho natural a la salud y a la longevidad”

De esta manera, la salud pública es un recurso biológico que favorece la productividad del hombre y, por tanto, la economía de la población, esto se traduce en la elevación del nivel de vida, y como consecuencia en el bienestar comunal.

Hanlón, J. H⁵., divide las acciones de salud pública en dos amplios campos de acción: a) los relacionados con problemas ambientales y b) los que competen al mercadeo de servicios de salud. A su vez establece siete tipos de actividades: ⁶

- Originados sobre las bases comunales (saneamiento ambiental).

⁴ Winslow, C:E:A. The untilled field of public health. Mod. Med.2:183,1920

⁵ Nalón, J.H. Principios de Administración Sanitaria 3ª Edición. Prensa Médica. México, 1973. Pp 23

- Las destinadas a prevenir las enfermedades, las incapacidades y las muertes prematuras (incluyendo la salud materno infantil).
- La atención médica (incluyendo el diagnóstico temprano y la enseñanza).
- Recolección y análisis de los registros de vida.
- Las encaminadas a la educación higiénica.
- Planeación en materia de salud.
- Investigación científica, técnica y administrativa.

Los instrumentos de que se vale la salud pública para ejecutar su acción son:

- a) Epidemiología, permite el diagnóstico de la salud o enfermedad en la población.
- b) Tecnología biomédica, indica en cada situación el imprescindible desarrollo de un programa de educación higiénica aplicado a las circunstancias.
- c) La correcta administración de los recursos de salud disponibles.

1.2 El Sistema de Salud en México

La atención a la salud es emergente de una política estatal que pretende el control y la hegemonía de las prácticas médicas, circunscribiéndolas en un marco legal del reconocimiento para decidir sobre sus campos de saber y aplicación.

Por otro lado, el país se encuentra en una transición epidemiológica y demográfica que se refleja en los patrones de morbilidad, así se percibe que la población es cada vez más urbana y la esperanza de vida aumenta, lo que se traduce en una mayor incidencia de enfermedades propias de las ciudades y un ascenso de los padecimientos crónico degenerativos, al lado de estas se encuentran las enfermedades y padecimientos infecto- contagiosos característicos de las sociedades de tipo rural.

La Ley General de Salud, precisa que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales del ramo, convocar a los grupos interinstitucionales y concentrar las estadísticas sanitarias, así mismo, entre sus funciones básicas destacan, la de actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema

nacional de vigilancia epidemiológica.

Por tanto, la provisión de servicios de salud constituye una prioridad en la asignación de los recursos públicos, puesto que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y propicia la participación de la población en las actividades productivas en igualdad de circunstancias.

El gasto federal destinado a salud en 2001, ascendió a 153 307.4 millones de pesos contra \$ 83 570 (a precios de 2001) en 1990, de esta manera es posible observar que el gasto ha crecido más rápido que el recurso programable federal, y por lo mismo en ese período su monto como porcentaje del total aumentó del 12.7% al 16.6 %, por lo que en tal lapso los recursos asignados a las instituciones públicas crecieron a una tasa promedio anual de 4.4.% y el gasto dirigido a la población abierta se incrementó a un 9.9% anual promedio.⁷

En lo que se refiere, específicamente a salud reproductiva, los números indican que entre 1993 y 1996, en este renglón fue duramente castigado, pues disminuyó de 3 mil 486.6 millones a 2 mil 339.9 millones de pesos, es decir, en un 33%. Este está vinculado a la reducción del gasto real destinado a salud, que sufrió un desplome aun más severo, pues descendió en un 37% en el mismo periodo, y a la fecha no ha logrado una recuperación substancial.

En este sentido, podemos distinguir por lo menos cuatro episodios en la planeación y desarrollo de los modelos de atención a la salud, en un primer momento sobresale el desarrollo de programas de sanidad ambiental y el control de enfermedades epidémicas; en un segundo momento, de la infraestructura hospitalaria institucional; en un tercer momento, de los modelos de atención a la salud que tiene que ver con el surgimiento de los sistemas de seguridad social que, además de la atención médica otorgan a los derechohabientes otro tipo de prestaciones económicas y sociales. En tanto que el cuarto episodio, se relaciona directamente con las políticas de salud que los organismos internacionales especializados impulsan a través de los ministerios de salud, convocados para la

⁷ Escalante Macín Eduardo. Género y Política en Salud, primera edición. México 2003. Pp 17-20

selección de criterios generales y la educación en acciones específicas en la materia.⁸

La asistencia de la salud se brinda en el país a través de dos fuentes principales: la que proporciona el Estado y la privada, no obstante, el primero como promotor y ejecutor del desarrollo ha tratado de ofrecer sus servicios, sin lograr la cobertura esperada, pese a que son sujetos de este tipo de atención, grupos sociales que generalmente coinciden con la presencia de características de marginalidad socio económica.

De estas fuentes se derivan:

a) El sistema de seguridad social, integrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es el de mayor cobertura; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX); Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre todos, 50 y 44% de la población.

b) Los servicios privados, a los que se incorporan los seguros de esta naturaleza, los cuales afilian poco menos del 2 % de la población.

c) Los servicios de salud a población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA), a través de los Institutos Nacionales de Salud, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA); el IMSS – Solidaridad y los organismos Públicos Descentralizados de las Entidades Federativas.

Así, encontramos que en 1988, la población atendida por las instituciones de seguridad social, ascendía a 37 millones de personas, mientras que en 1983, entre el 10 y el 15% de mexicanos eran atendidos mediante servicios médicos privados⁹

⁸ Secretaría de Salud. Programa de Salud y Nutrición para los pueblos indígenas.

⁹ Rojas Soriano. Crisis salud enfermedad y práctica médica, Plaza y Valdez, México, 1990, p 60.

No obstante que, las instituciones de seguridad social han logrado extender sus servicios al 52% de la población nacional debido a que dicha prestación esta condicionada a la situación laboral del trabajador, más del 45% de la población no tiene derecho a ella. Es por ello que, ciertos sectores sociales acuden al privado y algunos más a los servicios médicos gubernamentales (Secretaría de Salud y Servicios de Salud Estatales), pero otros, se encuentran totalmente desprotegidos, por su ubicación geográfica o por sus bajos niveles económicos...(UNICEF, 1990).

Ante este panorama, la atención a grupos desvalidos a través del tiempo ha sido una de las mayores preocupaciones de los gobiernos del país, prueba de ello es, que en septiembre de 1978, durante la reunión de la Organización Mundial para la Salud (OMS), que tuvo lugar en Alma Ata, República Socialista Soviética de Kazajistán, México se adhirió al compromiso de proteger y promover la salud mediante la aplicación de la estrategia denominada Atención Primaria a la Salud, con las siguientes premisas: asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos y tecnologías sencillas, científicamente fundados, socialmente aceptables y puestos al alcance de toda la población con plena participación comunitaria y a un costo que el país puede soportar.

Consecuencia de esto, ha sido la búsqueda de un modelo de atención sustentable en las precarias condiciones económicas por las que el país ha transitado a lo largo de los años, a nuestro juicio, una respuesta se encuentra en la solidaridad social, como servicio público de apoyo a los grupos más pobres de México, que empezó a funcionar a partir de 1974 y más extensamente después de 1979, cuando se creó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria,¹⁰ constituido por un sistema piramidal compuesto por dos niveles de atención y destinado a proporcionar un conjunto de servicios a la población a cambio de su participación en beneficio de la salud individual, familiar y colectiva.

Es importante resaltar que ésta, es una estrategia que involucra a todos los

¹⁰ Diagnóstico de salud de la población indígena de México. 1995-1998. Cap. 7. IMSS-Solidaridad. México, D:F

sectores de la administración pública y a la población en general, de esta forma la atención primaria se constituye en punto de partida para impulsar el desarrollo social y económico sustentable en las propias comunidades.

Conforme al esquema de la atención primaria a la salud, los servicios otorgados se desarrollan a través de las etapas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, así mismo, hay consenso en que los servicios organizados de esta forma deben contar con viabilidad de gestión, ser culturalmente aceptables y accesibles a la población, consenso que se extiende a la convicción de que la participación comunitaria para fomentar la corresponsabilidad de la población y reducir su dependencia, es una estrategia básica y motor de los servicios, sin perder de vista que la acción de las instituciones de salud debe estrechar su relación con los demás sectores del desarrollo.

Aun cuando el progreso en materia de salud en México ha sido considerable, pues se ha retroalimentado de los avances tecnológicos en materia médica que se vienen sucediendo en el mundo, la problemática del sector salud en cuanto a infraestructura y servicios de atención a la salud, se refleja en los siguientes datos:

a) Entre 1997 y 1999 el gasto per cápita en salud disminuyó ligeramente en 2988 pesos, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8% en ese período. Por su parte, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.5. % en 1999, ligeramente inferior a 1998 (5.6%) pero superior a 1996 (5.1%)

La reducción del presupuesto ha producido efectos negativos en todos los niveles, entre los que es posible mencionar al sector médico, “lo que da origen a una mayor explotación del personal de salud y, por consiguiente a la deficiencia en la prestación de los servicios médicos en todos sus niveles” esto provoca que en infinidad de ocasiones no se haga un diagnóstico acertado, ya sea por falta de recursos materiales o porque, ante la gran demanda de atención, el tiempo dedicado a cada paciente es insuficiente.

b) La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras, en el

Distrito Federal y en Baja California Sur, en instituciones públicas tenían en el año 2000, 3.2 y 2.5 médicos, respectivamente, por cada 1000 habitantes, en los estados de México y Chiapas contaban con 0.8 y 0.9 médicos, en algunos municipios de alta marginación con 0.7 y en las zonas indígenas del Estado de Oaxaca, sólo con 0.13 médicos.¹¹

c) “El predominio del enfoque biólogo e individualista en la medicina que se practica en nuestro país, limita la posibilidad de que el equipo de salud adquiriera un conocimiento amplio de la problemática socio cultural y psicológica de los pacientes a fin de orientar de manera adecuada el ejercicio de la profesión médica”¹²

d) La formación académica del personal médico ha sufrido variaciones, desde una medicina indígena precortesiana, hasta la influencia de Estados Unidos, mediante las recomendaciones del informe Flexo, lo cual “...acarrió algunos beneficios pero, al mismo tiempo favoreció, el aumento del costo de los servicios médicos, fragmentó y despersonalizó la atención médica, causó la separación entre la medicina preventiva y la curativa, con predominio de la segunda, y se perdió la visión del paciente como un individuo integral y como miembro de una familia y de una comunidad”¹³

Por otro lado, conforme al Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria en el período 1979-1981, se logró un conocimiento más amplio de las condiciones socioeconómicas y la situación de salud que presentaban las poblaciones marginadas, además de que se pudo apreciar mejor el vasto mosaico étnico y cultural existente en su ámbito de operación, por lo que se estableció la premisa de que este factor debía ser entendido y respetado, al mismo tiempo que se identificaron las formas ancestrales de organización que utilizaba la población para trabajar en asuntos de interés colectivo, así como las costumbres, tradiciones y prácticas comunitarias que prevalecían en torno a la

¹¹ Secretaría de Salud (SSA). Perfil del Sistema de Servicios de Salud en México, 2ª. Ed., abril 2002, p.7

¹² Op.cit. Rojas Soriano....64

¹³ González Carbajal, E. Diagnóstico de la Salud en México, trillas, México 1990, p90

salud.

Es por ello que, la gran extensión del área rural mexicana y las características diferentes de las distintas zonas hacen que en el país existan múltiples programas de salud rural, que según su ámbito de influencia pueden clasificarse en generales o nacionales, específicos y experimentales.

Programas Generales: El principal organismo que atiende la salud en el medio rural es la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, que a través de su sistema de servicios cubre a todo al país, incluyendo el medio rural, excepto el Distrito Federal. Además se encuentran los sistemas de Seguridad Social, principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, a los que se hizo referencia con anterioridad, dirigidos fundamentalmente al ámbito asistencial y otras instituciones de menor cobertura.

Los servicios Coordinados se integran en cuatro niveles jerárquicos:

- a) El Central, formado por la Dirección General establecida en la capital de la República.
- b) El Estatal, formado por las 31 jefaturas ubicadas en cada uno de los Estados.
- c) El Jurisdiccional, formado por las jurisdicciones sanitarias en que se encuentra dividido cada Estado.
- d) El nivel local, formado por las unidades de servicio a la población.

Programas Específicos: Son numerosos los que se desarrollan en áreas específicas del país, aunque algunos coinciden entre si y otros forman parte de programas integrales de desarrollo en que los servicios de salud revisten modalidades especiales, o bien, se ajustan a lo habitual citando solo algunos.

Programas del Instituto Nacional Indigenista, que tienen como objetivos principales la investigación y el mejoramiento integral, incluyendo la salud, de los grupos indigenistas de todo el país.

Programa de Desarrollo de los Altos de Chiapas, de participación multisectorial, el cual incluye a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Programas de construcción de aljibes en las zonas áridas, construcción de tanques de almacenamiento de agua, con capacidad para veinte mil litros.

Programas de alimentación complementaria rural, con objeto de mejorar la alimentación de grupos vulnerables, como preescolares, embarazadas y mujeres en lactancia.

Programas Experimentales, con el fin de probar metodologías y alcanzar conclusiones que permitan su recopilación en otros lugares. Entre ellos se cuentan experiencias reducidas orientadas principalmente a la formación de médicos y enfermeras de educación superior.

Plan Zomeyucan: es un programa experimental de atención sanitario asistencial integral al medio rural.

Programa Etlá: se considera que este distrito es representativo del Estado de Oaxaca, se desarrolla durante un año dispone de dos centros de salud rurales y diez casas de salud; laboran cuatro médicos que ejercen en forma privada.

A su vez, el primer Diagnóstico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México (1981), elaborado por el Programa, confirmó que los principales riesgos y daños a la salud en las comunidades rurales se originaban por las precarias condiciones de vida de sus habitantes, por lo que fue necesario desarrollar un concepto diferente del proceso salud- enfermedad, a fin de que se estuviera en condiciones de abordar integralmente la compleja relación del entorno social y ecológico con la herencia biológica de cada individuo y su modo de vida, sin dejar de concebir y enfrentar de manera diferente este proceso. No obstante, no se han observado cambios al respecto, en virtud de que los factores que inciden en esta situación persisten.

En este sentido, el enfoque de atención primaria a la salud implicaba la obligación de atender a la población oportuna y eficientemente, con servicios de salud accesibles desde el punto de vista cultural y geográfico, y respetando además su derecho de participar en el cuidado de su salud, en el momento y la forma que ella decida. Entrañaba también, el compromiso de trabajar junto con la comunidad utilizando el concurso de disciplinas diferentes a la medicina y a la enfermería, a fin de llevar a la práctica propuestas concretas y acordes con la cultura local

basadas en tecnologías simplificadas que hicieran posible enfrentar las principales causas de enfermedad y muerte.

Sobre todo en la actualidad en que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México día a día, se incrementa la tasa de cáncer, las alteraciones del sistema nervioso las intoxicaciones y enfermedades cutáneas, entre otras que tiene una relación estrecha con las modificaciones del medio ambiente e inciden en el aumento de algunas enfermedades, como es el caso de la contaminación de agua subterránea y superficial y la extensión de microorganismos del suelo, las cuales tienen un impacto negativo en la biodiversidad, al producir la muerte masiva de aves y residuos en alimentos. Su letal presencia se ha detectado en el tejido adiposo de mamíferos y en la leche materna.

Por otra parte, como se dejó implícito en el apartado anterior, uno de los indicadores del grado de desarrollo económico y social de los países, lo constituye la salud, y ésta en sectores marginados sigue siendo una necesidad sentida por la población, de ahí la preocupación de diseñar y aplicar modelos de salud acordes a la realidad, no sólo del país, sino específica de cada región.

Ahora bien, en modelos de atención a la salud, es el conjunto de sistemas y acciones articuladas a la sociedad y encaminadas a responder a las necesidades de salud individual y colectiva, que involucran relaciones entre el conocimiento y el hacer médico, con la sociedad y la política del Estado en materia de salud, que es interdependiente de las relaciones sociales y en consecuencia modificable, lo que favorece que en una sociedad persistan diversos modelos de atención reconocidos y practicados por la población, aunque no por ello legitimados o apoyados oficialmente.

Es así que, prevalecen diferentes concepciones del proceso salud- enfermedad y éstos están determinados por el contexto en el que los sujetos se desenvuelven,

su vida cotidiana y el momento histórico que viven, a la vez que tienen una gran carga cultural.

De esta manera, encontramos que el 1- modelo aborigen, concibe la enfermedad como daño inferido mágicamente o por invasión de espíritus del mal. La etiología puede referirse a la envidia, a la ruptura de un tabú o prohibición ética, o un simple daño moral.¹⁴

Para la población marginada rural, en especial cuando pertenece a un grupo indígena, el evento de enfermedad y muerte es vivido de manera muy intensa en el marco de su cosmovisión, es una fuente más de conocimiento y acción para educar su comportamiento al presente y revitalizar sus costumbres y valores.

En tanto que, el 2- modelo científico, la percibe como una ruptura del equilibrio psicosomático-social. La etiología se da en la relación hombre-ambiente-agente, el resultado de la investigación (análisis clínicos, de gabinete, etc.).¹⁵

Así mismo, el 3- modelo popular que participa de los dos modelos anteriores, implica dos tipos de comportamiento o respuesta frente a la enfermedad.¹⁶. Mientras determinados grupos de población urbana, recurren a la medicina científica, para resolver o dar alivio a sus malestares y enfermedades, otros sectores, lo mismo que la población indígena, han adoptado la medicina tradicional como el único medio de preservación de la salud.

Con base en lo anterior, es conveniente precisar que el saber y la práctica médica en cualesquiera de sus manifestaciones sociales, hegemónica o no, científica o no, pertenecen y se legitiman por los grupos sociales que las reconocen.

1.3 Los Servicios de Salud en el Estado de Oaxaca

¹⁴ Natalio Kisnerman. Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanistas.

¹⁵ Idem. Pag 23.

¹⁶ Idem. " "

El estado de Oaxaca se encuentra al suroeste de la República Mexicana y representa el 4.8% de la superficie del país,¹⁷ por tanto es el quinto de mayor extensión en el país con 95,364 kms², colinda al norte con Puebla y Veracruz-Llave; al este con Chiapas; al sur con el Océano Pacífico y al oeste con Guerrero.¹⁸ La división Municipal de Oaxaca, consta de 30 Distritos con Cabeceras Municipales cada uno y 570 municipios, integrados por casi 11 mil comunidades y localidades que se dispersan por su territorio, debido a la accidentada orografía; geográficamente se divide en siete regiones, en las que se habla una docena de lenguas; su población total es de 3 438 765 habitantes, 1 781 359 son mujeres y 1 657 406, hombres, en donde conviven 16 grupos étnicos que aportan una gran gama de manifestaciones culturales que en muchos de los casos se asientan en localidades de difícil acceso; cerca del 36.6% de la población de más de 5 años habla una lengua indígena. En términos generales se considera que aproximadamente el 70% de la población se identifica con algún grupo étnico. Las lenguas de uso mayoritario son el zapoteco, mixteco, mazateco, chinanteco y el mixe.

En Oaxaca se encuentra el 18.3% de la población indígena de todo el país y se estima que tres de cada cuatro oaxaqueños tiene ascendencia indígena. El 78.1% de los 570 municipios del estado se rigen por el sistema tradicional de usos y costumbres y no por elecciones de partidos.

La zona más representativa en el Estado, es la región de Amuzga habitada una porción en el sureste del estado de Guerrero, en los municipios de Ometepec, Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, mientras que un pequeño sector se asienta dentro de la frontera suroeste del estado de Oaxaca, en los municipios San Pedro Amuzgos y Santa María Ipalapa.

Por otro lado, en esta zona es mayor el desempleo, el subempleo y la desocupación temporal, por lo general carece de vías suficientes de comunicación

¹⁷ INEGI-DGG. Superficie del país por Entidad y Municipio, 2006. Inédito.

¹⁸ INEGI. Marco Geostadístico, 2006.

terrestre, tiene altos porcentajes de analfabetismo y recursos reducidos para la educación. Destaca fundamentalmente la poca económica que imposibilita a la población, entre otras cosas, para sufragar los costos de la asistencia médica privada.

Es pertinente señalar que, el crecimiento poblacional no es homogéneo, las regiones Papaloapan e Istmo tienen tasas superiores al promedio nacional: 3.5 y 3.2, respectivamente. Mientras que en la Sierra Norte y la Mixteca las tasas son inferiores y van del 1.4 al 1.1%.

La tasa bruta de natalidad en Oaxaca es una de las más altas del país: 26.06 nacimientos por cada 1000 habitantes en 1997 (la nacional era de 23.87%). También es uno de los tres estados con mayor tasa global de fecundidad: 3.18 hijos por mujer (20% de la media nacional), superada sólo por los estados de Puebla y Chiapas.

El 22% de la población habita en 9 ciudades y dos tercios del total se distribuyen en comunidades de menos de 2,500 habitantes; hay alta marginación en las regiones Mixteca y Sierra Sur. Oaxaca tiene la mitad del total de los municipios con más alta marginación del país.

Aunado a su gran extensión, la extraordinaria dispersión de su población y sus altas tasas de crecimiento, se reflejan en condiciones socioeconómicas y de salud deficientes, además de la aún habitual persistencia de costumbres adversas o indiferentes a la salud y es notoriamente insuficiente la infraestructura de salud no sólo en cuanto a disponibilidad sino, paradójicamente, también en cuanto a utilización de servicios.

Dada la disgregación de la información obtenida a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que opera a nivel de Jurisdicción Sanitaria, no es posible obtener los datos específicos de morbilidad correspondientes a los

municipios No obstante, de acuerdo con la información generada por este Sistema en 1991, las diez principales causas de enfermedad entre los indígenas son de origen infeccioso en el 80% de los casos. El primer sitio estuvo representado por las infecciones respiratorias agudas con 59.8%, seguidas por enfermedades del aparato digestivo como las infecciones intestinales (31.8%). Además de estos padecimientos se identificaron enfermedades de la piel, como la sarna y la dermatomicosis y sólo se encontraron dos patologías no infecciosas, los traumatismos y los envenenamientos, que ocuparon el quinto lugar y la hipertensión arterial, el octavo sitio.

Los grupos de edad más afectados por los padecimientos infecciosos corresponden, en particular los menores de cinco años. El resto de la población además de presentar este tipo de padecimientos, se ve afectado por los traumatismos, el envenenamiento y la hipertensión arterial, padecimientos a los que se hizo referencia con anterioridad.

Así mismo, su deficiente infraestructura sanitaria y la mala atención de las instituciones de salud, se traduce en niveles elevados de mortalidad infantil e indicadores de nutrición insatisfactorios, además de que la desnutrición infantil rural es todavía una constante, pues sólo 45 y 29 por ciento de los menores de 5 años presentan condiciones normales en relación con el peso y la estatura.

Es así que, las enfermedades más comunes siguen siendo las propias del subdesarrollo: infecciones respiratorias, intestinales, amibiasis, parasitosis intestinal, helmintiasis y angina estreptocócica. Sumado a lo anterior, se ha detectado la incidencia de enfermedades epidémicas ya erradicadas en el país.

También en los últimos tiempos se han presentado casos de cólera en nuestro país, después de un siglo de ausencia de esta enfermedad. Las precarias condiciones sanitarias que prevalecen en los municipios indígenas, en particular la escasez de agua entubada y drenaje hacen, de este grupo de población un sector particularmente favorable para la transmisión del, *Vibrio cholerae*

El primer caso de este padecimiento se detectó en junio de 1991 en una localidad rural del Estado de México. Durante 1992 el Sistema Nacional de Salud reportó

6,540 casos repartidos en 30 entidades. En nueve estados se concentraron 71% de los casos (4,646): Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luís Potosí, Veracruz, y Yucatán. Destacan Campeche y Guerrero, que en conjunto han albergado 44% de los casos.

Estas nueve entidades agrupan a 381 municipios, 13% de los cuales son indígenas. Los casos de cólera en ellos reportados corresponden a 16% (1,090) del total nacional y 23% de los casos en las nueve entidades referidas.

De los casos de cólera en la población indígena han debido hospitalizarse 23%,7% catalogados como portadores asintomáticos, y sólo 0.4% ha fallecido. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años y no hay diferencia entre los sexos. La mayor incidencia de la enfermedad se ha observado en las semanas posteriores a las lluvias o bien después de festividades importantes (semana santa, peregrinaciones) en las que alta concentración demográfica incrementa las posibilidades de transmisión.

Por su parte, los jornaleros agrícolas migrantes son un grupo poblacional con una alta proporción de indígenas, que ha adquirido diversas enfermedades en los últimos años, causadas por un lado, por el desarrollo de la agroindustria nacional y por otro, por el deterioro cada vez más importante de algunas regiones del país donde habitan grupos étnicos, que debido a la pobreza productiva de sus tierras han sido llamadas "zonas de expulsión".

Si bien los jornaleros agrícolas de Oaxaca comparten en buena medida el perfil de salud hasta ahora descrito, dadas las características de pobreza y marginación social que igualmente coinciden con el de sus similares indígenas del resto del país, sus particulares condiciones de trabajo y vivienda determinan una problemática específica en cuanto a la patología que les afecta y a sus necesidades de atención a la salud. Además la migración indígena hacia Estados Unidos provoca la difusión del SIDA.

Respecto al comportamiento de la mortalidad por sexo, las tasas de hombres son superiores a las correspondientes a mujeres. Sin embargo, el índice respectivo

representa valores inferiores al nacional (124 frente a 130). La diferencia se amplía aún más cuando se analizan por separado los municipios de más de 70% de densidad indígena (índice de sobre mortalidad masculina de 121).

Entre las veinte principales causas de muerte se perciben algunas cuyo peso relativo es mayor en la población indígena. Tal es el caso de las deficiencias de la nutrición, que ocupan el sexto sitio, frente al decimoprimer lugar nacional; la tuberculosis pulmonar, también en undécimo lugar frente al décimo sexto nacional, y las anemias, que se encuentran en el décimo tercer lugar en relación al décimo séptimo a nivel del país.

Por el contrario, existen otras que pierden peso relativo como los tumores, que pasan al séptimo lugar frente al segundo lugar nacional; la diabetes mellitus que ocupa el lugar décimo quinto frente al cuarto en el ámbito nacional, y las enfermedades cerebro vasculares que representan la causa número doce frente al octavo lugar para el país en su conjunto.

Por otra parte y en relación con el tema que nos ocupa, a través de los años las muertes maternas han sido una constante, lo que corroboramos a través de diferentes estudios realizados, tanto del Sector Salud, como por profesionistas abocados a la investigación de la problemática social de los indígenas, presentamos las características sociodemográficas con las que se asocian las causas de muerte materna, más frecuentes.

1) Problemas en el parto. Se trata de la principal causa de muerte materna en nuestro país. Dos terceras parte de estas defunciones suceden en municipios de muy alta marginación y en localidades de menos de dos mil quinientos habitantes, son más frecuentes en mujeres mayores de 20 años, con baja escolaridad que viven en unión, que no son derechohabientes y que sí recibieron atención médica antes de la muerte. Es más probable que las defunciones por esta causa sucedan fuera de las unidades médicas.

2) Parto normal, embarazo múltiple, posición y presentación anormal, desproporción y/o anormalidad de los órganos y tejidos blandos, anormalidad fetal,

otros problemas fetales que afectan la atención de la madre, parto obstruido, anormalidad dinámica del trabajo de parto, trauma obstétrico, retención de placenta y otras complicaciones del parto no clasificadas.

3) Hemorragias, representan la tercera causa de muerte materna en nuestro país. Como causa de muerte tienden a concentrarse en mujeres que habitan municipios de muy alta marginación, en localidades rurales, es más probable que sucedan en mujeres mayores de 20 años, de baja escolaridad, generalmente casadas y no derechohabientes. La probabilidad de que mueran en el hogar es mayor a que ocurran en las unidades médicas. Hemorragia precoz del embarazo, hemorragia anteparto y placenta previa, hemorragia posparto.

4) Infecciones, se trata de una de las causas de muerte materna que afortunadamente ya no resulta muy frecuente en la actualidad. Existe una mayor probabilidad de que las mujeres que fallecen por esta causa habiten en municipios de alta marginación, en localidades rurales; sean menores de 20 años, tengan baja escolaridad, no cuenten con pareja y no sean derechohabientes. Estas defunciones son más frecuentes fuera de las unidades médicas aunque en su mayoría si reciben atención médica antes de la muerte.

5) Toxemia, de acuerdo con la agrupación empleada, constituyen la segunda causa de muerte con 23% del total de las defunciones en la última década. El perfil sociodemográfico que caracteriza estas muertes es muy diferente a las anteriores. Se presentan en mujeres que habitan municipios de baja marginación y en localidades urbanas; en mujeres jóvenes, de escolaridad elevada para el promedio nacional, sin pareja y no derechohabientes. Estas defunciones son más frecuentes en las unidades médicas en donde por lo regular reciben asistencia médica antes de la defunción.

6) Hipertensión que complica el embarazo, parto, puerperio e hiperémesis del embarazo.

7) Aborto, representa una proporción baja de la mortalidad, las muertes por esta

causa se asocian con más frecuencia a las localidades urbanas de baja marginación, presentándose en mujeres en edades intermedias, de escolaridad superior a la primaria, sin pareja y preferentemente derechohabientes. Como las anteriores es más probable que ocurran en unidades médicas con atención médica previa a la defunción.

8) Mola hidatiforme, otro producto anormal de la concepción, aborto retenido, embarazo ectópico, aborto espontáneo, aborto inducido ilegalmente, aborto no especificado, intento fallido de aborto y complicaciones consecutivas al aborto, a la gestación ectópica y el embarazo molar.

Conforme a la información arriba mencionada, es posible observar que el perfil de la mortalidad de la población indígena es propio de las sociedades menos desarrolladas, ya que predominan las denominadas enfermedades de la pobreza; las causas de muerte características del desarrollo (enfermedades crónico-degenerativas), si bien están presentes, tienen un peso notablemente menor.¹⁹

Como respuesta a las características antes mencionadas y a la condición de Derechohabiencia a Servicios de Salud específicamente en el Estado de Oaxaca, encontramos que hasta el 14 de febrero de 2006²⁰, la población derechohabiente y usuaria, los recursos humanos y las unidades médicas en servicio, de las Instituciones Públicas del Sector Salud por Régimen e Institución, eran las siguientes:

²⁰ Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed. 2006.

Recursos	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SECRETARIA DE MARINA	ASISTENCIA SOCIAL	IMSS SOLIDARIDAD	SSO	DIF
Población Derechohabiente	648,748	302,166	24,118	9,122	N/A	N/A	N/A	N/A
Población Usuaría	342,220 b18	252,274	14,953	6,498	2,946,656	1,348,142 E19	1,578,288	20,226
Recursos Humanos: Médicos	626	487	81	32	2,425	692 F20	1,661	72
Recursos Humanos: Paramédicos	1,279	466	139	40	3,545	952	2,463	130
Unidades Medicas: Consulta Externa	24	53	5	0	1,110	470	639	1
Unidades Medicas: Hospitalización	4	4	1	1	25	9	17	N/A

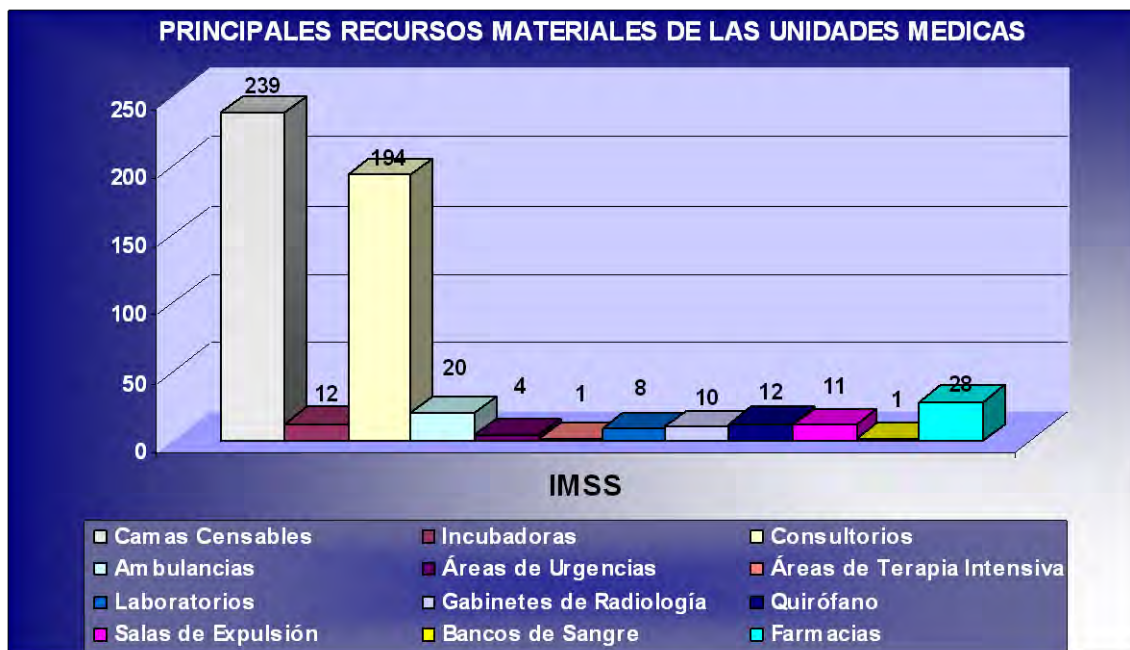
Fuente: Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed, 2006.

Principales Recursos Materiales de las Unidades Médicas en Servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud según Régimen e Institución 2006.

Recursos	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SECRETARIA DE	IMSS	SSO	DIF
----------	------	--------	-------	---------------	------	-----	-----

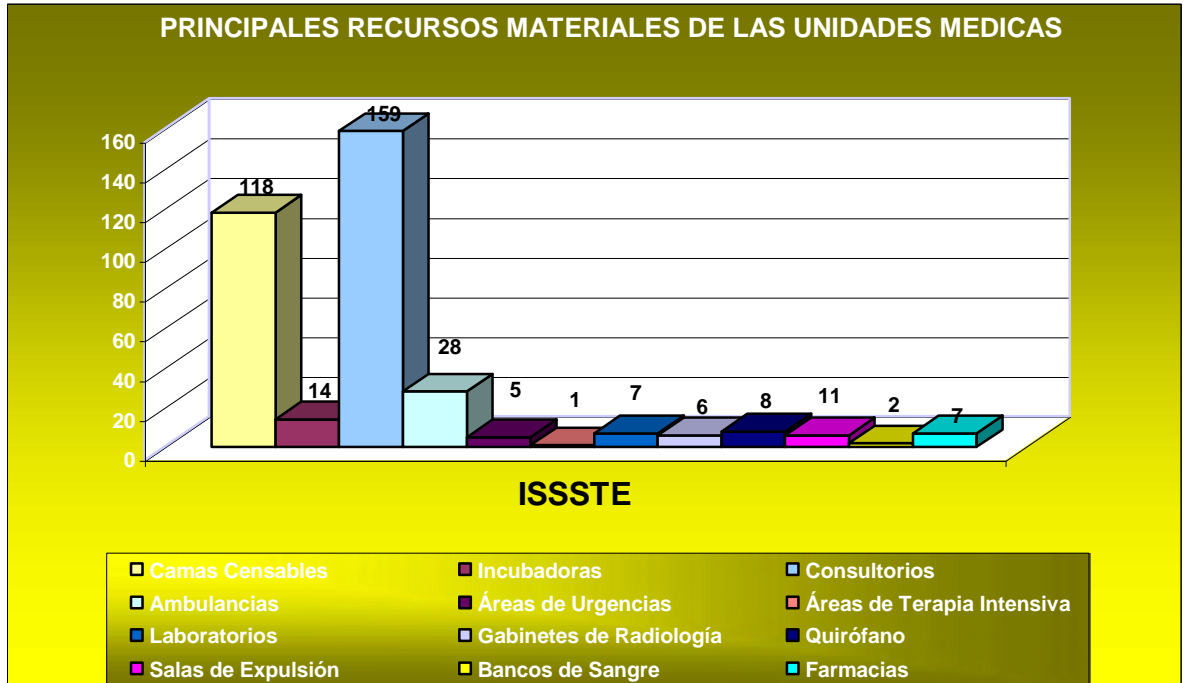
	(1)	(2)	(3)	MARINA (4)	SOLIDARIDAD (5)	(6)	(7)
Camas Censables	239	118	21	16	1039	1216	0
Incubadoras	12	14	6	2	19	77	0
Consultorios	194	159	37	16	561	879	35
Ambulancias	20	28	7	4	11	30	0
Áreas de Urgencias	4	5	3	1	9	18	0
Áreas de Terapia Intensiva	1	1	0	1	0	3	0
Laboratorios	8	7	1	1	9	24	0
Gabinetes de Radiología	10	6	1	1	9	18	2
Quirófano	12	8	1	1	9	30	0
Salas de Expulsión	11	6	1	1	479	464	0
Bancos de Sangre	1	2	1	0	0	1	0
Farmacias	28	7	3	1	9	29	0

Grafica # 1



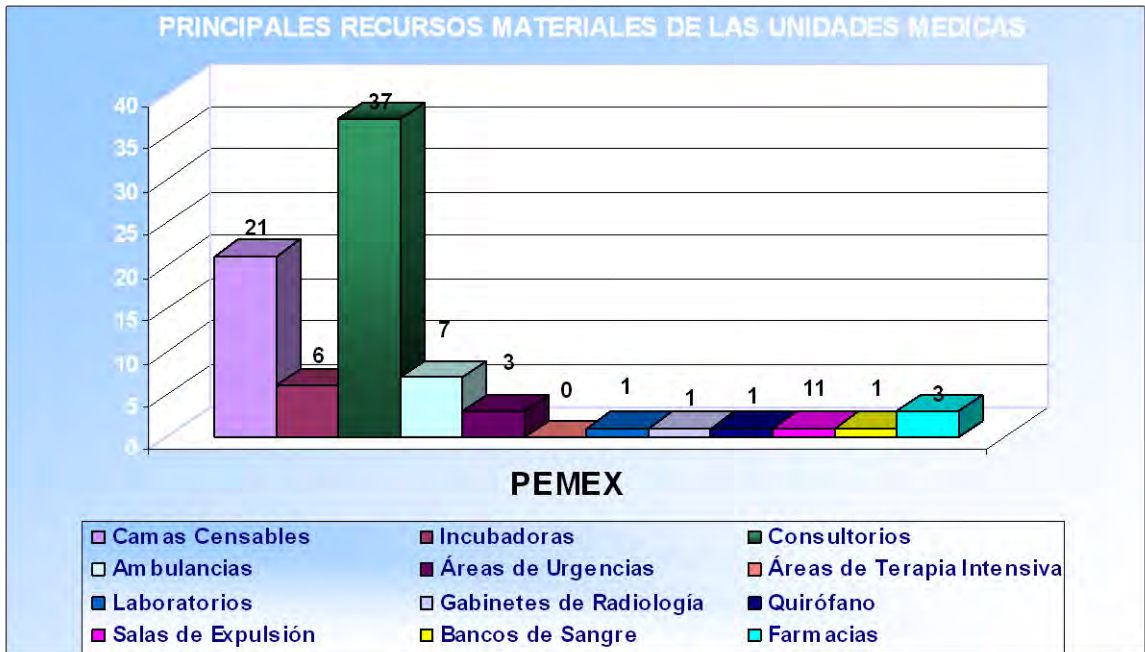
Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006.

Grafica # 2



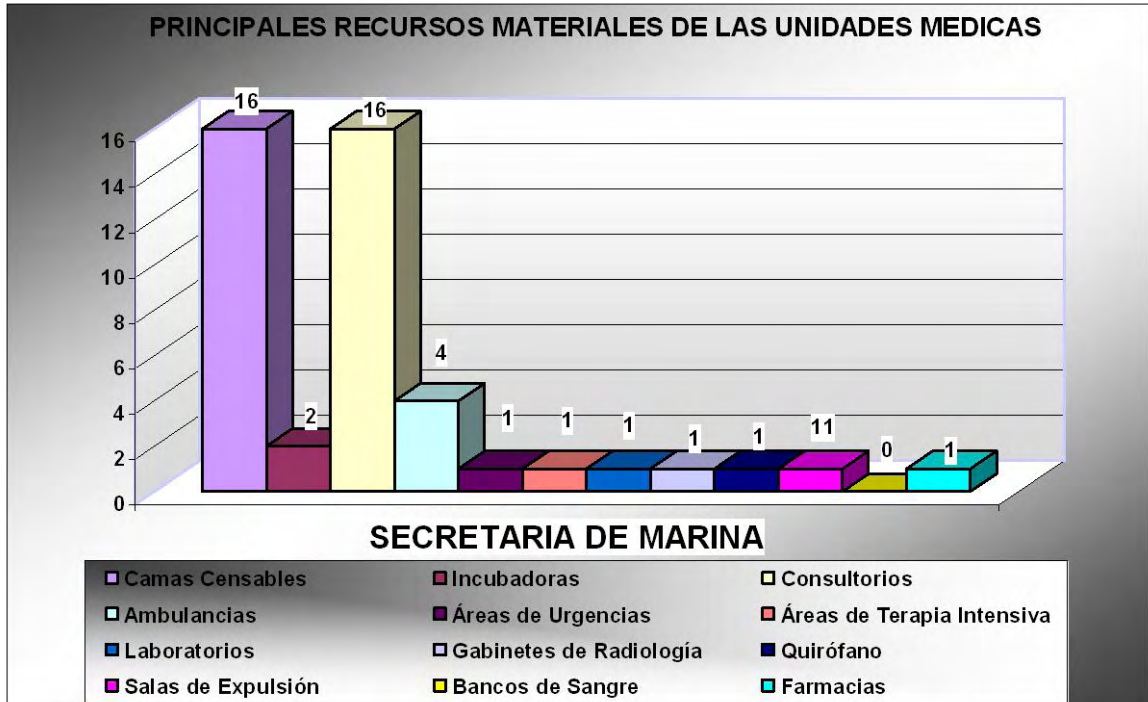
Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
 INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Grafica # 3



Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
 INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Grafica # 4



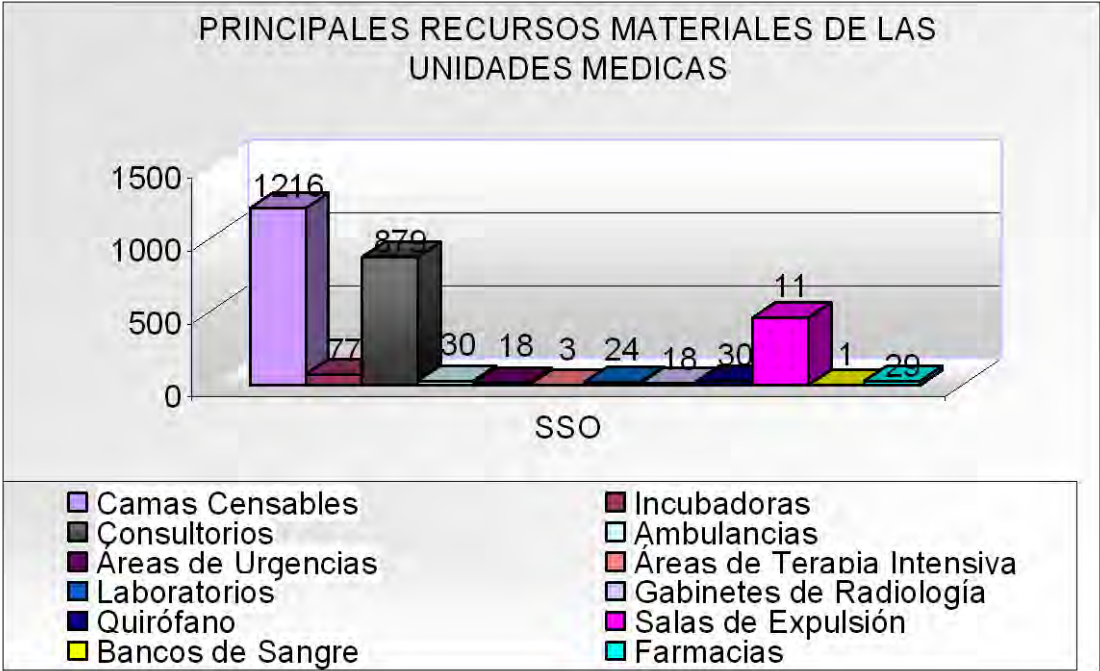
Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Grafica # 5



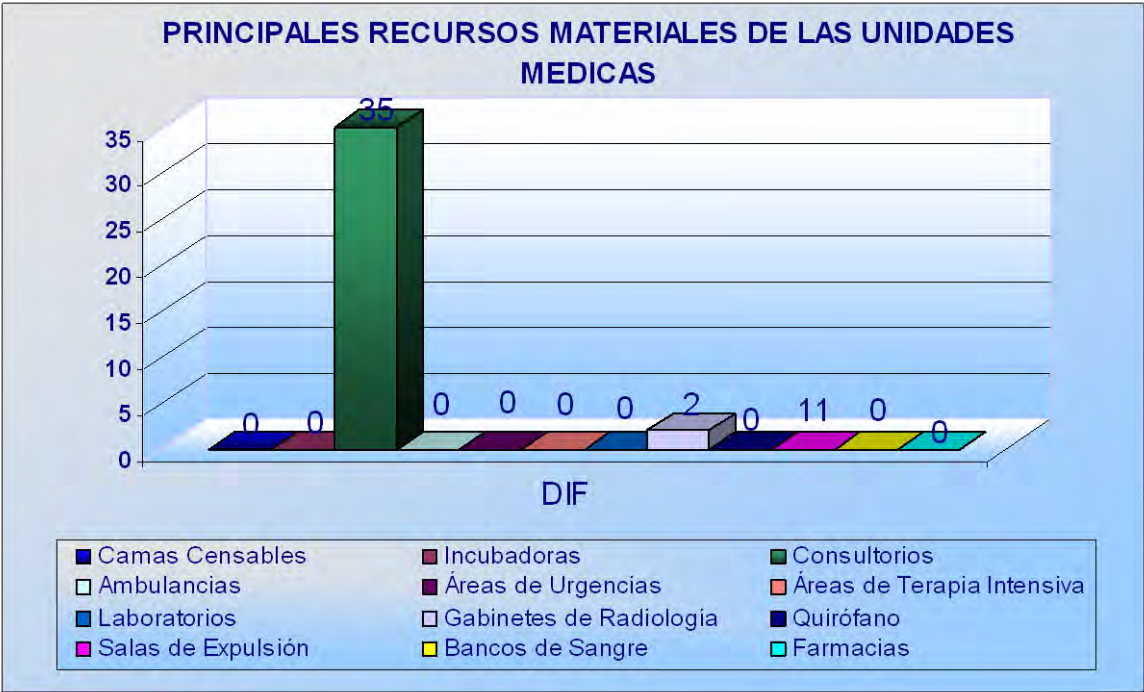
Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Grafica # 6



Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Grafica # 7



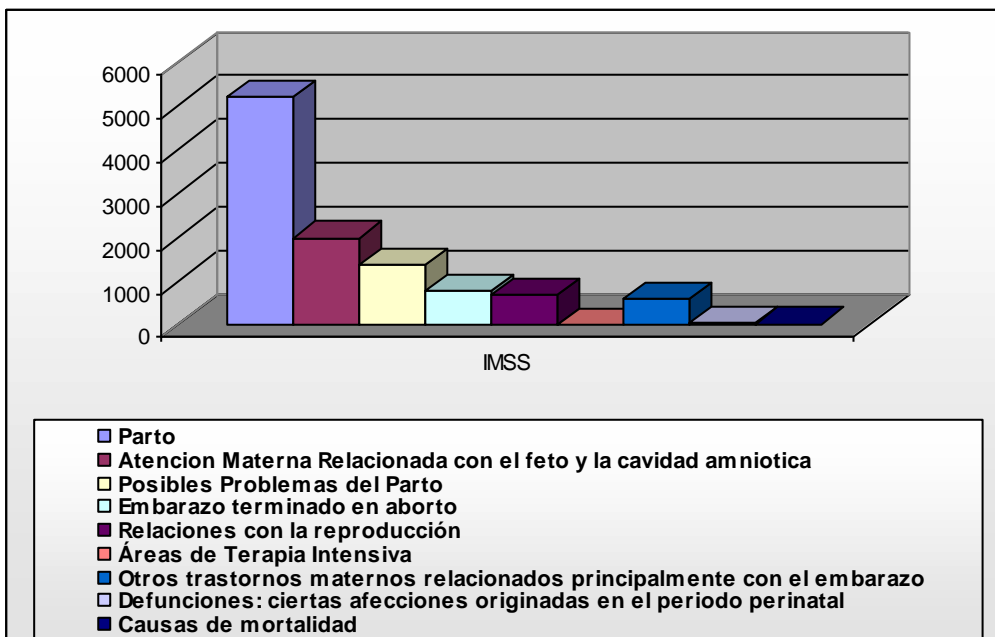
Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

Egresos de Hospitales en las Instituciones Públicas del Sector Salud, por Diagnóstico de Egreso, relacionados con la reproducción. 2006

IMSS # 1

Diagnóstico	No.
Parto	5193
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	1979
Posibles problemas del parto	1357
Embarazo terminado en aborto	761
Relaciones con la reproducción	671
Áreas de terapia Intensiva	1
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	595
Defunciones: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	47
Causas de mortalidad	27

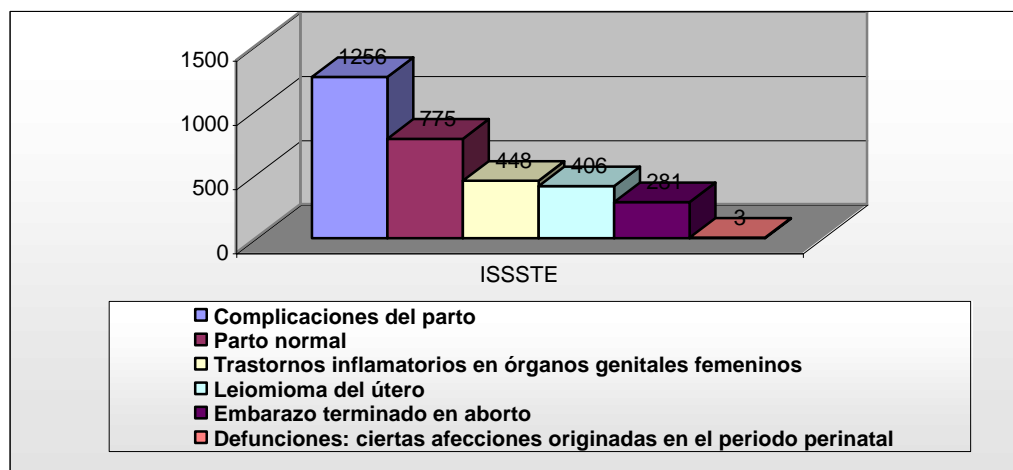
Grafica # 1



ISSSTE # 2

Diagnóstico	No.
Complicaciones del parto	1256
Parto normal	775
Trastornos inflamatorios en órganos genitales femeninos	448
Leiomioma del útero	406
Embarazo terminado en aborto	281
Defunciones: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3

Grafica # 2

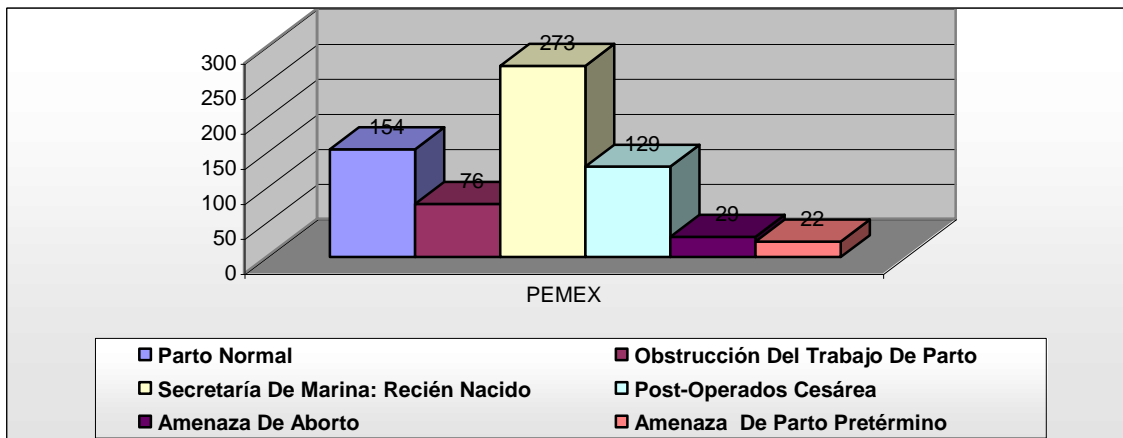


Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

PEMEX # 3

Diagnóstico	No.
Parto normal	154
Obstrucción del Trabajo de Parto	76
Secretaría de Marina: Recién Nacido	273
Post-Operados Cesárea	129
Amenaza de Aborto	29
Amenaza de parto pretérmino	22

Grafica # 3

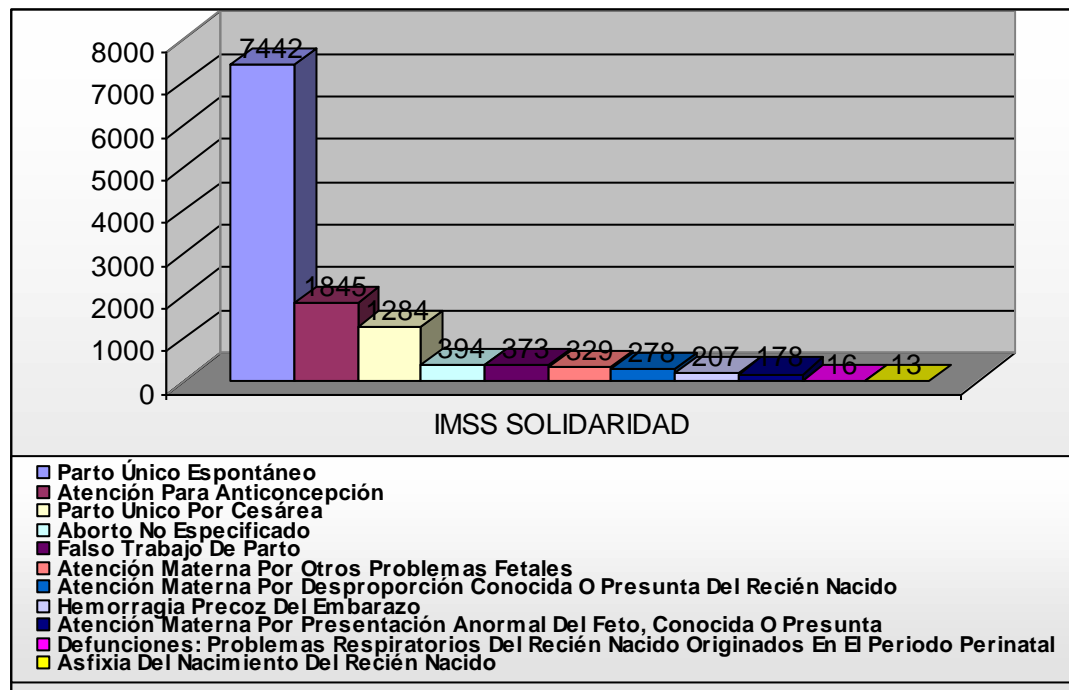


Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
 INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

IMSS SOLIDARIDAD # 4

Diagnóstico	No.
Parto único espontáneo	7442
Atención para Anticoncepción	1845
Parto único por Cesárea	1284
Aborto no especificado	394
Falso trabajo de parto	373
Atención Materna por otros problemas fetales	329
Atención Materna por desproporción conocida o presunta del recién nacido	278
Hemorragia precoz del embarazo	207
Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta	178
Defunciones: Problemas respiratorios del recién nacido originados en el periodo perinatal	16
Asfixia del nacimiento del recién nacido	13

Grafica # 4

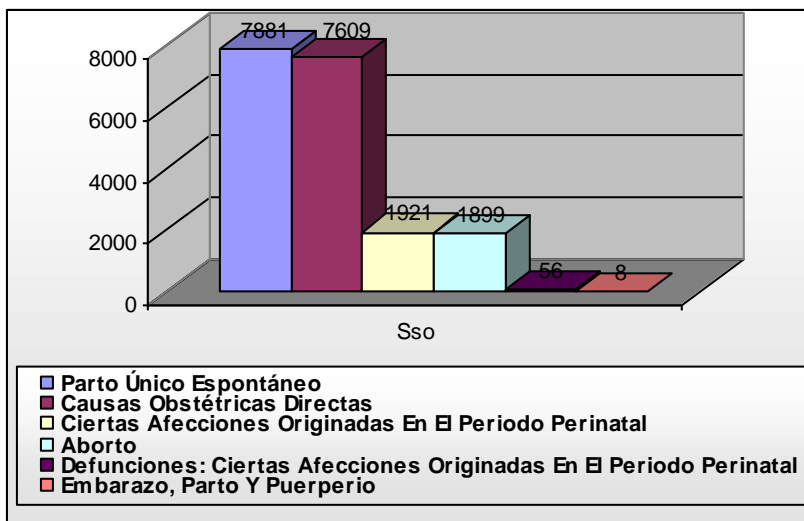


Anuario Estadístico Oaxaca, tomo I, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática INEGI, Gobierno del Estado de Oaxaca. Ed 2006

SSO # 5

Recursos	No.
Parto único espontáneo	7881
Causas obstétricas directas	7609
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1921
Aborto	1899
Defunciones: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	56
Embarazo, parto y puerperio	8

Grafica # 5



Otro recurso importante, encaminado a dar respuesta a las demandas de salud de esta población, lo constituye el Programa de Extensión de los Servicios de Salud al Medio Rural en Estados, dependiente de los Servicios Coordinados y conformado por las siguientes instancias:

- Los Centros de Salud Rurales

El país se encuentra dividido en áreas que reciben el nombre de jurisdicciones sanitarias, encabezadas por un centro de salud urbano o suburbano. Dentro de ellas, la atención sanitario asistencial de sus sectores corresponde a los centros de salud rurales, a través de un médico en servicio social y auxiliares de enfermería

- Las Unidades Móviles

Se cuenta con 22 unidades móviles distribuidas en el medio rural, de 13 entidades del país, que fueron proporcionadas por el sector obrero organizado, en las que ofrecen sus servicios profesionistas en servicio social, quienes proporcionan principalmente atención médica y odontológica, educación higiénica, promoción del saneamiento y organización de la comunidad.

- Las Casas de Salud

Son resultado del esfuerzo de la comunidad rural, organizada y asesorada por el personal de salud que les brinda apoyo técnico y administrativo permanente, a fin de que parteras adiestradas y personal auxiliar, ofrezcan atención materno-infantil y educación higiénica.

Otra instancia que apoya este tipo de programas, es el Instituto Nacional Indigenista. Éste cuenta con centros de atención, los cuales tienen como principales objetivos la investigación y el mejoramiento integral, incluyendo la salud de los grupos indígenas, cada uno de ellos, incluye una sección de salubridad que imparte asistencia medicoquirúrgica, atención materno infantil, educación higiénica y saneamiento del medio.

Adicionalmente a estos recursos, en las zonas rurales del Estado de Oaxaca se ubican instituciones privadas, organizaciones y asociaciones civiles abocadas a apoyar los programas de desarrollo comunitario de las regiones, con el propósito de lograr la participación activa de la población en las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población.

Pese a la existencia de servicios de salud, la población indígena prefiere recurrir a curanderos y naturistas, debido a que consideran que el médico destinado a las clínicas de salud rurales, casi siempre son pasantes totalmente ajenos a las tradiciones y creencias del lugar, capaces de curar sólo algún tipo de enfermedades. Es por ello que, en muchos casos antes de consultarlos, las mujeres prefieren hacer uso de sus conocimientos acerca de remedios caseros, al fármaco que puede conseguir en algún establecimiento y en enfermedades más serias a los curanderos de la región.

De ahí que, conforme a estudios en este renglón, de los 2.7 millones de nacimientos que ocurren anualmente, reciben atención institucional 1.3 millones, 700 mil a través de la medicina privada y los 700 mil restantes reciben atención domiciliaria, ya sea por la propia parturienta, por un familiar o por una partera tradicional. Así mismo, estimaciones sobre la atención del parto y del recién nacido señalan que a nivel nacional 25% de los partos son atendidos por parteras, situación más frecuente en el área rural, en donde alcanza hasta el 44.5%.

CAPITULO 2

MEDICINA TRADICIONAL Y PARTERAS EMPÍRICAS

Thueris-Taurt*

Los primeros vestigios de su empleo como medicamentos se encuentran, entre los pueblos asiáticos (China, por ejemplo), 8000 años a. de C. y, más tarde, entre los egipcios, hebreos y fenicios, alrededor del 3000-2000 a. C; pero las virtudes de las plantas medicinales no fueron del dominio exclusivo de los pueblos orientales; más tarde se difundieron entre los griegos y después en el mundo occidental antiguo. Con los "rizotami" o primitivos herbolarios y sistemáticos heterodoxos, aparecieron los primeros estudios de botánica y las primeras descripciones de plantas medicinales, debidos a la labor de Hipócrates (600 a. de C.), Teofrasto (317-287 a. de C.); Galeno (121-201 d .de. C.) y Celso.

En la Edad Media, a pesar de un período de oscurantismo debido en parte a la presencia de "conceptos filosóficos abstractos" en la práctica médica, se comenzaron a catalogar las plantas medicinales según sus acciones terapéuticas y florecieron algunas escuelas médicas.

En este sentido, civilizaciones como la China, la Egiptia y otras legaron a la humanidad importantes conocimientos, muchos de los cuales se han perfeccionado hasta llegar a tecnificarse, otros quedaron como patrimonio de los pueblos para restablecer su salud.

Estos grupos tenían como denominador común una cosmovisión semejante, caracterizada en términos generales por formas de vida íntimamente relacionadas, con la naturaleza; es decir, se consideraban así mismos como una pieza más del ecosistema,²¹ en donde la mayoría de sus necesidades eran cubiertas casi de manera directa por los frutos que brinda la naturaleza; en donde los elementos que forman su ambiente (montañas, cuevas, agua, árboles, los astros, espíritus, etcétera), integraban una gran familia en la que es posible encontrar características, cualidades y vicios humanos.²²

México, no es la excepción, la medicina indígena prehispánica tuvo un gran desarrollo, según antecedentes encontrados en los códices que dejaron los antiguos pobladores, principalmente los mexicas, y que ellos mismos transmitieron a los primeros europeos que vinieron a vivir aquí. Además de que los mismos indígenas escribieron en lengua náhuatl, en latín o en castellano sus experiencias al respecto.

Una obra temprana con abundante documentación sobre la medicina indígena es la de Fray Bernardino de Sahagún, misionero franciscano que llegó a México en 1529, es decir ocho años después de la conquista de Tenochtitlan. Numerosos textos indígenas de tradición náhuatl, recogidos por el y otros historiadores próximos a la conquista, reflejan que estos pueblos atribuían sus enfermedades a los dioses, y causas naturales. Entre los dioses que castigaban a los hombres con enfermedades se puede mencionar a Tezcatlipoca, que producía enfermedades

²¹ Erick Estrada Lugo. "El contexto etnobotánico en la introducción al cultivo de las plantas medicinales en México y la importancia de la ubicación geográfica" in: Estrada L; E. (ed). *Plantas Medicinales de México. Introducción a su estudio*. U.A. Chapingo, 1992, 4a. ed. p. 384.

²² José de Jesús Montoya Briones. "Persistencia de un sistema religioso mesoamericano entre indios huastecos t serranos". in: Dahlgren, B, (ed). *Historia de la religión en mesoamérica y áreas afines*. I. Coloquio. UNAM. México. 1987, pp 146-147.

contagiosas e incurables como la lepra, las bubas, la gota, la sarna e hidropesía, y También menciona este fraile, que para los indígenas prehispánicos no sólo había enfermedades causadas por los dioses o por los hechiceros, existían también otras originadas por causas naturales. Consecuentemente, para este tipo de enfermedades tanto en el diagnóstico, como en la terapéutica, los curanderos se apoyaban en remedios naturales, sin mezcla de otros elementos de orden sobrenatural. Los testimonios de los primeros soldados de Hernán Cortés, los de los frailes y primeros colonos, así como los de los mismos indígenas, son prueba de que no pocas enfermedades eran consideradas como padecimientos naturales del organismo humano debidos a fatigas, indigestiones, enfriamientos, etcétera.

El desarrollo mismo del conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas, de los animales y el de los minerales los llevó a utilizarlas como remedio eficaz en sus enfermedades. Prueba que alcanzó el conocimiento de las plantas medicinales, de ornato y alimenticias, son los jardines botánicos de Oaxtepec, Tescutzinco, Tenochtitlan e Iztapalapa, que florecieron cuando todavía no existían en Europa. En ellos cultivaban toda clase de plantas, provenientes de las diversas regiones del país conquistadas por ellos, y las ensayaban con sus enfermos.

Es probable que el libro más importante sobre medicina escrito e ilustrado por los indígenas es el llamado Códice Badiano; lo escribió en lengua náhuatl en 1552 Martín de la Cruz y lo tradujo al latín Juan Badiano, indígena de Xochimilco, profesor en el colegio de Tlatelolco, con el fin de dar a conocer al emperador Carlos V, las yerbas medicinales de los indios. Este libro, aunque ya tiene influencia de la medicina europea en las recetas escritas y en los nombres de algunas enfermedades, es indígena en sus concepciones, en las plantas utilizadas y en la forma de representarlas.

Por otra parte, abundaban los testimonios que dejaron los primeros conquistadores y cronistas acerca del conocimiento de las plantas medicinales que tenían los nahuas, por ejemplo, Hernán Cortés en la segunda carta que escribe al emperador Carlos V, con fecha 30 de Octubre de 1520, dice, refiriéndose al mercado de Tenochtitlan: “hay calle de herbolarios, donde hay

todas las raíces y hierbas medicinales que en la tierra se hallan. Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos” (Carta y Documentos, México, Porrúa, 1963. pp. 72-73)

Así mismo, se menciona que todos los grupos indígenas de México han tenido hombres y mujeres sabios, conocedores de su pueblo, dedicados a la atención de la salud. Sabios en el conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas, animales y minerales, de las enfermedades, sus manifestaciones y sus causas y conocían también quiénes eran aquellos hombres o mujeres que se dedicaban a hacer el mal.

Los sabios curanderos eran médicos nativos, genéricamente se les conocía como *ticitl* o *tepatiani* independientemente de las formas que usaran para curar, o si sólo atendían una enfermedad en particular. Cada uno recibía el nombre de la especialidad a que se dedicaba. Así existía, por ejemplo, el "sangrador", el sacador de objetos o cosas que dañaban el cuerpo o el "pulsador" que curaba los huesos.

Sahagún distinguía dentro del oficio de la medicina, dos clases opuestas: “....El buen médico es entendido, buen conocedor de las propiedades de las hierbas, piedras, árboles y raíces, experimentando en las curas...El mal médico es burlador y por ser inhábil, en lugar de sanar, empeora a los enfermos con el brebaje que les da” así el saber práctico que tenían los médicos "verdaderos" entre los indígenas, se fundamentó tanto en tradiciones muy antiguas transmitidas oralmente, como en la observación, experimentación y la reflexión que llevaron a cabo durante su vida.

En lo que se refiere a la medicina en la época de la Colonia, tanto las formas de diagnosticar como sus sistemas terapéuticos eran los mismos que en la prehispánica, aunque con algunas variantes, perduraron las curaciones psico-religiosas, las mixtas y las que consistían en remedios naturales, mientras que las variantes de productos nuevos introducidos durante el proceso de colonización, tales como elementos religiosos, medicamentos antes desconocidos o no

utilizados, en conocimientos y técnicas nuevas. Así, por ejemplo, la terapéutica psico-religiosa se mestizó con elementos cristianos, la natural empleó nuevas

substancias (vegetales, minerales o animales) y la mixta utilizó las innovaciones en uno y otro campo; cada cultura indígena, campesina, urbana, entre otras poseía un patrimonio de plantas, animales y minerales que utilizaba como recurso medicinal mediante diversos procedimientos. Este patrimonio es en parte ecológico y en parte cultural o adquirido por diferentes canales de intercambios y comercialización; por lo que su conocimiento formó parte de la educación que se transmitía desde la niñez a todos los integrantes del grupo familiar, esto motivo a que hasta nuestros días constituya uno de los recursos más importantes con que cuentan los pueblos indígenas en el cuidado de su salud. A lo largo de la historia, a esta práctica médica se han incorporado los recursos de la medicina tradicional y sus practicantes han encontrado formas para seguir atendiendo a sus comunidades consecuencia de la escasez de programas a causa del abandono de las instancias responsables.

México, es muestra una combinación de elementos derivados de conceptos indígenas prehispánicos, otros traídos por los españoles durante la conquista y la época colonial, y aun elementos de la farmacología moderna, como analgésicos, tónicos, y en ocasiones hasta oxitócicos, así encontramos que los dos tipos de medicinas; tradicional y académica oficial siguen existiendo hasta nuestros días.

Mientras que, la medicina académica oficial, se enmarca dentro de un esquema más cercano a la cultura occidental. Sus principales centros de trabajo se ubican en las zonas urbanas del país, donde se otorga una mayor atención a personas pertenecientes a las clases, media y alta, estas personas responden a una visión de la medicina occidental basada en la educación recibida a lo largo de su vida. En éste la asistencia al campesino, indígena es precaria y el costo de la atención médica es elevado comparado con la mencionada en los párrafos anteriores.

Aun cuando la medicina tradicional no ha logrado resolver enfermedades de gravedad, en las que constantemente se ven insertas las clases más

desprotegidas, no por ello deja de tener importancia para la sobrevivencia de las comunidades indígenas pues da respuesta a un gran número de enfermedades de filiación cultural.

Por su parte, la posición que la profesión médica ha adoptado ante la medicina tradicional y sus practicantes ha variado desde la simple ridiculización, hasta la oposición activa y el uso de la fuerza pública para desterrar las prácticas tradicionales, esta persiste, observando su mayor vitalidad en las regiones en donde la carencia de médicos ha sido crónica, y el curandero ha desempeñado el papel de profesional de la salud en ausencia del médico.

Con el tiempo la medicina se fue haciendo cada vez más teórica y especializada, de esta manera, para finales del siglo XIX, el avance de la química permitió la obtención y utilización de gran cantidad de sustancias procesadas, útiles para la curación de enfermedades. La producción de este tipo de sustancias en grandes cantidades hizo posible la creación de la industria fármaco química, que actualmente tiene invadidos con sus productos todos los mercados del mundo.

Las sustancias procesadas remplazaron a las naturales, y los conocimientos que sobre éstas se tenían quedaron considerados como producto de la ignorancia y la superstición; pese a que se les relegó, estos conocimientos continúan contribuyendo al mejoramiento de la salud de muchas personas, especialmente de las zonas marginadas y en los últimos diez años, se han estado verificando los efectos farmacológicos y la presencia de principios activos en decenas de plantas, algunas de nuevo registro para la ciencia, como medicinas.²³

Producto de las experiencias obtenidas a través de los años, en este ámbito, las comunidades indígenas poseen un cuerpo de conocimientos que explican la enfermedad y actúan en consecuencia a estos principios. Sin embargo, estas creencias se ven transformadas por factores tales como la religión, la migración, la pertenencia a una generación y la interrelación con otras culturas. Es decir, las

²³ Estrada, (ed) op.cit. 566 p

peculiaridades migratorias, políticas económicas (Globalización, Neoliberalismo) o religiosas de una familia o grupo social, en particular determinan el acceso de éste a las prácticas del sistema de atención médica indígena.

Por otro lado, desde tiempos inmemoriales, las mujeres han adquirido a través del cultivo del suelo y buscando plantas comestibles, conocimientos de botánica muy profundos. Han aprendido a conocer las propiedades curativas de hierbas y raíces, y por su experiencia en el tratamiento de las dolencias familiares, se han convertido en una de las primeras curadoras de la humanidad. Hoy en día, continúan siendo depositarias de todo este saber médico y juegan un papel muy importante como terapeutas tradicionales en la mayoría de los países de Asia, África y por supuesto en América Latina. En nuestro país se calcula que aproximadamente un 61% de los terapeutas son mujeres.

A través de la historia de la humanidad se pone de manifiesto como el hombre organizado en sociedad, concibe tanto su entorno natural como sus relaciones económico-sociales: es decir el universo en que se desarrolla durante su vida. El cual adquiere características propias que se generan durante el curso de los años en el marco de la relación entre las sociedades y la naturaleza.

El medio vegetal es uno de los elementos de la naturaleza que tiene una relación importante con el ser humano. Este lo clasifica, lo utiliza ritual y económicamente, formando así parte de su cultura.

El empleo de plantas medicinales es parte de la historia de la humanidad y del acervo cultural de cada pueblo, el uso de plantas para la atención de su salud, ha sido una práctica del hombre desde tiempos muy antiguos.

En la medicina tradicional, las necesidades de salud, son satisfechas con medicinas, basadas fundamentalmente en ritos curativos, en el uso directo de las plantas medicinales y en menor proporción animales y minerales, además algunos curanderos aplican los elementos de la naturaleza como la tierra (arcilla), agua, sol, etcétera.

Es por ello, que, un elemento fundamental de la medicina tradicional lo constituye la herbolaria, según la OMS, plantas medicinales son aquellas que, de cualquier modo que sean introducidas, o puestas con un organismo humano o animal,

desarrollan en éste una terapia que podría denominarse "suave".²⁴

Esta definición excluye en la práctica a aquellas plantas que, independientemente de sus posibles propiedades terapéuticas, son empleadas de algún modo en el campo médico quirúrgico: tal es el caso del *Gossypium herbaceum*, utilizado en la preparación de algodón hidrófilo o vendas (se utilizan los pelos de las semillas), o bien de la *Hevea brasiliensis*, de cuyo caucho o goma elástica (látex), se fabrican los guantes.

En este orden de ideas, la Organización Mundial para la Salud (OMS) 1992, definió la medicina tradicional como la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Por otra parte, se afirma que es una herencia de conocimientos empíricos que hemos recibido de nuestros antepasados en forma oral, se ha obtenido también por medio de la práctica y la experimentación, aunque hay quienes dicen que es un don sobrenatural.²⁵

Así mismo, al considerarla de práctica supersticiosa, la medicina institucional la ha clasificado por sus aspectos mágicos y religiosos, sin otorgarle nunca un rango o conocimiento científico. Sin embargo, las investigaciones desarrolladas por la antropología y la medicina social, han demostrado que hay una serie de prácticas y tratamientos beneficios que no sólo equivalen a lo que hoy aconseja la ciencia médica, sino que se han aplicado durante largo tiempo en beneficio de la población indígena.

De esta manera, la medicina tradicional (entendida como el conjunto de tradiciones médicas de una etnia) pese a su empirismo, explica la causa, el porqué y quién es el responsable de tal o cual enfermedad. Ésta se analiza en relación con otros factores sociales y culturales, es así que etnógrafos abocados al estudio de la medicina entre los grupos indígenas, analizan la etnomedicina (en la

²⁴ Este trabajo se publicó en "Medicina Tradicional" Vol. III. No. 10. 1980.

²⁵ Erick Estrada Lugo. Plantas medicinales de México. Ed. 1a 1996. Universidad Autónoma de Chapingo.

que se incluye la medicina tradicional), desde tres perspectivas a saber a saber:²⁶

a) Las Creencias Médicas: universos conceptuales que involucran como parte integral una concepción del proceso salud-enfermedad.

b) Tratamiento: técnicas terapéuticas con procedimientos específicos acordes con los sistemas conceptuales.

a) Terapeutas profesionales: los personajes investidos de atributos simbólicos característicos de los especialistas en cada sociedad.

La medicina tradicional tan controvertida y practicada en la sociedad, ha contribuido enormemente a la generación y persistencia del conocimiento médico de la humanidad y a las prácticas cotidianas del pueblo en la búsqueda por equilibrar su salud.

En cuanto a las creencias médicas, existe una clara dicotomía entre lo que se conoce como una enfermedad producto de alteraciones orgánicas o mentales y aquellos padecimientos cuyo origen se atribuye a la presencia o manejo de medios sobrenaturales. Las enfermedades identificadas por la población, como de origen sobrenatural representan una constelación de creencias e ideas relacionadas con la casualidad en términos mágico-religiosos, generalmente se consideran fuera del ámbito del "curandero" o médico, estas se asocian a la brujería y al manejo de fuerzas de tipo mágico.

Algunos autores consideran a las enfermedades de tipo sobrenatural como fuerzas de control social. Con frecuencia se explica la afección del individuo como resultante de la ruptura de preceptos de tipo ético o moral: la envidia, la deshonestidad y la inmoralidad, pueden ser causa de una enfermedad producida por brujería, inclusive, en algunos casos, la locura se interpreta como el producto del uso de fuerzas sobrenaturales.

El médico debe reconocer la importancia que reviste este tipo de creencias por dos razones básicas, en primer lugar, hay una asociación directa con los

²⁶ Genis, Jose Alfredo. Qué es la Antropología médica? en revista Argonautas, No. 3, 1985.

conocimientos de la farmacología indígena o popular, y el uso de hierbas y semillas que producen trastornos de diversos tipos, por ejemplo la Datadura (Toloache), los hongos alucinógenos, el peyote (*Lophophora*) son sólo algunos ejemplos del tipo de productos que pueden administrarse a la "víctima", y producir estados que se califican como brujería. El segundo aspecto se relaciona con el marco psicológico de referencia del individuo afectado. Si dicho individuo participa de los conceptos asociados a la brujería y al manejo de fuerzas maléficas, y si en su fuero interno cree haber sido víctima de tales manejos, posiblemente se establezca una situación patológica derivada de tales creencias, es decir, un padecimiento de tipo psicosomático, aunque los pacientes generalmente se abstienen de discutir tales alteraciones con el personal médico, por temor de ser ridiculizados.

Cuando el origen del mal había sido determinado podía encauzarse la acción terapéutica específica, precisa. La acción indicada en sociedades tenía una muy propia concepción del mundo, en la que los ámbitos médico, social, económico, moral, político, mágico, religioso y psicológico se imbricaban de manera peculiar. Hoy puede parecernos demasiado ajena esta particular vinculación de las distintas esferas de la vida social y biológica en la etiología de las enfermedades; pero es indudable que en toda sociedad y en toda concepción del mundo, las formas particulares de conciencia social y entre ellas la medicina, se encuentran firmemente articuladas entre sí, esto es el resultado de la compleja actividad del hombre en los distintos dominios de la naturaleza y de la sociedad. En su acción particular sobre un ámbito del universo, los hombres van estructurando sus representaciones, ideas y creencias, y éstas a su vez, dirigen la acción.²⁷

Los terapeutas tradicionales son hombres y mujeres miembros de la comunidad, que han compartido su experiencia con el equipo de salud acerca de cómo aprendieron su medicina y refieren haber recibido "el poder de curar" a través de formas un tanto cuanto difíciles de comprender y fuera de toda explicación científica para las personas que no participan de la cultura campesina o indígena (mediante sueños, de voces internas o externas, después de una enfermedad

²⁷ Este trabajo se publicó en "Historia General de la Medicina en México", Tomo I. UNAM y Academia Nacional de Medicina. 1984.

grave que les hizo perder la conciencia o al ser alcanzados por un rayo), señalan que el poder de curar tiene origen divino.

Estas experiencias son consideradas por los terapeutas tradicionales como un "llamado" al que se acude o no, y ambas opciones tienen riesgos. En caso de que el individuo acepte el llamado, sigue una serie de pasos o pruebas que lo señalan o preparan para recibir el poder de curar. Cuando esto sucede, el o la terapeuta tradicional asume la responsabilidad de intervenir en beneficio de la salud de los individuos y de la comunidad.

Así mismo, en ocasiones apoyan a otros miembros de la comunidad que se están preparando para recibir el poder de curar. Los curanderos y chamanes siempre están dispuestos a adquirir más compromisos con su comunidad o con su grupo étnico y se preparan para ello, todos los días ayunan, meditan, etcétera.

Durante este proceso, el curandero debe recibir señales muy concretas que le aseguren que ha recibido el poder de curar y que los mensajes no son subjetivos, para posteriormente compartir y dar pruebas de dicho poder ante la comunidad, la cual después de un tiempo le empieza a otorgar su reconocimiento como curandero o chaman y acude a ellos por necesidades específicas de salud.

Son reconocidos por su propia comunidad esta, los distingue y acude a ellos por necesidades específicas de salud; en primera instancia, recurren a los "yerbateros", quienes usan además de plantas medicinales, oraciones y rezos apropiados para cada enfermedad y se encuentran también, aquellos que son reconocidos como brujos, no importando el tipo de brujo de que se trate, agrupan a todos los espiritualistas. Entre los segundos, se hallan ciertos yerbateros, hueseros y la mayoría de los viboreros.

Otra clasificación que podríamos hacer sería de acuerdo con los sistemas de diagnóstico que se usan, así tendríamos a los pulseros, o sea, los que diagnostican por medio del pulso y aquellos que lo hacen por medio del copal, aguas y procedimientos perecidos, en nuestros pueblos la mayoría de los curanderos son pulseros.

De esta manera, uno de los recursos más utilizados por el hombre de civilizaciones antiguas y mesoamericanas, son las plantas medicinales, mismas que fueron experimentadas por miles de personas, legando a la actualidad valioso saber acerca de sus propiedades. Algunas de estas plantas han sido sometidas al rigor científico para determinar sus propiedades terapéuticas, lo que logra confirmar la sabiduría popular en esta materia.

Es así que se considera una práctica tan antigua como el mismo hombre, pues el hombre primitivo poco lograría hacer si no recurría a las plantas. Pese a los problemas que tuvo que enfrentar, del empleo que se dio a las diferentes especies que poseen propiedades medicinales, a través del uso y aplicación de los productos que de ellas se extraen, se obtuvieron grandes conocimientos, los que con el tiempo se han ido desarrollando aunados a ideas mágicas, producto de sus patrones culturales y religiosos. De esta manera, "Heyden menciona que la flora representa la vida, la muerte, los dioses, la creación, el hombre, el lenguaje, el canto, el arte, la amistad, el señorío, el cautivo en la guerra, la misma guerra, el cielo, la tierra y un signo calendárico. Acompaña al hombre desde su concepción y nacimiento hasta su entierro".

En la mayor parte del mundo, es decir, en casi todos los pueblos y comunidades se desarrollaron conocimientos medicinales basados en la utilización de las plantas que les rodeaban. Muchos de éstos se han podido conservar hasta nuestros días con los mismos resultados e importancia que antes, gracias a dos fuentes de comunicación:

- La comunicación oral; por medio de la cual se reproducen y transmiten estos conocimientos de generación en generación, de padres a hijos, y el
- El lenguaje escrito; a través de la edición de libros y folletos, donde es posible estudiar y aprender en beneficio de la salud del pueblo.

Cualquiera que sea el medio de transmisión de estos conocimientos, lo más importante, es que son producto de las experiencias cotidianas y por lo tanto, son fácilmente aprendidos y experimentados. Así durante mucho tiempo, las plantas

junto con algunas sustancias de origen animal y diversos ritos mágicos, fueron lo único con lo que el hombre contó para curar sus males.

Actualmente se carece de consenso en cuanto a una definición de lo que usualmente se llama medicina tradicional y los elementos que la conforman; pero se puede afirmar, que su existencia ha sido constante en la búsqueda del ser humano por preservar la salud y estar en armonía con la naturaleza. En México, constituye la respuesta social más importante respecto a la enfermedad en gran parte de las comunidades rurales y podríamos afirmar que también en las zonas de escasos recursos, pues por lo general sus habitantes son de origen rural; el papel de la mujer en la medicina tradicional no se agota ciertamente en el ejercicio mismo de la curación o atención médica. En muchas comunidades rurales y en menor grado en los espacios urbanos, mantienen vínculos no sólo con su grupo consanguíneo, sino también establecen relaciones significativas con gran parte de la comunidad, de la cual logran un reconocimiento.²⁸

En un estudio sobre el sistema seguido por la población hispanoamericana del suroeste de los Estados Unidos de América para la atención de un caso de enfermedad en la familia, realizado por Weaver²⁹, se parte de que la medicina tradicional es un "sistema de referencia no profesional" (Lay referral system. American Illness. Referral Systems. Human Organization 29:2, Summer, 1970, pp. 140-154), la cual consiste en una serie de pasos sucesivos que inician por la consulta con la madre o la abuela, continúan con el "curandero" o "yerbero" local, hasta consultar con el profesional no médico (farmacéutico) y por último concluyen con el médico, si no se ha resuelto el problema en los pasos intermedios. Este es generalmente el sistema en nuestras clases populares, con ciertas variantes de acuerdo a la presencia o ausencia de otros recursos, por ejemplo el espiritista.

Por otra parte, cabe recordar que la medicina tradicional, no tiene reconocimiento

²⁸ Weaver, T.C. Use of hypothetical situations in a study of Spanish health behavior. Op.cit.

jurídico: lo ejercen primordialmente "las parteras", " los curanderos", "los hierberos" y otros. A ella acuden la mayor parte de los pacientes que corresponden a los sectores obrero y campesino. Esto sucede en primer lugar, por la estrecha vinculación que tienen con las plantas medicinales y las personas que practican estos tratamientos comparten características culturales y en segundo lugar por el bajo costo económico de las consultas y las medicinas vegetales.

Actualmente, México es uno de los cinco países con mayor diversidad vegetal a nivel mundial, con más de 30,000 especies,³⁰ después de Brasil, Colombia, Perú y Venezuela, por ello, ocupa el día de hoy el segundo lugar con 3352 especies con uso medicinal, después de China (5000 plantas medicinales); estas cifras se refieren a los inventarios taxonómicos generales en donde se registran para cada planta la familia, el género y la especie, entre otra información de relevancia para el tema que nos ocupa. No obstante, a causa de los factores arriba descritos, los pueblos indígenas se enfrentan a situaciones que afectan al conjunto de la vida social, dentro de él, al conocimiento y uso de las plantas. Entre los factores que determinan las nuevas condiciones, es preciso señalar:

- Un franco deterioro de los ecosistemas que liquida o contamina a numerosas o especies medicinales
- Los procesos migratorios que llevan a que grandes contingentes de indígenas se ubiquen fuera de la tradicionales áreas rurales, y se instalen-temporal o permanentemente- en las grandes y medianas ciudades, en las zonas agrícolas que emplean mano de obra eventual e, incluso, en campos y ciudades de Estados Unidos y Canadá.
- El desinterés de los jóvenes indígenas por conservar la tradición médica ancestral.
- Nuevos hábitos de consumo que llevan a sustituir el empleo de las plantas medicinales por los medicamentos de patente.

³⁰ Jerzy Rzdowski y Miguel Equihua. Flora, Atlas Cultural de México, 1987. p. 15.

- La coacción a los médicos tradicionales a causa del transporte y empleo ceremonial o terapéutico de especies psicotrópicas.
- La presión que sin duda crece día a día en el comercio internacional que introduce en México plantas o productos derivados de ellas, provenientes de países con un mayor poder económico.
- El peso aún persistente de la desvalorización de la medicina tradicional que retarda las investigaciones agroquímicas, fitoquímicas, farmacológicas, toxicológicas y clínicas de las plantas medicinales tradicionales propuestos por los indígenas.

Lo que se refleja en la preocupación de los médicos indígenas, alrededor de las siguientes cuestiones.

1. El futuro de los conocimientos de los médicos tradicionales, y en particular de la información sobre las especies vegetales empleadas en terapias.
2. El relevo generacional, que asegure la persistencia del conocimiento y uso de los recursos tradicionales.
3. El interés de mantener programas que propicien el intercambio de información entre los terapeutas.
4. El diseño e implementación de cursos de capacitación sobre materias que son de su interés: protección de los ecosistemas en donde vegetan las plantas medicinales, combate a las plagas, extracción y comercialización.

2.1 Medicina Tradicional en Oaxaca

Los seres humanos como recurso principal de toda comunidad, son los que generan la riqueza y la organización y de esta manera, mantienen las instituciones en progreso, la fuerza y anhelos de la misma,³¹ así el estudio de la conducta de

³¹ Ware, F Caroline, "Estudio en la Comunidad" Ed. Hvmánitas, Buenos Aires, Argentina, 1986, P.28.

los individuos, su organización y funcionamiento y sus relaciones constituyen elementos significativos, que dan unidad a la comunidad.

Así mismo, poseen, practican, producen y modifican la cultura, esta producción es intercambiable en las relaciones sociales a través del lenguaje y la cultura como fenómenos colectivos e individuales, cuya reproducción combina la cotidianidad con la imaginación personal como una expresión de la cultural. Además de que para ellos, la enfermedad no sólo es un desajuste fisiológico, sino que muchas veces se deriva de estados anímicos, o es resultado de acciones de envidia o maldad de otras personas

Una de las funciones trascendentes de la cultura, sin duda tiene que ver con el reconocimiento de la población acerca de quienes pueden o están en posibilidad de ejercer poder sobre ella y de los procesos que se aceptan como reguladores del comportamiento en un tiempo y en una sociedad o grupo socialmente determinado, a estos procesos pertenecen las creencias como sistemas de ideas que facilitan la identificación y la filiación cultural de quienes las sustentan y concretan en comportamientos que les son recíprocos.

Las creencias que perviven no sólo se asumen, se heredan y se significan más allá de las transiciones sociales para seguir recreándose en la cultura popular. En las prácticas curativas y las nociones sobre enfermedad, prevalece un conjunto de interpretaciones y acciones estrechamente ligadas a las formas de comunicación cultural.

En consecuencia, la medicina tradicional como una de las manifestaciones de la cultura, se entiende como un proceso dinámico que se manifiesta por un bagaje multifacético de explicaciones ontogénicas y prácticas curativas susceptibles de apropiación colectiva, esta constituye un elemento de cohesión de la comunidad, garantizando su subsistencia ya que implica una memoria colectiva que une a cada individuo a sus antepasados, a la historia de su pueblo, su tierra y el aprovechamiento de sus recursos.

En este contexto, la medicina tradicional, como una de las respuestas sociales al fenómeno salud -enfermedad, en tanto patrimonio cultural y única opción de atención a la salud para gran parte de las poblaciones rurales, ha sobrevivido en Oaxaca, con la introducción de algunos cambios que directamente resultan de los contactos con la medicina dominante. Su accesibilidad cultural, su eficacia simbólica y su gran producción de plantas medicinales, han permitido su reproducción y uso cotidiano en amplios sectores de población, a tal grado que el autodiagnóstico y la auto atención resuelven gran parte de los problemas de salud colectiva.

Mientras que, la prestación de los servicios institucionales de salud en las localidades indígenas, suele hacerse siguiendo un modelo único de atención y existencia de otras ideas y prácticas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad; de esta forma los servicios de salud se consideran, sobre todo un elemento ajeno pero necesario a las culturas, comunidades y sujetos indígenas. Y por otro lado, los servicios que podrían atender y resolver una serie de problemas de salud al interior de las comunidades, resultan básicamente inadecuados por la forma en que se insertan dentro de éstas.

Por lo cual con frecuencia son rechazados por sus habitantes, pues en Oaxaca lo mismo que en otras regiones del país, como parte de su bagaje cultural, los pueblos indígenas poseen concepciones, remedios y especialistas propios para la atención de la salud. Hasta hace poco, los curanderos o médicos tradicionales eran considerados meros charlatanes por las Instituciones gubernamentales. Hoy día se reconoce su sapiencia en ciertas áreas de la medicina, y su presencia es alentada por las autoridades indigenistas y las del área de salud. La base de su éxito reside en un ancestral y detallado conocimiento de la herbolaria y de la psicología de la mentalidad indígena.

Hasta hoy, la mayoría de los casos de enfermedad se resuelven al interior de las comunidades a partir de dos sistemas propios de atención; la salud doméstica o familiar, y la medicina tradicional. En el primer caso, estamos hablando de un sistema empírico de atención, asignado específicamente a las mujeres, que resuelven los casos más frecuentes y sencillos de enfermedad, entre los que se encuentran las diarreas, fiebres, estreñimientos, dolores en general, vómitos y otros padecimientos menores clasificados dentro de las concepciones populares, como son: el calor, el frío, el empacho, el susto, la ojeadura, etcétera.

Que tratan un sistema de atención basado en un conocimiento popular que se transmite de generación en generación por la vía oral, la práctica misma y la observación; no es un sistema reconocido sino más bien, parte de las funciones incorporadas a las tareas de maternaje y a los roles de género que las mujeres deben cumplir, encargadas como están de velar por la salud y el bienestar de sus familias, y que conlleva un sistema de cuidado adaptado a las creencias y los recursos de cada colectividad.

Por otro lado, se encuentra la medicina tradicional como un aparato de cuidado de salud mucho más estructurado, integrado por especialistas que se forman en este oficio, ya sea por vocación, por designio o por aprendizaje. Dentro de la medicina tradicional, se manejan sistemas de representación y símbolos que corresponden claramente a la identidad de los sujetos que recurren a los médicos tradicionales para recuperar su salud. Se parte también, de conceptos integrales del bienestar del individuo, por lo que los procesos de curación involucran tratamientos encaminados al subconsciente y a las fuerzas espirituales que creen, gobiernan la vida de la gente. Finalmente, se trata de un sistema fundado en el conocimiento claro de la herbolaria; por ello se adapta también a las necesidades emocionales, a los recursos disponibles y a los referentes de seguridad de sus pacientes, es decir, la medicina tradicional es un sistema en forma, con agentes especializados

y reconocidos quienes, además, ejercen un grado de autoridad sobre la población en la que están insertos. En la medida en que está siempre presente, es accesible cultural y materialmente para la población indígena, quien recurre a elementos disponibles dentro de las comunidades mismas; por tanto, constituye un sistema invaluable de atención para las comunidades que de otro modo, no podrían aspirar a ningún tipo de atención en sus localidades. Sin embargo, la medicina tradicional con un sistema de profesionales y especialistas de la salud, así como sus recursos, sus conocimientos y sus prácticas ha sido constantemente devaluada en su calidad de recursos fundamentalmente para el bienestar de los pueblos indios y, especialmente para el cuidado de la salud de las mujeres.

Pese a que no es privativa de las poblaciones rurales, en éstas encontramos una mayor vitalidad, principalmente en aquellas regiones en las que la carencia de médicos ha sido crónica, y donde el curandero ha desempeñado el papel de profesional de la salud en ausencia del facultativo. No obstante, la posición que la profesión médica ha adoptado ante la medicina tradicional y sus practicantes ha variado desde la simple ridiculización, hasta la oposición activa y el uso de la fuerza pública para desterrar las prácticas tradicionales.

2.2 Parteras Empíricas y Salud Reproductiva

La salud de las madres ha sido y será uno de los problemas más críticos de América Latina y el Caribe. Al considerar las causas de enfermedad y mortalidad de la mujer a lo largo de su vida, es preciso tener en cuenta que durante la etapa reproductiva ella es susceptible de sufrir no solo las dolencias que afectan a hombres y mujeres de cualquier edad, sino también las enfermedades y trastornos específicamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, de modo tal que aquí es necesario incluir entre ellas una amplia gama de edades ya que la fecundidad se extiende desde los 15 hasta los 49 años de edad³². Sin embargo, hoy día, los embarazos en las adolescentes menores de 15 años son cada vez más frecuentes y constituyen uno de los problemas más graves que enfrentan la

³² Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Documento de la OPS CSP 23/10, 20 de Julio de 1990.

mujer y la sociedad,³³ por lo que la salud de la mujer ha sido una preocupación prioritaria para los organismos internacionales y para las instituciones gubernamentales de nuestro país. Sin embargo, aún existen enormes rezagos que las mantienen en la marginación por su clase y, en desventaja por su género. Aunado a las consecuencias de los problemas que enfrentan los sistemas de salud en los países en desarrollo que afectan principalmente, a los grupos más vulnerables de la sociedad, lo que va más allá de la deuda externa y las políticas de ajuste, hasta repercutir en las condiciones de salud de la población.

Desde tiempos inmemoriales, las diferentes culturas han considerado el fenómeno del nacimiento como un hecho especial. Se acepta que es un suceso de importancia no solo para las madres sino también para el resto de la familia y la comunidad; a su vez, las experiencias del embarazo, del parto y del puerperio están influidas por las prácticas y creencias de las comunidades y sociedades en que viven las madres.

La asistencia al parto por una partera (comadrona) se encuentra entre las más antiguas profesiones del mundo, pero ha sido también una de las más difamadas, eran consideradas brujas y declaradas fuera de la ley por la iglesia.

El papel fundamental que ha tenido la mujer como sanadora al interior de su familia y la función específica que cumplen las parteras en el medio rural, haciendo uso de los recursos naturales a su alcance, tales como el uso y cultivo de plantas medicinales y los secretos curativos al ser transmitidos de una mujer a otra, abuela-madre-hija, cuñada, nuera, vecina, constituyen un recurso esencial en la atención de las madres.

A hora bien, en el presente trabajo centraremos específicamente en las parteras, porque además de ser mujeres, cumplen una función de especialistas que les ha sido otorgada por el conjunto de las mujeres de manera espontánea y natural. Son ellas las que se ocupan de los problemas más frecuentes referidos a la salud

³³ Chela, C. A. El embarazo entre las adolescentes americanas. Salud Mundial, junio de 1988. pp. 22-23.

materno-infantil.

Según estimaciones del Instituto Nacional Indigenista (INI) el número de partos atendidos por parteras aumentan considerablemente en las entidades federativas del centro y suroeste; así por ejemplo, la atención de partos se estima en 75% en Chiapas y Oaxaca, situación contraria a la que se observa en la frontera del norte del país, donde escasamente se registran partos fuera del ámbito profesional.

En las sociedades indígenas y campesinas, las mujeres junto con las parteras, han sido siempre protagonistas de la vida ritual ligada a la reproducción, obedeciendo a leyes ancestrales de relación con la naturaleza. Esto constituye un elemento de cohesión de la comunidad, garantizando su subsistencia ya que implica una memoria colectiva que une a cada individuo a sus antepasados, a la historia de su pueblo, a la tierra y al aprovechamiento de sus recursos.

La vida ritual está estrechamente ligada al ciclo vida-muerte y mientras por un lado las mujeres determinan sus manifestaciones, la partera por el otro desempeña las ceremonias de iniciación a la vida de cada miembro de la comunidad. Todos estos factores las hacen ser comúnmente representantes de la tradición y resistencia cultural, de esta manera, las mujeres dedicadas a la medicina tradicional no sólo cumplen sus funciones sociales reproductivas, sino logran tener un destacado y valioso papel en el seno de su cultura.

El impacto que las parteras tradicionales³⁴ tienen en la cobertura de los servicios de salud de países en desarrollo sigue siendo reconocido por organismos internacionales³⁵; las alarmantes cifras de mortalidad y morbilidad materna³⁶ y

³⁴ Según la Organización Mundial de la Salud.

³⁵ Parteras Tradicionales, Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993.

³⁶ Tasa de mortalidad materna (1992)

neonatal³⁷, en México, cuyas causas pueden prevenirse, así como la reciente descentralización de los servicios de salud que adjudican una mayor responsabilidad a los estados en la atención a la salud, está provocando una revisión del potencial de la labor conjunta por parte de los diversos agentes del modelo mixto de atención a la salud, medicina institucional, medicina tradicional indígena y doméstica que prevalecen en las comunidades mexicanas,³⁸ en especial en zonas marginadas y de difícil acceso.

Sin embargo, no todos los grupos humanos y sociedades de América Latina tienen la misma actitud respecto a estos procesos, lo que influye sobre la forma en que se trata a las madres durante este periodo. No obstante ello, una gran proporción de los partos, especialmente en las zonas rurales, todavía son atendidos por parteras empíricas, quienes gozan de un prestigio especial en sus comunidades, a pesar de que en la actualidad, muchas de ellas son indígenas y, en México son analfabetas y carecen de un entrenamiento formal en partería.

En México, la enfermedad se padece de manera diferencial entre sus miembros. El valor social de cada uno dependerá del género, la generación a la que se pertenezca y la forma en que se ha relacionado con su entorno; por tanto existe una forma diferente de conectarse con el mundo. De esta manera, diversos factores convergen en la determinación de las condiciones de salud de las mujeres, entre ellos se encuentran los económicos, de estatus social de la mujer, las construcciones culturales alrededor del género y la salud, así como la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud.

El Comité para una maternidad sin riesgos señala que existe un sinnúmero de

³⁷ La muerte perinatal o del recién nacido, aún representa el primer lugar entre las muertes infantiles en el país, declaró el Dr. Ramón de la Fuente, titular de la Secretaría de Salud, Diario La Jornada, 3 de agosto de 1995, p. 17.

³⁸ En Mayo de 1996 la Secretaría de Salud creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) para desarrollar programas que alcancen a las zonas más dispersas y con mayor índice de pobreza del país.

factores que actúan a diversos niveles como elementos de riesgo en la salud reproductiva de las mujeres, en las poblaciones multiculturales, entre las que menciona los siguientes:³⁹

1) Riesgos Individuales.

- La creencia entre la población de que la suerte o el destino de cada mujer determina la presencia de complicaciones durante el parto.
- La mala nutrición femenina
- La anemia crónica
- La multiparidad
- La edad, matrimonios a edades muy tempranas
- El espaciamiento entre los embarazos
- Enfermedades asociadas

2) Riesgos Relacionados con el Proceso de la Maternidad

- La falta de control prenatal
- La población identifica al parto como el evento, dentro de la maternidad, en el que se generan los mayores riesgos para las mujeres. Morir de parto es un evento factible e irremediable
- Riesgos que parten de la cosmovisión que la población indígena tiene en el proceso de la maternidad y de la enfermedad
- La convicción de que una persona es más vulnerable lejos del lugar de nacimiento, lo que obstaculiza el traslado de las mujeres

3) Riesgos relacionados con el posicionamiento de la mujer en el hogar, y que parten de las relaciones sociales

- La forma en que las mujeres han interiorizado las presentaciones y las

³⁹ Graciela Freyermuth Enciso, María Cristina Manca. Luna Golpeada, Comité promotor para una maternidad sin riesgos en México, ed. 2002, pág. 164-173

prácticas respecto a lo que se espera de ellas durante la enfermedad. Es evidente que no se quejan o piden ayuda, y que cuando lo hacen es en etapas avanzadas de la enfermedad

- Las reacciones violentas por parte del marido ante el nacimiento de una hija cuando se desea un varón, o ante la muerte de un varón recién nacido cuando éste era deseado
 - El hombre violento y alcohólico es considerado un factor de riesgos para su esposa, para él mismo y para su familia
 - Las normas que establecen que una mujer no pueda acudir a un médico sin ser acompañada por su esposo u otro hombre de confianza, retrasan su atención en casos de urgencia
 - El significado de la maternidad entre los hombres y entre las mujeres
 - Los valores que se inculcan a las mujeres y que pueden ponerlas en riesgo en una situación de gravedad, como el de la sumisión, el que sean laboriosas, no causen problemas y se dediquen a los demás
 - El poco conocimiento que tienen los pobladores indígenas respecto del lugar al que deben trasladar a las pacientes, lo que retarda su arribo a la instancia de atención más adecuada
 - El que la muerte materna no se considere un problema de salud pública o de la comunidad, sino un problema individual o familiar
- 4) Riesgos que se generan a partir de las dinámicas establecidas entre los representantes de la medicina indígena y las mujeres
- En relación con el papel que juega la partera en el interior de las comunidades y las características que tiene su práctica
 - La partera no tiene un papel relevante en el sistema médico indígena, por lo tanto, su capacidad de incidir en el traslado de las usuarias es muy limitado
 - La pérdida de los conocimientos de herbolaria debido a la irrupción de los medicamentos de patente
- 5) Riesgos que se generan por la inaccesibilidad geográfica, cultural y económica de los servicios de salud
- La incomunicación de algunas localidades, que hacen imposible el traslado de

los enfermos a un segundo nivel de atención

- La falta de recursos económicos
- Las formas en que se establecen las relaciones entre el personal de salud y la población, constituyen elementos que retardan el acceso a servicios de salud en casos de urgencia médica
- Las representaciones y las prácticas que se tienen en relación con la enfermedad y el dolor. No se exterioriza el sufrimiento y no se solicita ayuda, lo que propicia la infravaloración, por parte del personal de salud, de la gravedad de las mujeres indígenas
- Lo agresivo que resultan los centros de atención médica para las mujeres indígenas, quienes no comparten con la población mestiza los valores relacionados con la intimidad y el pudor
- El desconocimiento, por parte del personal de salud, de las costumbres de la población indígena
- Las relaciones de desconfianza que privan entre indígenas y mestizos
- El problema que representa para la familia indígena el traslado de un pariente que fallece en el hospital. No solamente por el costo de los trámites, sino por lo complicado de los mismos
- La percepción, compartida por la población indígena y el personal de salud, de que las mujeres indígenas llegan al hospital exclusivamente a morir
- La agresividad con que se han desplegado las campañas de planificación familiar, a partir de lo cual las mujeres piensan que ir al hospital es sinónimo de ser esterilizada

6) Con relación al funcionamiento de las clínicas, y elementos que entorpecen las relaciones entre médicos y usuarias de los servicios

- La insuficiencia de los recursos en las clínicas y la imposibilidad de canalizar a las usuarias cuando así lo requieren, limitan las posibilidades reales de resolución de problemas desde la práctica médica institucional
- La ausencia de capacitación del personal médico que les permita trabajar en contextos multiculturales. Esto conlleva un fracaso en la aceptación del modelo médico occidental por parte de la población indígena
- La inexperiencia y juventud de los pasantes de medicina en servicio social y el poco tiempo que permanecen en las comunidades indígenas
- Los problemas para establecer una comunicación adecuada en un contexto en

el que el médico desconoce, no solamente la lengua de las enfermas, sino también sus costumbres. Esto determina que la comunicación se establezca a través de un técnico bilingüe, quien muchas veces reinterpreta los síntomas de las mujeres y las indicaciones del médico

- La dificultad que representa para el médico explorar a una mujer indígena, dadas las costumbres que prevalecen en la región

7) Con relación al funcionamiento de los hospitales

- Escasez de recursos para la atención de las mujeres con complicaciones graves durante el embarazo
- El servicio de urgencias puede no contar con el equipo indispensable para una atención inmediata
- La irracionalidad con que se administran los recursos en algunos hospitales, en los que el control de éstos los tiene la Dirección (placas para rayos x, medicamentos, ropa quirúrgica, etc.)
- La incapacidad de las Instituciones para conseguir sangre o los medicamentos que se requieren

8) Con relación a la dinámica en los hospitales

- La falta de especialistas en el segundo nivel en los turnos vespertinos, nocturnos y en fines de semana
- La ausencia de asesores médicos que vigilen y se responsabilicen de las prácticas de los médicos en formación
- La falta de apoyos profesionales a médicos en formación en aquellos momentos en que se deben resolver las urgencias
- El uso indiscriminado de oxitócicos, que han generado riesgos importantes para la madre y el producto
- La comercialización de los productos farmacéuticos en las zonas indígenas, sin el control de la Secretaría de Salud, que propicia la automedicación o la prescripción sin el conocimiento de las contraindicaciones o efectos secundarios
- Los problemas generados por la capacitación realizada en un contexto multicultural, que no toma en cuenta las características de las parteras. Estas generalmente no tienen experiencia en educación formal (no están acostumbradas a la transmisión de conocimientos en una aula) son

monolingües y solamente hablan su lengua, lo que imposibilita o dificulta la comunicación cuando la capacitación se hace en español

9) La diferenciación social a partir de la adscripción religiosa u organizativa.

- Las posiciones adoptadas por los diferentes grupos políticos en cuanto a la relación entre población indígena e Instituciones gubernamentales
- Las formas en que han influido los distintos grupos religiosos en la participación comunitaria de las mujeres y hombres
- La manera en que influyen las iglesias con respecto a ciertos programas gubernamentales, como el de planificación familiar

Esta multiplicidad de factores, considerados de riesgo, no sólo complejizan las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas sino que además dificultan los resultados esperados.

Ante esta realidad, en las comunidades indígenas con respecto al sector salud en el que existe la falta de eficacia y la eficiencia en este rubro, la comunidad a través de ciertos miembros, se ve comprometida a dar respuestas viables a las demandas y exigencias de las personas como individuos, como miembros de una familia o de otros grupos sociales o en su relación con la sociedad en general, de esta manera, surge la intervención de las parteras en el área de salud reproductiva quienes centran su acción en las necesidades sociales prioritarias, surgidas en la comunidad.

Por lo anterior resulta significativo resaltar el valor de los atributos de la partera, teniendo como principal fuente a la población, pues en función de ella emergen las diversas iniciativas, estímulos y respuestas que dan vida a otros elementos que integran una comunidad y que permiten el rescate de su identidad histórica, costumbres, tradiciones, valores éticos, morales y religiosos, hábitos, creencias, intereses y aspiraciones de la población, así como el establecimiento de una

En el Estado de Oaxaca, según estimaciones de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en 1992 la población era de 3, 207,587 habitantes y hoy 2006 alcanza los 3, 540,864. De ellos, el 50% tiene menos de 19 años, el 43% es menor de 15 y el 7% rebasa los 60 se trata, pues, de una entidad poblada principalmente por jóvenes. Hasta 1998 el 50.4% eran mujeres, de las que 870,676 están en edad reproductiva entre los 15 y 49 años.

En la actualidad la mujer constituye el 51% de la población total de Oaxaca, un poco más de 420,000 son mujeres en edad fértil. Se estima que 150,000 se encuentran embarazadas y que aproximadamente 120.000 lleguen a un evento obstétrico. Desafortunadamente, de 90 a 100 de estas mujeres sufrirán alguna complicación o lo que es peor, un deceso por no contar con un servicio de salud oportuno y eficiente. El Estado sigue ocupando uno de los primeros lugares del país con el mayor número de muertes maternas, su tasa continúa siendo el doble del promedio nacional (7.9 por cada 10,000 nacidos vivos registrados)

La Secretaría de Salud señala que las muertes maternas son una expresión de la inequidad y el rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud (SSA, 2003). En Oaxaca en el período 2000-2002, el 90.6% de las difuntas no tuvieron derecho a seguridad social, sólo estaban cubiertas por los servicios de la Secretaría de Salud o del IMSS-Oportunidades (SSO, 2003). La mayoría vivía en comunidades de difícil acceso y no contaron con recursos económicos para acudir oportunamente a un hospital.

Un estudio realizado recientemente Castañeda⁴⁰ indica que la atención del embarazo y parto en hospitales de la Secretaría de Salud en Oaxaca cuesta 1,221 pesos a la usuaria. Además la familia debe hacer gastos indirectos de aproximadamente 3,400 pesos por transporte, alimentación y hospedaje. El total 4,621 pesos, cantidad que resulta prácticamente inalcanzable para la población cuyos ingresos mensuales van de 0 a 2,400 pesos.⁴¹

⁴⁰ Martha A. Castañeda Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población Octubre 2003. Presupuesto para reducir la muerte materna en Oaxaca: seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida.

⁴¹ El 28% de la población ocupada en Oaxaca no recibe ingreso alguno, el 19.73% recibe hasta

El gasto en salud es indispensable para progresar en la eliminación de la desigualdad social. Intervenir en la atención a la salud materna es prioritario para el desarrollo humano, no obstante, las instituciones públicas de salud no cuentan con la infraestructura necesaria para enfrentar esta realidad, no disponen de los vehículos necesarios para transporte de emergencia y tampoco tienen dinero para cubrir los gastos de la gasolina y honorarios del chofer. Así, entre los años 2000 y 2002 el 41.4% de las mujeres fallecieron en un hospital, el 58.6% restante falleció durante el traslado a una clínica o un hospital (SSO, 2003). Esta situación nos habla de enormes rezagos y la imperiosa necesidad de invertir en este renglón.

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Este acontecimiento significa la culminación exitosa del proceso de reproducción con resultados positivos tanto en términos de sobrevivencia como bienestar para la madre, el niño y la familia. Sin embargo, para muchas familias, en las zonas marginadas el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas, y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

Una premisa importante que debemos considerar en los análisis de la salud de la población de Oaxaca, es la diversidad intra grupo respecto a las condiciones de vida y a la forma en que se han integrado a la sociedad nacional, pero no puede negarse que un rasgo que comparten es la marginación y la pobreza. Así entre las distintas entidades federativas y los municipios, existen condiciones diferenciales en el bienestar y en la marginación, las mujeres indígenas tienen un promedio 5.6 hijos (as), mientras que el promedio nacional es de 2.6.

Por otra parte, los factores asociados a la persistencia del machismo, se relacionan con embarazos tempranos y numerosos y el uso limitado de métodos de planificación familiar, sobre todo dentro de la población adolescente, provoca un alto porcentaje de embarazos no deseados (calculado en un 20%), por lo que a esta situación se suma el aborto ilegal, que sigue representando un grave problema de salud pública y una causa de muerte y morbilidad maternas.

Así mismo, la violencia indiscriminada que se ejerce dentro y fuera del ámbito familiar coloca a las mujeres en continuos riesgos, especialmente durante el periodo de embarazo; de igual manera influyen las violencias que afectan a mujeres jóvenes y que generan riesgos reproductivos que arrastran toda la vida.

La muerte materna no se presenta de manera homogénea entre la población de este Estado, debido a que las condiciones socioculturales, políticas, económicas y biológicas existentes en cada región, son el denominador común. Estas están relacionadas con la inaccesibilidad, la falta de disponibilidad y una mediocre calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres, ya que aún existen localidades alejadas que no cuentan con el servicio ni el personal adecuado en caso de complicaciones detectadas en el primer nivel. Las regiones mayormente afectadas por altas tasas de mortalidad son: valles centrales, costa y mixteca, regiones marginadas de difícil acceso y escasa disponibilidad de recursos.

Agregado a que, pese a que el promedio de escolaridad en el estado es de 4 años de primaria, encontramos en los certificados de defunción de muertes maternas que el 32% de estas mujeres no tuvieron ningún estudio, de manera que podemos afirmar que la muerte materna también está relacionada con la ignorancia de la mujer.

Cabe mencionar, que el estado de Oaxaca es uno de los mayor población indígena del país con el 37.1% del total de la población. En los municipios con más de 70% de población indígena, residen el 80% de las personas en pobreza extrema del país y el riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo,

parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena, principalmente a causa de la desnutrición. Los datos de la mortalidad materna, dan muestra de las precarias condiciones de salud en el Estado: 5.8 muertes maternas por cada 10 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar a nivel nacional. Aunado a esto, como se ha venido reiterando, es una de las cuatro entidades federativas que tiene los índices más altos de marginalidad, las cifras más altas de analfabetismo, monolingüismo, desnutrición, morbilidad, mortalidad por causas asociadas a complicaciones del parto y las más altas tasas de fecundidad.

Además de que es el estado que arroja la más alta tasa de expulsión del país, sus filas están engrosadas por muchas mujeres que emigran estando embarazadas, durante el parto o el puerperio, etapas durante las cuales los riesgos aumentan y se generan condiciones en las que la reproducción ocurre bajo circunstancias poco propicias para la salud en general y el bienestar físico y mental, como son la excesiva carga de trabajo y la exposición constante a los agroquímicos.

Por ello, la salud entre las poblaciones indígenas tiene que considerarse como un asunto social, determinado y condicionado por las circunstancias materiales de existencia de la gente y por las relaciones de dominio y poder que ejercen sobre ellas. Estos factores agudizan la vulnerabilidad de algunos sectores de la población y crean grupos de alto riesgo mucho más numerosos que entre poblaciones que tienen básicamente resueltos sus problemas de subsistencia.

Por razones culturales y por la insuficiencia y baja calidad de los servicios de salud, el porcentaje de partos atendidos en las unidades de salud que trabajan con la poblaciones indígenas de Oaxaca asciende a 6.9% (Plan Nacional de Salud 2001-2006); salvo un 20% de partos asistidos en el hogar por familias o nadie, los demás son tratados por parteras en su mayoría tradicionales.

Al respecto, es pertinente señalar que entre los terapeutas indigenistas, la especialidad médica que más practican es la de partera que suele ser ejercida en combinación con otras prácticas, como la de curandera, sobadera, levantadora de mollera y curadora de coraje, que en la mayoría de los casos, desarrollan el aprendizaje bajo la asesoría de otro curandero perteneciente al mismo núcleo familiar, y también mediante labores basadas en el autoaprendizaje.

De ahí la preocupación de las autoridades gubernamentales, en algunos casos, por prestar atención a los problemas relacionados con la mortalidad y la morbilidad materna en Oaxaca, aunque a la fecha los avances han sido escasos, el problema no es sólo de falta de infraestructura y recursos; no basta con construir hospitales o centros de salud, hay que equiparlos, mantener personal dentro de ellos y diseñar programas de acercamiento cultural, que permitan al personal de salud integrarse de la mejor manera posible a la población a la que atienden y viceversa. Los practicantes de la medicina occidental generalmente no siguen las pautas de comportamiento que se esperan en la relación entre hombres y mujeres; además en la interacción entre médicos-mestizo/paciente-indígena esta presente la desconfianza y sus raíces en una historia común entre mestizos e indígenas.

Es por ello que, en 1994 la Secretaría de Salud (SSA), a través de la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) llevó a cabo diversas actividades en estados del país con porcentajes considerables de población indígena, concentrándose éstas en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Al trabajar con tzotziles, amuzgos, zapotecos, nahuas y huastecos, respectivamente. Al mismo tiempo que instituciones como el Instituto Nacional Indigenista, Universidades e Instituciones de Investigación y Educación Superior Organismos No Gubernamentales y Agencias y Expertos Internacionales a la fecha siguen trabajando.

El programa de Salud Reproductiva estatal⁴² incluye las declaraciones de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial a favor de la infancia, y sus implicaciones para la mujer, también hace referencia a los problemas de salud con origen social como los de mujeres reclusas, prostitutas, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y mujeres indígenas migrantes; es decir, se aborda en general la salud de la mujer como grupo prioritario y se considera como meta "Favorecer el cambio de actitudes y patrones culturales de quienes prestan servicios y de toda la población, a fin de asegurar el fortalecimiento y la autonomía de las mujeres y el mejoramiento de su condición en materia de salud en el contexto de una sociedad más justa y equitativa."

En consonancia con esta meta, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.⁴³

Por lo anterior, se subraya la importancia de unificar diversas acciones que promuevan la salud reproductiva integral, entendida como: el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos.

⁴² Se apoya legalmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Reglamento de la Ley General de Población, el Reglamento de la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 1993, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido 1993, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del cuello del Utero y Mamario 1994.

⁴³ Germain, Adrienne y Rachel Kyte, International women's health coalition. El Consenso del Cairo: El programa acertado en el momento oportuno, New York. 1995, 22.

Esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y una gama completa de servicios de salud reproductiva, los cuales además deberán ser accesibles y aceptables.

De esta manera la información y prestación de servicios de salud reproductiva se definió y articuló a partir de tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, todos ellos con clara perspectiva de género (SSA, 1998: 17).

Así mismo, el programa de Reforma del Sector Salud y el Programa Nacional de Población y Desarrollo han establecido entre sus líneas de acción el fomentar medidas que respondan de manera adecuada y efectiva a las condiciones y necesidades de atención a la salud de los pueblos indígenas, haciendo énfasis en que se garantice su adecuación a las necesidades, condiciones de vida, cultura y organización social de sus comunidades.

Por su parte, el Comité Estatal Promotor por una Maternidad sin riesgos, continúa buscando la coordinación y la sensibilización de los grupos gubernamentales para que se cumplan íntegramente los compromisos asumidos en la Primera Conferencia Estatal sobre una Maternidad sin Riesgos, llevada a cabo en la ciudad de Oaxaca en agosto de 1995, pues el descenso poco significativo de las tasas de mortalidad y morbilidad en el Estado, obliga a sumar esfuerzos y a continuar la tarea de la creación de conciencia dentro de los diferentes sectores de la sociedad sobre la magnitud del problema.

Es importante señalar que en las comunidades indígenas y rurales de Oaxaca, las parteras tradicionales cumplen una función de especialistas en las tareas reproductivas que les ha sido otorgada por la población femenina, de manera espontánea y natural. Como mujeres pertenecientes a la misma comunidad, comparten una concepción similar del cuerpo y de los fenómenos tradicionales que influyen en su funcionamiento y coinciden en su medio ambiente, del cual se apropian por medio del conocimiento de las plantas medicinales. Por lo que en

esas zonas, éstas constituyen un gran recurso, se puede afirmar que representan el eje de la atención materno-infantil en el Estado. Es así que, por un lado, desde la perspectiva de los y las médicas y el personal de salud, ellos se enfrentan a la indiferencia hacia su práctica, sus habilidades y su status, a la vez que las condiciones de marginación y pobreza y los elevados índices de morbilidad y mortalidad de la población ponen en duda la eficacia de su medicina, y aunque el personal de salud pueda explicar la enfermedad en un marco más general, por la falta de alimentos, agua o viviendas apropiadas, su práctica no permite modificar a corto ni a mediano plazo las condiciones de salud y de vida de la población.

Mientras que, los terapeutas y parteras tradicionales mencionan con frecuencia que más que consultados, se han sentido utilizados por los programas gubernamentales. Debido a que las parteras, han sido capacitadas y reclutadas para promover acciones más o menos encubiertas, de planificación familiar, sin consideración, de las concepciones y situaciones particulares en que se encuentran ellas, junto con sus pacientes. Aunado a que la relación entre las instituciones y los agentes tradicionales de salud en las comunidades indígenas, también se ha visto influida por el conflicto, debido a que incorporan elementos de divisionismo y extrañamiento entre los agentes de salud y las poblaciones a las que atienden y, finalmente, entre los propios agentes de salud y las instituciones sanitarias.

Por otro lado, la certificación de parteras y otros especialistas tradicionales de salud por parte de las instituciones ha creado en no pocas ocasiones, problemas de legitimidad y representatividad entre ellos mismos. De alguna forma, este proceso de reclutamiento y registro ha sido el punto de partida de conceptos de modernización y calificación a veces necesarias y no siempre dañinas, pero que por la forma vertical en que han sido impuestos, representan conflictos de autoridad y representatividad para los terapeutas tradicionales.

No obstante, desde hace casi treinta años, varias instituciones se han encargado de dar capacitación a parteras a través de cursos sobre la atención del parto, higiene, nutrición y anticoncepción, de esta manera aprovecha la influencia y la confianza que la partera ejerce en su comunidad, para implementar las políticas de planificación familiar; pese a ello, muchas veces se subestiman sus conocimientos y se utiliza un lenguaje técnico e instrumentos didácticos ajenos a su contexto.

Por otra parte, el Instituto Nacional Indigenista, delegación Oaxaca, realiza encuentros entre parteras tradicionales con la intención de fortalecer sus conocimientos, por medio del intercambio entre parteras de diferentes regiones y localidades, en éstos se aplica una metodología diferente y novedosa, con respecto al modelo de las instituciones de salud, centrado principalmente en la prevención de riesgos y en las prácticas de higiene.

En 1994 se conformó el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del estado de Oaxaca (CEMITO), como resultado del encuentro "de mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva"⁴⁴, en cuya declaración inaugural se destaca que "la medicina tradicional y las parteras son el recurso humano culturalmente reconocido y apropiado para la atención de la salud reproductiva de las mujeres de las comunidades indígenas, pero estas prácticas al no ser reconocidas legalmente, ni valoradas, ni remuneradas por los programas de salud, limitan las posibilidades de su ejercicio." cita a que desde hace años ha habido una demanda recurrente de las parteras tradicionales, de que se formen parteras jóvenes que puedan responder a las necesidades actuales de las mujeres de sus comunidades; mismas que enfrentan problemas de alta marginación social y económica, migración masiva, problemas de muerte materna, cáncer cervico uterino, VIH-SIDA, desnutrición infantil y discriminación étnica y de género.

⁴⁴ Memoria del "Encuentro de mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva" organizado por el grupo de estudios sobre la mujer Rosario Castellanos. Mayo de 2001.

El mencionado Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del estado de Oaxaca (CEMITO), se propuso crear y experimentar un modelo educativo para la formación de jóvenes, parteras y parteros, dirigido especialmente a la población indígena, desde una concepción integral y humanista de la atención, y la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en una visión ecológica, de género, de derechos humanos y pluricultural, el que da como resultado el Modelo Educativo en Partería Indígena en Oaxaca, denominado Luna Llena.⁴⁵

El Modelo hace especial énfasis en las actitudes que debe tener la partera, en relación con la comprensión de los eventos que suceden en la mujer y el bebé, la relación cercana, amorosa y comprensiva de lo que está ocurriendo con la otra persona, en el que reconozca que es un momento íntimo, espiritual, trascendente, sagrado, para la mujer, el hombre y el bebé.

Este modelo de atención a la salud reproductiva en comunidades indígenas se inicio con la realización en julio de 1994 de un Taller que se llevó a cabo en Oaxaca, con la activa participación de las instituciones del Sector Salud, la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Instituto Nacional Indigenista (INI), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Colegio de México, el cual se encamino a determinar el Perfil de la partera y partero egresados, quienes deberán ser capaces de atender los procesos naturales relacionados con el embarazo, parto, posparto y cuarentena, así como otros eventos fisiológicos de la esfera reproductiva y sexual. Su práctica se basará principalmente en el domicilio de las usuarias/os, en su casa o en casa de parto, pero con la particularidad de que la partera/o será una persona arraigada en su comunidad, que cree un vínculo con la mujer embarazada y su familia, con el fin de colaborar y acompañarla en el desarrollo saludable y gozoso de su embarazo, parto y posparto.

⁴⁵ Nombre del curso propedéutico para aprendices indígenas que el CEMYF realizó durante un año, de septiembre de 1999 a septiembre de 2000.

Defiende la energía del nacimiento de los abusos, de la dependencia de la tecnología, de las intervenciones; en el se tiene la convicción de que también se puede modificar la manera de atender partos en las instituciones de salud y propone una forma más respetuosa de las leyes de la fisiología como una condición indispensable para la salud de la mujer, del niño y de su familia.

El crear un modelo de atención personalizada que optimice el uso de los recursos disponibles, difunda los valores de la partería y tenga una visión ecológica de la atención del parto y de la salud, basada en conjuntos equilibrados, complejos y completos. Está consciente de que los recursos para la atención son diferentes en cada región y es sensible a la diversidad cultural, a los problemas derivados de la desigualdad, la pobreza y la discriminación de los pueblos indígenas y a la defensa de la identidad y de los elementos culturales que propician la igualdad y equidad.

Basa sus conocimientos principalmente en la medicina indígena, en la salud comunitaria y en terapias alternativas. Identifica los factores físicos emocionales y sociales que favorecen el desarrollo del embarazo y el crecimiento del bebé, así como los beneficios y desventajas de los movimientos y posturas corporales durante el parto y las diferentes técnicas terapéuticas tradicionales (masajes, ejercicios, manteadas, sobadas, temazcal, entre otras.). Tienen experiencia en la herbolaria y las diversas formas de procesamiento de las plantas medicinales (tinturas, microdosis, pomadas, etcétera).

Brinda nociones básicas en otros ámbitos de salud reproductiva como: la anticoncepción, la prevención del VIH-SIDA y del cáncer cérvico uterino y de mama. Se subraya el contexto cultural oaxaqueño, especialmente el de los pueblos indígenas, las condiciones de desigualdad y pobreza, los diferentes modelos de atención de la salud, se conocen los derechos de los pueblos indígenas relacionados con la identidad, la cosmovisión, la historia local, los lugares sagrados, la forma de organización política, el trabajo comunitario, las

fiestas, la lengua, las ceremonias agrícolas y religiosas. También les enseñan a tomar en cuenta diversas formas de diagnóstico y atención y a ejercer su observación en el ámbito físico, emocional, ambiental y espiritual.

El modelo educativo está estructurado en tres áreas de trabajo:

- Pedagógica -Educativa: la estrategia de enseñanza aprendizaje incluye la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos y esta construida por:

- a) Círculos de aprendizaje
- b) Experiencias compartidas con parteras madrinadas
- c) Experiencias compartidas con otros terapeutas y médicos indígenas tradicionales
- d) Tareas individuales y grupales.

- Investigación y evaluación: Reconocimiento:

- a) Comunitaria
- b) Parteras y médicos tradicionales
- c) Parteras profesionales
- d) Académica
- e) Legal.

- Vinculación y Comunicación:

- a) Abogacía
- b) Coordinación y enlace
- c) Gestoría
- d) Materiales didácticos.

En la actualidad, para ser partera en México, se imparte la carrera de enfermera partera (que no permite en los hechos la atención de partos) y la recién fundada escuela de parteras profesionales de Casa en San Miguel de Allende (con una visión más humana e integral); pero para las parteras tradicionales e indígenas no existen otras alternativas educativas que partan de su identidad y permitan su formación sin alejarse del entorno geográfico y cultural.

Por otra parte, los servicios de Salud de Oaxaca sólo cuentan con 39 gineco-obstetras distribuidos en 11 hospitales⁴⁶, no disponibles las 24 horas del día ni todos los días del año, quienes atienden a 856 mil 547 mujeres en edad reproductiva⁴⁷, población que es responsabilidad de esta institución, lo que debilita la capacidad de resolución de situaciones de emergencia obstétrica, pues dichos especialistas son fundamentales para evitar el fallecimiento de mujeres por complicaciones en su embarazo, parto o puerperio, además, los servicios se saturan y en consecuencia no se garantiza una buena calidad del servicio.

Así mismo, se impulsan en un espacio de 1,343 Casas de Salud, 391 unidades médicas de primer nivel y diez hospitales generales en donde laboran seis coordinadores médicos, seis supervisoras de enfermería, y quince médicos que atienden a población abierta. A través del Programa de Planificación Familiar, se impulsa el Programa del Dispositivo Intrauterino (DIU) pos-parto, post-aborto y vasectomía sin bisturí, pero sin el respaldo de una consejería especializada, individualizada, que proporcione información sobre la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo ventajas y desventajas y considerando las diferencias individuales en la sexualidad de la mujer y su pareja, así como el estímulo a la participación activa y comprometida de las usuarias. No se menciona la importancia de la relación médico-mujer paciente como herramienta para acercar a la mujer a la toma de decisiones más favorables para su salud en materia de anticoncepción, tampoco se menciona el concepto de derechos sexuales y reproductivos.

⁴⁶ Dato proporcionado por la Dirección de 2° nivel de atención de los Servicios de Salud de Oaxaca. septiembre 2003.

⁴⁷ Elaboración Propia con base en INEGI, Mujeres y Hombres de México: población femenina en edad fértil en Oaxaca 2000 y la proporción de población responsabilidad de los servicios de Salud de Oaxaca.

Los servicios de planificación familiar son gratuitos, sin embargo no se cuenta con todos los métodos anticonceptivos (no son suficientes o no están disponibles en las Unidades, sobre todo los hormonales orales y los preservativos). Los hormonales inyectables son proporcionados únicamente en el momento obstétrico y posteriormente la mujer los tiene que adquirir por su cuenta cada mes.

Además, en Oaxaca la tasa de mortalidad a causa de cáncer uterino, fue de 27.7 por 100 mil mujeres de 25 años o más en 1997, cuando la nacional fue de 19.4, se estima que 1997 de cada 100 mil mujeres oaxaqueñas del grupo de 25 años o más, aproximadamente siete fallecieron por esta causa, es por eso que el programa de cáncer uterino (CACU), de la Secretaría de Salud de Oaxaca es parte del Programa de Salud Reproductiva desde agosto de 1997. En cuanto a la atención al recién nacido, encontramos que en el Estado de Oaxaca, el equipo coordinador de Salud Perinatal está integrado por dos médicos, una médica y una nutrióloga, dos ellos con diplomado en Salud Pública.

Las metas relativas a salud perinatal son disminuir los daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, fomentar la atención del parto por parteras tradicionales en localidades sin servicio de salud, asegurar la supervivencia del niño desde su vida intrauterina, nacimiento y a través de las etapas de su crecimiento por medio de la vigilancia y control por personal de salud, promoción y fomento de la lactancia materna exclusiva y del alojamiento conjunto, y por último la prevención del retraso mental de origen metabólico por hipotiroidismo congénito.

CAPITULO 3

EL CASO DE LA COMUNIDAD MERO IKOOC, HUAVE, EN OAXACA Ilitia*

La partera tradicional es un importante personaje comunitario que tiene reconocido ascendiente en su grupo, una líder natural que adicionalmente desempeña otras actividades que van más allá de la asistencia del parto, entre los que se encuentran diversos problemas de su comunidad. Es el personal adecuado para llegar a proporcionar un servicio de calidad, si se toma en cuenta la insuficiencia de la cobertura de servicios de salud, dada por la alta dispersión de la población.

La importancia del papel que desempeña la partera tradicional radica en el valor espiritual y los materiales del ritual de curación que confirman la invaluable riqueza pluricultural, multiétnica que define y constituye el reconocimiento respecto a su labor.

Es por ello que, en este capítulo se describen y analizan los diversos aspectos que constituyen el tema de investigación, con la finalidad de conocer cuáles son las características generales bajo las cuales se desarrolla la temática de estudio, así como la vinculación entre contexto y problemática.

Planteamiento del Problema

La introducción de nuevos saberes y patrones de conocimiento en el área de salud reproductiva en las comunidades indígenas, afecta el status y prestigio de las parteras en su comunidad, y cómo se manifiesta esto en la participación de la población en los procesos sociales.

De ahí nuestra inquietud por conocer la sobrevivencia de la partera tradicional en las comunidades indígenas de México, específicamente en Mero Ikooc, Municipio de San Mateo del Mar, Comunidad Huave, del Estado de Oaxaca, su influencia en la salud reproductiva y trascendencia del papel social que ésta actualmente representa. Por tal motivo, para la presente investigación nos planteamos los siguientes objetivos:

a) Objetivo General

Definir el valor social de la partera a través de su liderazgo para lograr la participación de la población en los procesos sociales de la comunidad, en la población Mero Ikooc Huave, en el Estado de Oaxaca.

b) Objetivo Especifico

a) Identificar si la presencia de los servicios de salud en zonas marginadas, se refleja en la disminución de los servicios de las parteras empíricas en las poblaciones indígenas.

b) Distinguir la labor social de la partera

c) Explicar la influencia que la partera tiene en los procesos sociales de su comunidad

Hipótesis

La presencia de servicios de salud en zonas marginadas, afecta el estatus y prestigio de las parteras en la comunidad, trascendiendo en su escaso liderazgo.

Metodología

En consecuencia, se inicia con la construcción geográfico del área de estudio, habiendo elegido la comunidad de Mero Ikooc Huave, Oaxaca, bajo los siguientes criterios:

1) Se ubica en el Estado de Oaxaca, con gran influencia en medicina tradicional y una presencia importante de parteras empíricas, además de que se caracteriza por un amplio sector de marginalidad y un alto índice de mortalidad materna.

2) En esta zona la salud reproductiva es un problema aún no resuelto de manera integral por parte de instituciones de salud.

3) En la comunidad de Mero Ikooc Huave la partera es una respuesta tanto en el ámbito de salud como social básico, en el cual representa un sistema no aprovechado en su totalidad.

Posteriormente se hace la selección de tres parteras de las cinco que realizan esta función en la zona de estudio; nos permite registrar el papel que desempeñan dentro de su comunidad que las llevo esto a ser parteras, como comparten costumbres tradiciones junto con la población ventajas, desventajas. A si como sus necesidades y conocimiento en el área de salud reproductiva. Por otro lado se recurre a informantes claves que tienen una aproximación y relación mutua en el contexto social con respecto a la función social que cumplen las parteras en la mencionada comunidad. Esta se efectuó en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 3er Encuentro de Casas de Salud de las Mujeres Indígenas. Reunión preparatoria para el foro permanente “Mujeres Indígenas” México, D.F 25 y 26 de Marzo del 2004, en la recopilación de la información (anexo # 1) se toma en cuenta el criterio de selección de comprensión, de pertenencia y no de representatividad estadística.

El análisis, se ejecuto desde el inicio y durante todo el proceso de la investigación y se centró en la partera tradicional, sus múltiples relaciones, sus cambios y transformaciones; además para enriquecerlo, se interrelacionaron diversas variables que contribuyeron a explicar el conocimiento de la partera.

Para obtener información acerca de las parteras se realizó un muestreo intencional y selectivo, en el que se busca incluir a todos los componentes de mayor "representatividad" que resulten necesarios para lograr el objetivo, se registra el análisis de los datos observados para conocer la identidad étnica de su cultura y aspectos fundamentales bajo la perspectiva de comprensión global de la misma, que esta presente en la resolución de los problemas de la comunidad.

Entre las técnicas utilizadas para la investigación, destacan la revisión de fuentes documentales y bibliográficas, la observación participante y la entrevista no estructurada y la historia de vida.

La revisión de fuentes bibliográficas sirvió para la construcción de la discusión teórica-conceptual y el marco de referencia y en una segunda fase para procesar la información del registro de las parteras y agentes vinculados al tema.

La observación participante, técnica empleada durante toda la investigación, permitió acercarse más a la problemática, ésta se utilizó para realizar el seguimiento del trabajo de la partera de "Mero Ikooc".

La entrevista no estructurada, fue importante para desarrollar esta investigación, debido a que se pudo utilizar para recabar información a través de informantes claves.

La historia de vida nos permitió involucrarnos en la esencia de cada una de las parteras seleccionadas, para poder construir el testimonio que ha compartido junto con su comunidad, que históricamente representa la figura y apoyo emocional mas cercana en cuanto a costumbres, creencias, identidad social y actividades similares dentro de esta; así como la experiencia en torno a las necesidades en salud reproductiva como recurso inmediato que la mantiene unida y vinculada a su herencia social. La conversación franca y abierta que me fue relatada por parte de las parteras el recordar que las orillo hacer frente a una necesidad básica en su comunidad las experiencias vividas que han enfrentado, la gran responsabilidad que de ellas parte determina la vida de un nacimiento favorable y la salud de la mujer, con gran emoción expresaban que el ser partera era un Don de Dios una herencia que con el paso del tiempo se transmite de mujer a mujer el no olvidar sus tradiciones, costumbres, y el respeto de su comunidad fomenta la confianza, reconocimiento de su gente en apoyo mutuo.

Cuando cada una de ellas me narro parte de sus tradiciones durante el embarazo parto y puerperio, fue regresar a través de la historia en la época prehispánica imaginar que en ese momento vivía muy de cerca cada experiencia una de tantas, es que las mujeres no deben salir a medio día pues las “ombas” (sombras) dan malformaciones al bebe el enterrar la placenta y ofrecerla a la madre tierra o cuando nace el bebe si la madre es primeriza en el cordón umbilical puede determinar el numero de hijos siempre y cuando la madre no utilice la planificación familiar; cada gesto, mirada permite sentir la calidez, seguridad de estas grandes mujeres que sería de gran honor ser atendida por una de ellas.

3.1 Características Sociodemográficas de la Comunidad Mero Ikooc (Huave), Oaxaca



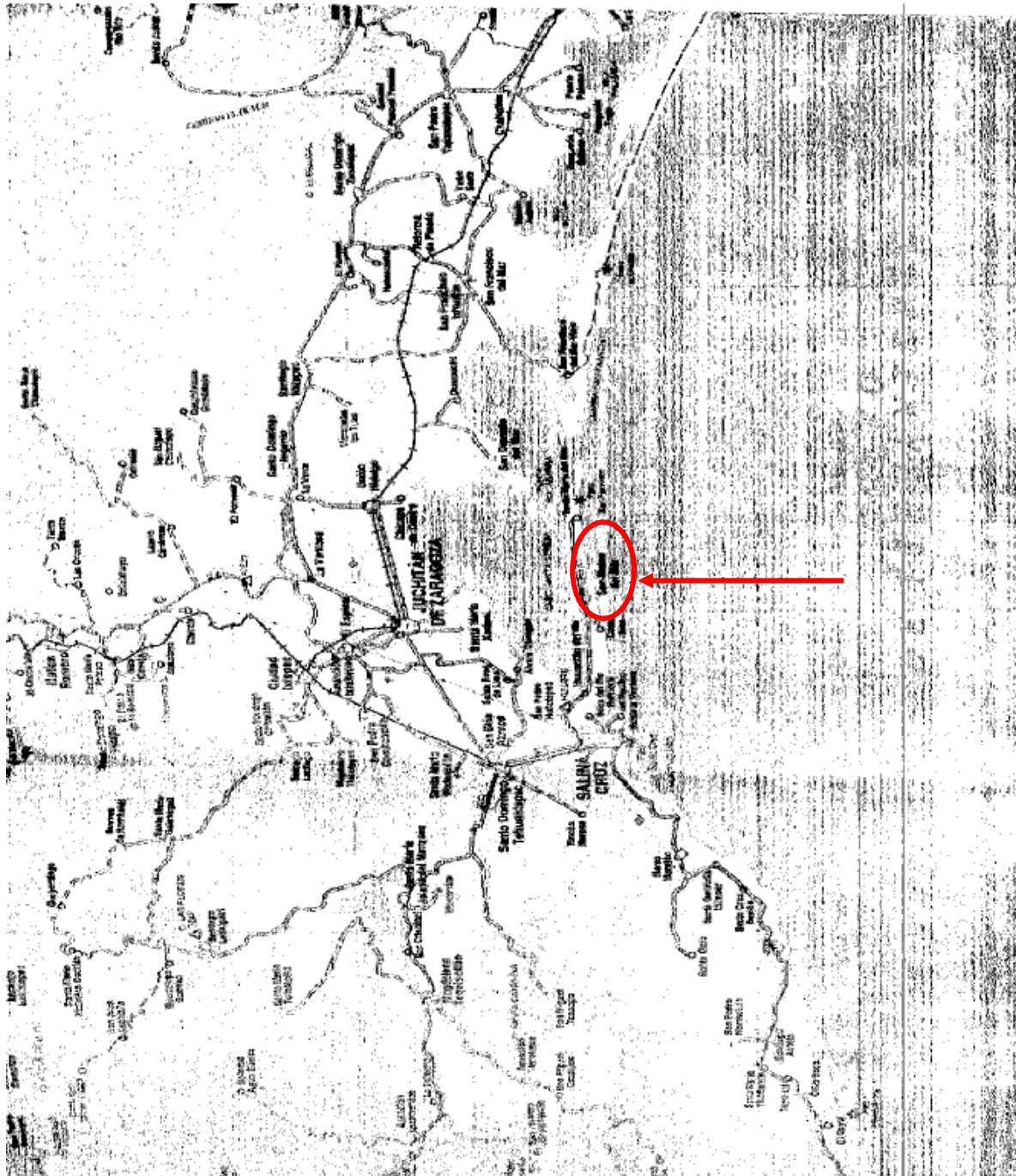
Conforme a los antecedentes históricos existentes, Burgoa en su geografía descriptiva (1674) sugiere que los huaves son originarios de Nicaragua, a partir de que un fraile de ese país logro tener un diálogo en huave entre un sacerdote y su criado.

De esta anécdota se desprendieron dos tipos de hipótesis. Una consistió en buscar inútilmente alguna filiación lingüística con la subfamilia mangué, como lo sugirió Brasseur y otra, auspiciada por el propio Burgoa, que sostiene que los huaves llegaron al Istmo procedentes de Centroamérica, desplazando a los mixes que habitaban el territorio. Según este autor, los zapotecos bajaron al Istmo y aprovecharon la debilidad en que se encontraban mixes y huaves, después del paso de los ejércitos de Moctezuma por sus tierras hacia el Soconusco, y obligaron a los huaves a retirarse hacia el mar y a los mixes a refugiarse en las montañas. A diferencia de los mixes, que mantuvieron una resistencia constante

frente a las incursiones españolas, las relaciones de los huaves con la administración colonial fueron esencialmente pacíficas. La penetración española en las costas del Istmo estuvo marcada por una alianza, establecida entre el señor de Tehuantepec y los nuevos conquistadores, que ofreció a los primeros la fuerza para combatir el señorío mixteco de Tututepec y a los segundos la posibilidad de acceder al Mar del Sur a través del Istmo. Hacia 1529, gran parte del territorio de Oaxaca fue dado en encomienda a Cortés bajo el nombre de Marquesado del Valle; sin embargo, la corona excluyó de los dominios del Marquesado al puerto de Tehuantepec, en razón de que ningún particular debía poseer bajo encomienda los puertos marítimos. Así se fundó la alcaldía de Tehuantepec con un total de 24,000 tributarios.

A principios del siglo XVII los dominicos establecieron una doctrina en San Francisco del Mar, con San Mateo como segunda cabecera; esta doctrina, dependiente del priorato de Tehuantepec, posibilitó la creación de haciendas y cofradías destinadas a sufragar los gastos del culto. Los conflictos entre las órdenes monásticas y el clero secular, trajeron como consecuencia que diversas doctrinas, entre las que se encontraba la de San Francisco del Mar, fueran secularizadas a principios del siglo XVIII, pasando a la jurisdicción del Obispado de Oaxaca.

Esto provocó un proceso discontinuo de evangelización y un vacío eclesiástico durante el siglo XIX, que tuvo un efecto decisivo en los niveles de aislamiento de la región huave, ajena a los procesos históricos del resto del país.



La Revolución de 1910 se convirtió en escenario de desplazamientos masivos que tocaron de cerca a los huaves, cuyos jóvenes fueron reclutados para integrar las filas del ejército regular o de alguna de las facciones en lucha. Una de las consecuencias del movimiento armado fue la reducción del territorio huave original, a causa del despojo que llevaron a cabo dichas facciones. Aunado a ello, la infiltración de colonos zapotecos durante el presente siglo provocó no sólo la reducción del territorio sino una serie de conflictos territoriales como el que estalló en 1972 entre las poblaciones de Ixhuatán y San Francisco del Mar; y los de 1978 entre los habitantes de San Mateo y la Liga de Campesinos y Estudiantes de Juchitán. Estos conflictos, de los que todavía quedan tensas las relaciones entre San Pedro Huilotepec y San Mateo del Mar, surgieron a raíz del considerable aumento de población de pescadores que dificultó cada vez más la explotación lacustre y obligó a incrementar las actividades agrícolas en terrenos de cultivo que son cada vez más escasos, debido a la salinidad de los suelos.

Los Huaves también son conocidos como Huazantecos, Juaves, Mareños, y Wabis. El término huave fue acuñado por los zapotecos para referirse a la "gente que se pudre en la humedad," viven en las lagunas litorales del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca; ellos se autodenominan Mero Ikooc, expresión que traducida literalmente significa "verdaderos nosotros." Debido a su singularidad, la filiación lingüística del huave ha tenido bastantes problemas, algunos la catalogan como independiente, mientras otros la colocan en el grupo zoque-totonaco, o bien en el tronco del grupo otomangue¹.

Localización:, actualmente este grupo habita un litoral del Golfo de Tehuantepec que se sitúa entre los paralelos 16°10' y 16°25' latitud norte y entre los meridianos 94° 35' y 95°11'. El litoral ocupa las dos terceras partes de una barra de 40 km. que separa el Océano Pacífico de dos grandes lagunas, conocidas como Mar Superior y Mar inferior. Las principales poblaciones huaves-San Mateo del Mar, San Francisco del Mar y San Dionisio del Mar,-son municipios que dependen políticamente del distrito de Tehuantepec y económicamente del enclave petrolero

¹ Burgoa, Francisco. Geográfica descripción, vol. II, Porrúa, México, 1994.

de Salina Cruz; ciudad con mayor índice de crecimiento del estado de Oaxaca en las últimas décadas. También recientemente se crearon dos colonias, Cuauhtémoc y Benito Juárez, que se ubican entre los 22 Km. de terracería que comunican al puerto de Salina Cruz con San Mateo del Mar.

Colonias que integran el Municipio de San Mateo del Mar, Estado de Oaxaca:

1. San Mateo del Mar
2. Huazantlán del Río
3. Cuauhtémoc
4. Benito Juárez
5. Reforma
6. San Pablo
7. Costa Rica

Por otro lado, el incremento demográfico de los municipios huaves agudizó la tendencia de fragmentar el territorio mediante desplazamientos masivos hacia la periferia de poblaciones centrales. Los huaves de San Dionisio comenzaron a migrar desde la antigua comunidad localizada en una angosta barra de arena, hacia la orilla opuesta; los habitantes de San Francisco se desplazaron hacia el continente para escapar de las dunas de arena que avanzaban rápidamente sobre la comunidad, lo cual implicó trasladarse a un antiguo territorio huave que estaba en manos de colonos zapotecos, en donde se fundó San Francisco del Mar Pueblo Nuevo. Esto trajo como consecuencia enfrentamientos entre ambos grupos, hasta que en 1972 mediante una resolución presidencial se restituyeron 49 963 hectáreas de tierras comunales a San Francisco del Mar, lo cual alentó una mayor migración de los habitantes de Pueblo Viejo a Pueblo Nuevo. San Mateo del Mar por su parte también registra un éxodo similar debido a dos motivos: la intención de colonizar un territorio agrícola y detener, mediante el desplazamiento, la creciente penetración de colonos zapotecos en tierras de Huazantlán.

Infraestructura: entre las vías de comunicación con que cuenta la zona existe un camino de terracería que une a Salina Cruz con San Mateo del Mar; que concluye en Santa María del Mar, agencia municipal de Juchitan y cuarta población huave de relativa importancia. La ubicación de San Francisco y San Dionisio del Mar, hacia el suroeste de las lagunas, dificulta el acceso terrestre a estos municipios y obliga a bordear la región lacustre por la carretera que comunica al Istmo de Tehuantepec con el estado de Chiapas. Las posibilidades de comunicación entre los tres municipios se reducen a dos vías: la terrestre, por medio del transporte público, generalmente escaso, y la travesía a lo largo de las lagunas cuando el viento del norte lo permite.

En materia de infraestructura escolar, a partir de 1972, se puso en marcha los programas de educación bilingüe implementados por la Dirección General de Educación Indígena que cubre el nivel elemental. Generalmente los huaves no rebasan éste pues los planteles de educación media superior se ubican en Salinas Cruz, Juchitán y Tehuantepec.

Demografía: de acuerdo con los censos de población, el índice demográfico del grupo decreció considerablemente durante la primera mitad del presente siglo, pasando de 4 376 habitantes registrados en 1910 a 2 972 en 1960. A juzgar por las cifras registradas, la tendencia se invirtió durante la década siguiente. En 1970 la misma fuente consignó un total de 7 442 hablantes de huave, lo cual supone un incremento de la población superior al 200 por ciento en sólo diez años. Para 1990 el XI Censo General de Población y Vivienda registró 11 745 hablantes de huave en el estado de Oaxaca y 11 955 a nivel nacional.

Lengua: la filiación lingüística del huave es incierta, en 1916, Radin lo ubicaba dentro del grupo zoque-maya-totonaco, mientras que Swadesh, a mediados de este siglo, atribuía su filiación al grupo macro-mixteco. Para Longacre, en cambio, el huave conforma un grupo lingüístico totalmente independiente.

Vivienda: a pesar de que las paredes de concreto y los techos de lámina tienden a ganar cada vez más terreno en las poblaciones huaves, aún es posible observar en San Mateo del Mar las tradicionales casas hechas de horcones, carrizo enjarrado y palma real. Sobre los patios se construyen enramadas que sirven por igual como área de trabajo o lugar de descanso, donde se cuelgan las hamacas y se pone a secar el pescado o el camarón. El patio y la enramada son, en cierta medida, los espacios de socialización, en ellos se recibe a los visitantes y se convive y discuten los asuntos familiares. La cocina, situada generalmente sobre el mismo patio, consta de un fogón y un horno, a diferencia de la enramada, los dormitorios representan un ámbito privado donde se guardan las escasas pertenencias y se encienden las velas de los altares familiares.

El modelo de residencia solía ser patriarcal, formando grupos habitacionales conocidos como "nden". Hoy los padres suelen dar a sus hijos varones pequeñas parcelas en las cercanías del propio terreno o bien en la misma sección del poblado. La exigencia de títulos de propiedad se ha vuelto cada vez más común y la posesión del terreno, que actualmente no supera los 15m², va acompañada por un impuesto que se debe pagar al ayuntamiento. El incremento de la población y la reducción de los espacios no sólo dificultan hoy su adquisición, sino también la organización de los "nden".

En lo que se refiere a la forma de vestir, a través de inevitables transformaciones, la indumentaria huave ha pasado a formar parte de un espectro regional. Las diferencias entre los atuendos huaves, chontales y zapotecos del Istmo sólo son perceptibles cuando se conoce el código local, cada vez menos exacto, que distingue la procedencia a través de ciertos colores y detalles. Aun cuando la tradición oral asegura que el atuendo de los huaves fue alguna vez distinto, hoy se ajusta en sus parámetros básicos a un patrón regional que sigue el modelo de los zapotecos del Istmo, los hombres que solían usar taparrabo y camisa de manta llevan ahora prendas occidentales (camisa y pantalón), sombrero de palma y huaraches. Las mujeres en contraste, se distinguen por conservar las amplias

faldas de algodón que les cubre hasta los pies, generalmente descalzos. Sobre la falda, de color casi siempre azul o rojo, llevan un huipil corto y sin mangas, con diseños geométricos sobre el pecho y un cuello rectangular. El pelo lo sujetan en trenzas, adornadas con listones de colores, que se enredan alrededor de la cabeza. Durante las fiestas religiosas, las mujeres suelen cubrirse con mantillas blancas o con el huipil tehuano que rodea la cara y cae sobre los hombros. Antiguamente, las mujeres solían andar con el dorso desnudo mientras realizaban los quehaceres dentro de la casa, rodeadas de las cercas de palma que las protegían del viento y la indiscreción.

Artesanías: mientras que la fabricación de redes y atarrayas está a cargo de los hombres, el bordado de servilleta, huipiles y manteles es propio de las mujeres. Su producción, fomentada por diversas dependencias gubernamentales, enfrenta actualmente un mercado sumamente saturado y obliga a las cooperativas de artesanas a diversificar los diseños originales y a sustituir los antiguos tintes por otros más económicos y redituables. La situación de las materias primas, sin embargo, no ha alterado el modo tradicional del tejido ni las remotas técnicas del telar de cintura.

Territorio, ecología: los cuatro extremos del pueblo están marcados por cruces, donde se hacen las curaciones y donde los nahuales se transformaban. El litoral donde habitan los huaves es de clima árido; las lluvias son escasas, el riego difícil y la producción agrícola está sujeta a las variaciones del tiempo. El litoral carece de estaciones y su única alteración consiste en corta temporada de lluvias y una larga época de sequía. A ellas corresponde, aproximadamente la presencia de dos vientos encontrados: el de Norte y el de Sur, en torno a los cuales giran la pesca y la mitología.

Entre octubre y febrero, el viento del Norte golpea con fuerza el litoral y provoca el desplazamiento de las dunas hacia terrenos que antiguamente fueron de cultivo. Los cuatro meses de Norte y los sucesivos meses de calor son suficientes para secar completamente la zona que queda supeditada a la irregularidad de las lluvias de junio a septiembre.

Pesca, agricultura y ganadería constituyen, en este orden, las actividades básicas sobre las que gira la economía huave, aun cuando la agricultura haya experimentado un incremento considerable en los últimos años, su producción no es suficiente como para que se comercialice en el mercado. La naturaleza del terreno dificulta el cultivo del maíz y su abastecimiento está aún a cargo de los comerciantes zapotecos. En algunas zonas se ha intensificado el cultivo de sandía y melón, los cuales se siembran con las primeras lluvias en terrenos de arado. El mismo curso han tomado los cultivos de diversos tipos de calabaza y del ajonjolí; estos productos, gracias a su resistencia a los largos períodos de sequía, se perfilan como comercialmente importantes.

Ganadería: no es una actividad importante y su finalidad es casi siempre el consumo doméstico o representa una pequeña inversión cuando se vende algún animal.

Pesca: por el contrario, no sólo constituye una actividad generalizada sino también la base de una economía distintiva. Su explotación se limita a las extensiones lacustres y a los pequeños esteros que se forman entre la Laguna inferior y la Laguna Superior. Existen dos técnicas en uso: la que contempla modos tradicionales-aunque cada vez en menor escala, ajenos a las innovaciones técnicas y la que responde a la modernización que provee una tecnología más eficiente y profesional, pero menos comunitaria e integradora.

Debido al alto costo de las nuevas embarcaciones, su adquisición sólo ha sido posible mediante créditos gubernamentales que se otorgan a grupos organizados y a cooperativas de producción pesquera. El deterioro del equipo, la ausencia de mantenimiento por parte de los distribuidores y la consecuente disminución de los ritmos de producción, sujetos a los ritmos de los motores, ha llevado a las cooperativas a un proceso de endeudamiento que, en ocasiones, ha generado la confiscación del equipo de pesca y la cancelación de los créditos otorgados.

El comercio es una actividad esencialmente femenina; mientras los hombres pescan, las mujeres salan, cuecen, secan y venden el producto en los mercados locales.

Organización social: los huaves estructuran su vida social a partir de un sistema de cargos jerarquizado que obliga a los hombres de la comunidad a cumplir, de manera gratuita, con los cargos que le sean asignados. Se organizan en torno a dos poderes: el religioso y el municipal. La organización jerárquica del primero se compone de cinco escalafones que concluyen con el cargo de maestro de capilla, máxima autoridad de la iglesia. La organización del segundo es mucho más compleja y se articula en tres niveles que contienen 13 cargos. El nivel superior puede dividirse en dos subgrupos: el mayor, el juez de mandato, el suplente del alcalde y el suplente del presidente municipal por un lado, y el alcalde y el presidente municipal por el otro.

Hasta el segundo nivel la naturaleza de los cargos es obligatoria y clausura el ciclo de servicios que todo hombre debe ofrecer a la comunidad; los cargos del último nivel son, por el contrario, puestos electivos a los que sólo se accede por el consenso comunitario.

Las funciones civiles están ligadas a la actividad ceremonial ya que el orden de la estructura municipal supone un conjunto de obligaciones rituales vinculadas con el nivel y tipo de cargo que se ocupa. A los cargos más altos, es decir, al presidente municipal y los alcaldes, corresponde solicitar la lluvia y el bienestar para la comunidad. En el universo de los huaves estas dos figuras representan simbólicamente dos mundos opuestos y convergentes: el terrenal y el divino. Mientras que el poder presidencial se circunscribe a un campo administrativo, el poder del alcalde se sustenta sobre un vínculo entre éste y las divinidades locales: "monteoks" y "nahuales".

A la extensa red de relaciones que se establecen entre la estructura civil y la religiosa, se aúna la línea de la mayordomía. Su acceso no es directo y supone el servicio de cargos previos que, una vez cumplidos, aseguran el ascenso a la categoría de mayordomo. Este tipo de organización, que antiguamente regía los diversos municipios huaves, sólo se mantiene vigente con grandes dificultades en San Mateo del Mar. San Francisco y San Dionisio del Mar han visto fracturado su sistema de cargos y actualmente organizan sus cabildos políticos mediante elecciones partidistas. El tequio o trabajo comunitario sólo se mantiene vigente en San Mateo del Mar.

Cosmogonía y religión: Los huaves son nominalmente católicos desde el siglo XVI. Las prácticas y los cultos que gobiernan su vida religiosa son, en su gran mayoría, instituciones que provienen de varios siglos de influencia dominica, fruto de un proceso de evangelización discontinuo que logró establecer una armonía entre las divinidades cristianas y las vernáculas. Entre Dios y los hombres se organiza una amplia cadena de santos, vírgenes y "monteoks" que fungen como intermediarios y centralizan las actividades del culto.

"Monteok" designa a una entidad sobrenatural y, al mismo tiempo, al atributo que caracterizaba a las autoridades huaves cuando éstos eran gente de "costumbre". Cuando la tradición y el respeto se extinguieron, los "monteoks" abandonaron las comunidades huaves y se refugiaron en los cerros de la comarca. Desde ahí gobiernan las fuerzas naturales y se hacen presentes en los rayos y relámpagos que cruzan el horizonte.

El norte y el sur no son sólo términos que guían a los huaves en el espacio, sino también en la taxonomía del cosmos. El Sur es un viento femenino: viene del mar, de las olas que formó la Virgen de la Candelaria cuando pisó el océano; el Norte es masculino, procede del continente y no es ajeno a los poderes del santo patrono.

Dentro de este sistema clasificatorio, la posición entre derecha e izquierda encuentra su correspondencia en la oposición hombre-mujer. Como el hombre y la mujer, el norte y el sur presiden los actos de la vida y de la muerte y están presentes en gran número de rituales.

Fiestas: la vida ceremonial de los huaves está ligada con la naturaleza y con los ciclos estacionales. En San Dionisio del Mar, una vez transcurridas las festividades de Semana Santa, autoridades y rezadores locales van a pedir lluvia a Cerro Cristo, pequeña isla que los huaves reconocen como lugar sagrado; otro es el Cerro Bernal, visible desde la playa que une a San Mateo del Mar con el océano y hacia donde se dirigen las peticiones de este municipio. En su ciclo anual, los huaves de San Mateo cuentan con tres celebraciones importantes: la Candelaria, a principios de febrero; Corpus Christi, hacia la mitad del año, y la fiesta patronal de San Mateo, el 19 de septiembre. Este esquema, que distribuye la longitud del año en tres segmentos ubicados proporcionalmente, se produce con características similares en las otras comunidades del área. Como en San Mateo, en San Dionisio, se festeja además de Corpus, al Cristo de Esquipulas a mediados de enero y, el 9 de octubre, a su santo patrono. La serie Cristo de Esquipulas-Calendaria, a principios del año, se prolonga en la festividad de San Felipe de Jesús, que Huazantlán celebra el 4 de febrero, mientras que la serie San Mateo-San Dionisio, hacia finales del ciclo, pasa por la celebración de San Francisco el 4 de octubre. Así, la distribución temporal de los ciclos festivos corresponde con los ciclos estacionales.

Relación con otros pueblos: los conflictos territoriales afectan por igual las relaciones entre municipios zapotecos como las que median entre los huaves. Los zapotecos, dueños de un territorio fértil, geográficamente estratégico para su desarrollo, han consolidado un régimen económico y político que les permite ejercer su dominio frente a los pueblos indígenas vecinos, este dominio se expresa sobre todo en el ámbito comercial mediante el acaparamiento de los productos pesqueros y agrícolas de la zona pero también en el lenguaje, la indumentaria y las prácticas ceremoniales. Un "modelo" zapoteco de festejar,

vestirse o casarse ha sido adoptado por mixes y chontales. Los huaves solían mantener un estrecho contacto con los chontales a través de visitas ceremoniales; sin embargo, la cercanía entre ambos grupos no se ha visto favorecida por la falta de caminos y carreteras.

Salud: esta representada por una serie de simbolismos, de esta manera los huaves clasifican las enfermedades en dos grandes categorías: las enviadas por Dios, generalmente leves y de carácter epidémico, y aquellas causadas por una acción humana o por la intervención directa de algún difunto. El "neandiy siit" (pulsar la vena, pulsero o pulsador) examina incluso en casos de complicación del parto, este es uno de los más queridos en la comunidad. A partir de su diagnóstico, se acude a otros especialistas que llevarán a cabo los tratamientos terapéuticos adecuados. La primera categoría, además de reconocer las enfermedades que pertenecen a la genoseología occidental, abarca los malestares que son provocados por la oposición entre "frío" o "calor" y que, preferentemente se limitan a causas intestinales.

Las enfermedades de la segunda categoría, conocidas como "neasaing" son las que se ocupan de las enfermedades "enviadas por Dios" suelen, por el contrario, asociarse a condiciones emotivas tales como la ira, la depresión o el temor. Su tratamiento no sólo exige la intervención de un especialista, sino también la ejecución de una larga ceremonia presidida por "neasomi".

Una tercera categoría, es la que se deriva de los daños causados al "tono" o alma animal. Este, que habita en algún paraje lejano, desconocido por el paciente, puede verse amenazado de muerte y provocar el mismo efecto sobre su "alter ego". La tarea del "neasaing", consiste en emprender un viaje mítico hacia el lugar donde se esconde el tono y salvarlo de la enfermedad o la muerte.

Con la finalidad de mejorar las graves condiciones de salud de la población huave, y buscando coordinar esfuerzos con las instituciones sociales y de gobierno, los terapeutas tradicionales pertenecientes a este grupo, constituyeron en 1990 la

Organización de Médicos Tradicionales Indígenas Huaves (OMTIH), con sede en San Mateo del Mar, este cuenta con más de 18 terapeutas indígenas provenientes de la comunidad de San Mateo del Mar, San Pablo, Benito Juárez, Costa Rica y Huazantlán del Río. Esta organización, practica la medicina tradicional, influenciada de manera determinante por los patrones culturales de las comunidades indígenas. Es así que, para realizar cualquier tipo de diagnóstico, la población huave recurre al *Neandi shiit*, expresión que se da al que "pulsa la vena," el pulsero o pulsador "el que habla con la sangre" o curandero. El *neandi shiit* es, en realidad el más querido de los curanderos, pues todo diagnóstico es elaborado por él, incluso en casos de complicaciones del parto; en la taxonomía local existen curanderos que atienden padecimientos sencillos (muchos de los cuales, después de ser diagnosticados por un *neandishiit*). Son los que se ocupan de las enfermedades "enviadas por Dios", es decir, los padecimientos benignos que no conducen a la muerte.

Un segundo tipo de curandero huave es el que trata a quienes se les ha enfermado su "animal compañero" (ombas), su doble zoológico que puede vivir en el monte, en la laguna o en la milpa. Este especialista es conocido con el nombre de *neasaing*, ("el que levanta") del susto o espanto con pérdida del alma.

Un tercer tipo de curandero conocido entre los huaves es el *neasomi* ("el que quema copal"), trata enfermedades graves mediante complicados rituales de carácter religioso y es, sin duda, el más prestigioso de los terapeutas del grupo.

Los huaves consideran que existen padecimientos "enviados por Dios", en general dolencias sencillas, que no suelen constituir causas de muerte, y enfermedades graves que pueden ser resultado de relaciones sociales negativas, padecimientos enviados por un muerto pérdida o enfermedad del animal compañero, o accidentes comunes que afectan el sistema músculo esquelético.

Destacan claramente los síndromes de filiación cultural, tales como el: mal de ojo o echar ojo (oniejkan u oniihkan), susto o susto fuerte (napak mbol), susto por pecado, mal de aire (iind), vergüenza (napak monxing o napaknasing), muina, coraje o ira (ahkiy), tristeza, mal aire por muerto (angoch nej), envidia, dolor de cabeza (wis nearraar) y nahual (ombas nej, y niing ahliy), así mismo, se encuentran la diarrea (awun-tomeats) y la disentería (nekix-kix) como las enfermedades gastrointestinales más frecuentes. Finalmente en orden, decreciente: la gripa, la tos la tisis o tuberculosis llamadas también tos seca o (waag hoh), el sarampión, la varicela, las almorranas o hemorroides, las fiebres por cansancio, las manchas de la cara, el dolor de cabeza, las llagas y las anginas; por otra parte, un lugar importante lo ocupa la atención de la embarazada, los masajes preparto y la asistencia a la parturienta.

Entre las principales causas de muerte se identifican el mal de ojo, el susto (muina, la envidia, la vergüenza y el nahual). Este último, más que un motivo de demanda de atención, representa una importante causa de muerte entre los habitantes de las áreas huaves. El origen de este síndrome de filiación cultural reside en una creencia según la cual, cuando un individuo nace, al mismo tiempo que un animal, terrestre o marino, que constituye el nahual del recién nacido o su *alter ego*, y lo acompaña hasta su muerte. Ambos comparten el mismo destino, debido a lo cual lo que le sucede a uno de inmediato repercute en el otro. Así los terapeutas huaves afirman que "cada persona desde que nace tiene un nahual," que puede ser un pez grande (tiburón, tintorera, tonina), o un animal terrestre (tigre, tortuga, serpiente, toro o burro). Estos animales pueden padecer una desgracia, causada por ellos mismos o por algún sujeto. Si el nahual muere, al instante también fallece la persona, refieren que si por ejemplo, el animal es capturado, la persona a él vinculada advierte los mismos malestares que está padeciendo su nahual. De este modo, si se trata de un tiburón atrapado por una red, el sujeto que comparte su destino sufre las mismas manifestaciones y tratará entonces de quitarse la red, de encima, hasta que mueren juntos el tiburón y él.

También existe la creencia de que las mujeres muertas en su primer parto, moran en la parte occidental del cielo convertidas por su fallecimiento en seres divinos. Se les representa feas descarnadas y envidiosas de la belleza de los niños y existe la creencia de que cada 52 días bajan las diosas del cielo y atacan a los niños hermosos que no fueron suficiente protegidos por sus padres; roban su belleza, y las pobres criaturas que habían poseído belleza en demasía quedan marcadas por parálisis faciales o con la inutilidad de sus miembros.

Como en otros grupos indígenas de México, la partera huave (*mincey nine*, "la vieja del niño") es usualmente no sólo una técnica ginecoobstetra, sino también una intérprete de las ideas y creencias relativas a la reproducción.

En relación con los servicios de salud, como en otras zonas rurales del país, la asistencia médica enfrenta problemas de difícil solución debido a la escasez de recursos y a una estrategia cultural divergente. Aun cuando los huaves han integrado los métodos de la medicina moderna a los de la tradicional, continúan viendo con recelo a sus representantes, generalmente médicos que llegan de fuera y desconocen su lengua y patrones culturales.

Las instalaciones médicas cercanas con las que cuentan son:

- Centro de Salud de la Secretaría de Salud en Oaxaca, ubicado en San Mateo del Mar
- Sexta Casa de la Salud de la Mujer Indígena "Ikoots Mondüy Moniün Andeow. San Mateo del Mar²
- Hospital Civil ubicado en Salina Cruz
- Cruz Roja ubicada en Salina Cruz
- Hospitales privados en Salina Cruz

² Informe de Actividades de Casas de la Salud de las Mujeres Indígenas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Secretaría de Salud (Coordinación del Programa Mujer y Salud), Programa de Naciones Unidas para El Desarrollo (PNUD) 2003.

Condición de Derechohabiencia a Servicios de Salud de San Mateo del Mar, 14 de febrero 2006, total de la población en San Mateo del Mar (10, 657) ³

Institución	No. Derechohabientes	Derechohabiente
IMSS	8 281	1 981
ISSSTE	246	0
PEMEX	0	0
Defensa Nacional, Marina	15	0
Otra Institución	1	0
No especificada	133	0
Total		

INEGI. Oaxaca, XII censo General de Población y Vivienda 2006; Tabulados Básicos.

Población Usuaria de los Servicios Médicos de las Instituciones Públicas del Sector Salud:

Institución	No. Derechohabientes	%
IMSS-Solidaridad	1 950	
Servicio de Salud de Oaxaca	10 265	
Casas de Salud	6	
Técnicas en Salud	6	

Consultas Externas Otorgadas en las Instituciones Públicas del Sector Salud, tipo de Atención Según Régimen e Institución: El único tipo de Atención con la cuentan es General, proporcionada por el IMSS-Solidaridad (2 970) SSO (20 399) Odontológica: SSO (380).

³ INEGI. Oaxaca, XII censo General de Población y Vivienda 2006; Tabulados Básicos.

3.2. La Función Social de las Parteras Empíricas en la Comunidad Los Huaves

Con el propósito de identificar y definir el valor social de la partera, a través de su liderazgo para lograr la participación de la población en los procesos sociales de la comunidad, en la población Mero Ikooc Huave, en el Estado de Oaxaca, se recurrió a tres parteras empíricas de la comunidad (Anexo), dos médicos indigenistas que laboran en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (anexo), una antropóloga social y un sociólogo (anexo), especializados en el tema que nos ocupa, específicamente en el Estado de Oaxaca, en el Mero Ikooc (huave), seleccionados como se mencionó con anterioridad, mediante un muestreo no probabilística intencional y selectivo.

Conocer la opinión de informantes claves, permitió por un lado, identificar el papel que juega la partera tradicional dentro de la comunidad, y por otro lado, emitir una propuesta enfocada a rescatar y fortalecer la función social de la misma, con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el artículo 2º inciso B fracción V, referente a la atención de la población indígena.

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación, obtenidos a través de entrevistas estructuradas y no estructuradas a las parteras y profesionales involucrados en el tema.

Entrevista a tres Parteras Empíricas de la Comunidad Mero Ikooc, Oaxaca

Partera 1

Nombre: Leonarda O. S.	Edad: 42 años
Lugar de nacimiento: San Mateo del Mar	Casada con tres hijos

Leonarda	<p>Nací en San Mateo del Mar hace 42 años, soy casada y tengo tres hijos, estude hasta quinto año de primaria y no seguí a pesar de que siempre quise estudiar para enfermera.</p> <p>Empecé a ser partera en 1994, llevo 12 años. Aprendí por sueños, tres veces lo soñé, Dios me lo dijo. Elegí dedicarme a esta actividad porque soñé con ser enfermera, siempre me gustó atender a la gente y recibir a los niños, además de que mi madre y mi abuela también son parteras, mi hija también quiere aprender, ya me dice mamá te tocó porque yo tocó y sobo a las mujeres, cuando las tocó desde los quince días se siente la bolita y les digo tu ya estas embarazada y ellas me dicen pero si el doctor dice que no, pero yo me doy cuenta que sí además les toco el pulso.</p> <p>Te voy a contar como empecé, mi mamá tenía una paciente pero el día que la mando llamar porque ya se iniciaba el trabajo de parto, se había muerto mi bisabuela o abuela y me pidió que yo fuera porque la señora ya tenía dolores, cuando yo fui ya había nacido el bebe y fue niña pero la placenta no salía, yo la conocía pero no era mía, entonces estuvimos esperando ella me dijo que si quería sandía y estuvimos platicando de repente se puso mal y se murió.</p> <p>Yo me sentía mal pero no era mi paciente sino de mi mamá, la familia me pidió explicación yo tuve que decirles que no sabia entonces fuimos con la doctora ¿como se llama? hay ahorita no me acuerdo, le pedimos que nos diera la carta de defunción y no quiso, dijo hazla tú, a ti se te murió, para entonces yo ya había bañado a la señora porque ya la iban a cocer, le dije a la doctora que me había enterado que ella la atendía también y que tenía sus papeles pero que seguramente ya los había roto, y que sabía que tenía muchos y anemia, ella se puso hablar en ese teléfono y escuche todo lo que le decía al otro doctor de mí y le dije quieres problemas conmigo pues tienes problemas conmigo entonces anda vamos y ella fue pero no quiso hacer la carta,</p>
----------	---

fuimos con el otro doctor y el si nos dio la carta esa la defunción, yo sentía mal pero sabia que no fue mi culpa, las mujeres no nos dicen que están anemia por eso se complica, por eso yo cuando se que están enfermas no las atiendo y las canalizo a la casa de salud. Además siempre voy a donde me llamen a la hora que sea y reconozco cuando el parto viene mal pero como yo no sabia de ella por eso se murió, cuando la bañe toda su espalda estaba morada y dicen que se cayó, además ya es su destino

-¿Como su destino?- si ella platicaba que soñó que su mamá venia ya por ella, la mujer sufre mucho hay mucho alcohol mezcal, violencia nada más eso me ha pasado pero hasta ahí le dejamos.

Cuando me piden que atienda a una mujer para ver si está embarazada, a los cuatro meses la toco suave porque si no apresuro el parto, le aconsejo que no salga de noche, que coma bien, fruta, pollo o lo que se le antoje y que use ropa interior blanca y aunque antes era mal visto en la comunidad que una mujer embarazada usara bata en lugar de enagua, ya se acostumbra la bata. Además al marido le decimos que debe ver a su mujer y que no la maltrate, él nos escucha y respeta, aunque no lo haga, ellos son muy agradecidos si diosito los bendijo con un hijo.

Las mujeres y las familias acuden a mí porque vivo aquí, aunque en ocasiones también me llaman de otras comunidades, saben como trabajo y tengo experiencia, se pasan la voz, además les doy "confianza", guardo el secreto de la mujer y de la familia, las veo como mis propias hijas y siento alegría cuando me piden que las atienda, las parteras respetamos su decisión de como quieren tener el hijo y a los maridos no les gusta que las vea un doctor hombre porque no les tienen confianza, pero yo les digo que a veces es necesario que también ellos las revisen, aunque no les tengan confianza, les explico que no nos pueden responsabilizar de las muertes porque también el médico tiene el mismo problema, las mujeres fallecen por poca sangre o anemia, aunque. Si reconozco que la diferencia entre un médico y una partera es que el médico estudió y la partera no tiene estudio pero tiene mucha experiencia.

También acuden a mí porque respeto sus creencias, vigilo a la mujer durante el embarazo y le doy consejos lo mismo que a su familia, cuando llega el momento del parto, me buscan voy con ellos, rezo y les doy un baño con yerbas.

Algo importante es que se estrechan los lazos de convivencia o amistad con la comunidad, escuchando a la gente.

Yo creo que para ser partera es necesario haber tenido hijos, no se puede ser partera si no eres mamá y si no tienes experiencia, además de que debe existir confianza hacia la partera por parte de las mujeres y su familia.

Atiendo de 2 a 3 partos, antes cobraba \$200 pero ahora cobro \$500, la gente no me paga junto el dinero sino poco a poco, es por eso que me ayudo vendiendo nopales, albacar, camarón y pescado.

Ahorita trabajo como auxiliar de la Casa de Salud y me encargo de todo lo que es medicina tradicional y doy pláticas de planificación familiar.

Mi compromiso con la comunidad es orientar a las mujeres en el control de hijos, ayudarlas y cobrarles poco porque mi pueblo es muy pobre, la mayoría de los hombres se dedican a la pesca.

En el pueblo hay 5 parteras, nos eligen por que nos tienen "confianza," y tenemos experiencia, también podemos entrar a otras comunidades porque saben de nuestro trabajo

Yo creo que una de las necesidades más sentidas tanto de la comunidad como de nosotros es que no hay medicamentos.

Una creencia es que cuando nace el bebe se ve el cordón umbilical y si es largo va tener muchos hijos (10) aproximadamente y si es corto (5-6) más o menos, pero yo se que si se cuida y utiliza planificación pueden ser menos.

Después del parto, utilizo hierbas para que salga la placenta, siempre reviso que venga completa y corto el cordón hasta que salga la placenta y el médico no, corta antes. Cuando ya nació el niño se le lleva ante su santito, en cada casa hay un altar y ahí doy gracias.

Durante 8 días checo diario al niño, lo pongo en la hamaca y después de ese tiempo se acabo la responsabilidad, reviso el sangrado y si no tiene hinchados los ojos; esto es porque hicieron coraje o susto y frío, a veces cuando no sale la placenta se reza y, por lo regular lo que tarda es de 1/2 hora a una 1 hora, después les digo checate con el médico pero

	<p>ella me dicen no que ya no tiene sangrado y ya esta fuerte otra vez, después los checo 3 veces a la semana. Los padres del recién nacido entierran la placenta para que rápido sane el ombligo y cuelguen en un árbol el ombligo.</p> <p>Los médicos nos dan capacitación por medio de pláticas, películas y libros, después recibimos adiestramiento y practicamos lo aprendido en el hospital y al terminar el curso tenemos que hacer demostraciones de lo aprendido.</p> <p>Las prácticas se hacen por medio de una serie de ejercicios en donde aplicamos los conocimientos teóricos que los doctores nos dieron en las pláticas, casi siempre consisten en el simulacro de un encuentro “terapéutico” entre la partera y una mujer embarazada.</p> <p>La actividad principal en la comunidad es pescar, aquí hay mucho camarón.</p>
--	--

Partera 2

<p>Nombre: Natalia E. F.</p> <p>Lugar de nacimiento: San Mateo del Mar</p> <p>tres hijos</p>	<p>Edad: 56 años</p> <p>Casada con</p>
--	--

<p>Natalia</p>	<p>Soy nativa de San Mateo en donde siempre he vivido católica, tengo 56 años de edad, casada con tres hijos, hace 20 años, realizo mi oficio, y atiendo un promedio de cinco partos al mes cobro \$500.00 porque en mi pueblo somos muy pobres y a veces no pueden pagarme poco a poco y tengo que esperarme, mientras me ayudo vendiendo pescado.</p> <p>Yo no fui a la escuela, solo mi hermano el a hora es maestro. Aprendí hacer partera cuando era joven unas amigas me decían tu no quieres aprender y, yo les dije que si le, dije a mi mamá. Empecé a trabajar en un Centro de Salud con un doctor ahí aprendí viendo, así fue como aprendí. Cuando trabajaba en el Centro de Salud no cobraba hay 5 o 6 parteras en la comunidad.</p> <p>Una partera es recibir al niño atender a las mujeres embarazadas. La comunidad me identifica por "confianza" las mujeres y las familias a acuden a mi, por confianza, yo no</p>
----------------	---

hago cesaría y el médico si, respeto siempre la forma que ellas quieran ¿cómo lo que ellas quieren? si el doctor las sube arriba y yo les digo como tu quieras, yo te ayudo aunque no siento los dolores pero te ayudo. Además empecé porque cuando querían doctor no había y así tuve que empezar yo.

Tienen que conocerte una debe, tener hijos, saber darles masaje acomodar a la criatura yo me atendí mis tres hijos yo sola, también no puede haber partero hombre por que los maridos no les gusta.

Tengo el respeto de la gente de mi pueblo, a veces cuando nace el niño nos dan pan y chocolate o matan una gallina y a mi familia y a mí me la dan.

Mi compromiso con la comunidad es de ayuda y de respeto. El beneficio que brindo a mi comunidad al realizar mi oficio, se basan en cuidar a las mujeres, aprendí a inyectar y poner suero, yo les digo cómprate tu medicina y yo te la pongo. Les doy confianza porque les pregunto si ya se pusieron de acuerdo con sus suegros, su marido y la familia de ella yo les ofrezco que si me eligieron las voy a cuidar, yo las trato como si fueran mis propias hijas, en mi pueblo así las vemos, a ver cuando tu quieras tener tu hijo yo te cuido. Además nosotras siempre le pedimos a Dios por la mujer.

Siempre me escuchan una me contaba que su suegra la golpeaba y yo le dije salte de ahí tu sólita y sí me escucho. Soy su confidente siempre me cuentan lo que les pasa.

Cubro una necesidad en materia de salud, porque nunca hay un doctor en el Sector Salud, siempre manda un pasante y ahí esta el problema porque no saben.

Las costumbres que tienen mi comunidad durante el parto y el puerperio, consiste en buscar a la partera, no salir de noche, ponerse algo blanco o rojo, sembrar la placenta y colgar en un árbol el cordón para que rápido sane el ombligo. Cuidar a la mujer durante 8 días diario luego se pone el bebe en la hamaca ¿porque en la hamaca? pues así, para que la mamá ya haga sus cosas, les doy su baño con hierbas, también si no sale la placenta les doy un té para que salga rápido calentito, y rezo para dar gracias en su santo aunque la mamá no sea católica siempre se reza.

Durante el embarazo y después del parto, aconsejo a las mujeres sobre el embarazo y que coman bien, mucha fruta, un caldito.

Existe la creencia de que si un niño duerme de día y permanece despierto de noche, puede deberse a la forma en que nació. Por ejemplo, si salió bruscamente, es decir, si no se dio tiempo al organismo para que trabajara en forma natural, puede ocasionar al bebé pérdida de su noción del tiempo, si es de noche, el recién nacido piensa que es de día y al revés otra es que no salga de noche, no cargue pesado, dar gracias a Dios.

El niño llora insistentemente, cuando sale y rápido se le corta el cordón, ya que se siente apartado bruscamente de su madre. Para recuperar la comunicación es necesario "curar de susto", "recoger su espíritu." Hay que hacer una curación o "limpia" utilizando las plantas que devuelven la energía al niño, misma que perdió durante la salida brusca.

Comparto con las mujeres embarazadas y las familias de ellas "confianza", además de que me platican sus problemas.

Durante el evento del parto una costumbre es de rezar, para que todo salga bien.

Yo voy a donde me digan y aunque sea tarde, el otro día atendí uno hasta las tres de la mañana y ahí fui.

Yo pienso que los intereses y necesidades más sentidas de la comunidad y mías son, que el sector salud no da medicamentos nos da muy poquita gasa, no, nos atienden si no tenemos ficha, cuando llevo al niño a la vacuna luego nos dicen que no hay o nos hacen esperar mucho como tres horas y estoy a fuera esperando. Luego no, nos entienden por nuestra lengua.

Me gusta tener lazos de convivencia o amistad con la gente de mi comunidad, porque como ya me conocen siempre me buscan, atendí a una señora y atendí sus 10 hijos, ahora estoy atendiendo a su hija también que yo ví nacer

Pienso que la diferencia entre un médico y una partera es no haber ido a la escuela, yo quería estudiar pero mi papá no quiso sólo mi hermano, el es maestro.

	<p>Sólo trabajo en la casa, a veces la gente no quiere pagarnos porque cree que el Sector salud nos paga y no es cierto, por eso me ayudo poniendo a secar el pescado en sal para vender.</p> <p>La participación en los cursos significaba seguir todo un protocolo de actividades: se entraba y se salía a horas preestablecidas por la burocracia sanitaria; después de entrar, las parteras se juntaban e iniciaban una serie de ejercicios practicados aplicando los conocimientos teóricos adquiridos en las conferencias que les impartía el personal médico. Comúnmente, los ejercicios consistían en el simulacro de un encuentro terapéutico entre la partera y una mujer embarazada. Practicaban la integración de un expediente terapéutico que reúne todos los datos considerados importantes por parte de un médico (nombre de la paciente, edad, meses de embarazo, etcétera), el uso de determinados utensilios médicos (guantes) o el arreglo de las sábanas. De esta manera, actividades comunes (extender las sábanas) se desterraron y se convirtieron, en consecuencia, en una cuasi ciencia que requería el conocimiento de determinadas reglas, es decir, de una metodología.</p>
--	--

Partera 3

Nombre: Antonina R. U.	Edad: 42 años
Lugar de nacimiento: San Mateo del Mar	Casada con dos hijos

Antonina	<p>Tengo 42 años de edad, nací en San Mateo del Mar, casada con dos hijos, llevo 27 años de ser partera, realizo mi oficio desde que tenía 15 años, empecé a cobrar \$20, 30, hasta 50 a hora cobro \$500.00 por parto y atiendo un promedio de dos partos. En mi tiempo libre vendo pescado o camarón.</p> <p>No fui a la escuela, porque mi papá no quería, le contaron que un maestro se metió con una muchacha que iba a la escuela y salió embarazada y por eso no me dejo, me decía ya viste.</p> <p>Una partera es aquella que apoya a las mujeres que le piden ayuda; una tía me enseñó, ella no tuvo hijos entonces siempre me traía con ella, así fue como aprendí viendo como trabajaba.</p>
----------	---

La gente de la comunidad sabe de mi trabajo porque se pasan la voz y saben como uno atiende.

En la comunidad de San Mateo del Mar hay 5 parteras.

Elegí dedicarme a esta actividad, porque como sólo vendía totopos, abusaban de mi y antes no hablaba español ahora ya, entonces después me fui de voluntaria al Sector salud a trabajar para ayudar a inyectar a los enfermos de tuberculosis así fue como empecé, además porque no estaba la otra partera ni el doctor y yo atendí el parto.

Las mujeres y las familias acuden a una partera por que les tienen confianza y ya nos conocen.

Una partera no debe tener miedo, tener voluntad y fuerza. Mira las mujeres al decidir con quien quieren tener su hijo, buscan a la partera y al llegar conmigo son tratadas como hijas, yo me comprometo a cuidarlas y ayudarlas, yo creo que como la gente es pobre y, yo cobro poco, y por la confianza de como las trato, pues a pesar de existir otra religión eso no es impedimento para realizar mi trabajo y dar gracias a Dios por el nacimiento de su bebe, porque algunas familias son cómo es esa religión? protestantes creo. Yo cuando llevo el parto trato de aceptar la forma que ellas quieran tener su bebe, y por confianza que les doy.

Cuando uno hace su trabajo, a veces no van conmigo porque las aconsejo para planificar y ya no me quieren buscar, pero no todas las familias, algunas nos dan de comer y eso hace que tengamos que estar más fuertes, otras los hombres nos quieren responsabilizar del parto.

De todos modos yo creo que cumplo o cubro una necesidad en materia de salud.

Al realizar mi oficio lo que más me piden las familias o las mujeres es tener sus hijos en cucullas porque prefieren tenerlo en su casa o que yo las inyecte.

Se acostumbra durante el embarazo, parto y puerperio cuidar a la mujer 8 días seguidos, dar gracias a Dios y rezar, las vendo y les doy yerbas para que se bañen, les recomiendo utilizar ropa blanca o fondo rojo para que no les pase nada, no salir a medio día porque pasan las sombras (muertos), ni de noche si no tienen mal formaciones, y poner al bebe en la hamaca. Aunque van cambiando las costumbres, porque ya nos quieren dar pan o chocolate.

	<p>Les doy consejos siempre les digo que coman fruta no carguen pesado, que alimenten a sus hijos y que se laven las manos.</p> <p>Ellas siempre me cuentan sus problemas y yo las aconsejo. Mira desde nuestros antepasados, ellos nos enseñaron a sembrar la placenta porque la ofreces a la madre tierra y el ombligo sana mas rápido y el cordón se cuelga en un árbol, así le hacemos nosotros. Voy a donde me digan y a la hora que sea, la familia me busca.</p> <p>No contamos con un botiquín, el sector salud no nos respeta, no podemos entrar así como así primero hay que sacar fichas, no, nos atienden rápido, no tenemos medicina existe una ambulancia pero luego cuando la necesitas los que manejan están borrachos por eso nosotras queremos aprender a manejar.</p> <p>Otra creencias cuando nace el bebe, yo me doy cuenta del grueso y tamaño del cordón y se cuantos hijos va tener la mujer que tuvo su primer hijo. Yo respeto como ellas quieran tu sabes, yo las deajo.</p> <p>Los doctores utilizan la plancha (acostada) y las abren de piernas y no les preguntan de qué forma quieren porque se que ellas no tienen fuerza.</p> <p>Pues a horita trabajo en la casa de salud y en el tiempo que no trabajo en la casa de salud vendo pescado o camarón.</p>
--	---

Entrevista a Médicos indigenistas del Departamento de Salud Intercultural y Medicina Tradicional la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) Delegación Oaxaca

Médico 1

<p>Gonzalo Profesión: Médico</p>	<p>Una partera es un agente y/o recurso local de atención a la salud, legitimado en los pueblos indígenas cuando éste es su origen.</p> <p>Atiende un promedio de 15 a 20 partos al mes.</p>
--	--

	<p>Se identifica con su comunidad, en regiones indígenas si, en regiones naturales y urbanas no es una condición social.</p> <p>Las características de una partera son que su formación en su mayoría es por transmisión oral (generacional); ahora se capacitan. En un eje de cohesión social en la comunidad individuo, familia, sociedad.</p> <p>Pese a que las parteras gozan de un estatus social alto en la comunidad, éste ha venido decreciendo.</p> <p>Las mujeres embarazadas y la comunidad acuden a una partera por aceptación cultural y calidez en el tratamiento.</p> <p>La partera beneficia a su comunidad, al brindarle atención médica, calidez personal y cohesión.</p> <p>La partera es respetada y reconocida por parte del sector salud Con fines utilitarios nada más.</p> <p>La partera tiene ventajas y desventajas al realizar su oficio, para su comunidad, una ventaja sería la acción social local y una desventaja, es que pretende suplir a las instituciones.</p> <p>Cumple o cubre una necesidad en materia de salud por su legitimidad cultural y forma de atención.</p> <p>La diferencia que hay entre un médico y una partera radica en que el primero es un técnico en la atención mientras que la partera brinda una acción social en salud, por ello esta última satisface una necesidad de su comunidad, a la vez que propicia la cohesión y fortalece la presencia ciudadana.</p> <p>Los organismos del sector salud no ayudan ni retribuyen de ninguna forma los servicios que la partera presta a la comunidad.</p> <p>La partera influye en la salud reproductiva a través de la planeación natural.</p> <p>Considera que existe un desconocimiento premeditado de todo el contexto social de la partera y su comunidad, lo que provoca un alejamiento o resistencia por parte de todos los organismos del sector salud.</p>
--	---

	<p>Cuando existe compromiso por parte de los médicos y pasantes no existe ninguna dificultad para trabajar con la partera y su comunidad.</p> <p>Cuando no se planifica, el intentar transformar la práctica y uso de la partera trae consecuencias negativas.</p> <p>La partera es un recurso local de atención a la salud no sólo a la enfermedad.</p> <p>El sector salud no respeta la figura de la partera ni reconoce la representatividad que ésta tiene para con su comunidad, por su verticalidad y ausencia de política</p> <p>Es indispensable que el personal del sector salud conozca el contexto social de la comunidad a fin de que logre involucrarse en el trabajo conjunto con la partera.</p>
--	---

Médico 2

<p>Ignacio Profesión: Médico</p>	<p>Un partera es generalmente una mujer, aunque hay parteros también, son de algunos pueblos indígenas o campesino, atienden a mujeres en su embarazo, parto, y puerperio, a los recién nacidos y a otros enfermos.</p> <p>El número de partos que atiende una partera al mes es muy variable, depende de su experiencia y del reconocimiento que tiene en la comunidad.</p> <p>La partera es identificada por su comunidad como una persona en quien "confiar", que resuelve dudas, da confianza, resuelve problemas, apoya etc.</p> <p>Sus principales características, son la seguridad que inspira, la confianza, la sabiduría, la humildad, conoce las costumbres, comparte ideas, es humana, e identifica la naturaleza humana.</p> <p>Es reconocida por su comunidad como especialista en cuidados del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, así como de otras enfermedades.</p> <p>Las mujeres embarazadas y la comunidad acuden a una partera principalmente porque le tienen más confianza que al médico, se sienten seguras y comprendidas por ellas.</p> <p>La partera beneficia a su comunidad al evitar la muerte materna e infantil, atendiendo complicaciones y enfermedades que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio.</p>
--	--

	<p>Este personal es respetado y reconocido por parte del sector salud quien les otorga algunos maletines o cursos y en esos les dan diplomas, o credenciales.</p> <p>Entre las ventajas que caracterizan el trabajo de la partera, se encuentran que proporciona atención del parto en casa, brinda una buena atención, ofrece medicina tradicional y es un recurso comunitario de salud. Mientras que entre las desventajas, encontramos que es pobre, por lo que realiza su trabajo con muchas limitaciones, no tiene equipo ni ambulancias.</p> <p>Cumple o cubre una necesidad en materia de salud, debido a que el sector salud tiene una "deuda histórica" por la infinidad de partos que ha atendido la partera y el reducido número que atiende el sector salud.</p> <p>Considera que la principal diferencia que distingue al médico de una partera, es que éste cuenta con estudios y posee un título, pero está deshumanizado. En tanto que la segunda, no tiene estudios, ni título pero es muy humana.</p> <p>La partera constituye una solución para la satisfacción de las necesidades de atención a su comunidad, porque desde épocas prehispánicas hasta el momento actual atiende mujeres embarazadas.</p> <p>La principal contribución de la labor social de una partera es que evita la muerte materna, consolida a la familia al favorecer que reproduzca los valores y cultura.</p> <p>Los organismos del sector salud en la actualidad no "ayudan o retribuyen" nada a la partera pese a los servicios que ésta ofrece a su comunidad, antes les daban \$50.00 mensuales.</p> <p>La influencia de la partera en la salud reproductiva es determinante para mejorarla.</p> <p>Considera que existe un desconocimiento de todo el contexto social de la partera y su comunidad que provoca un alejamiento o resistencia por parte de todos los organismos del sector salud, porque no saben del problema de salud-enfermedad de la población indígena, desconocen la cultura indígena y su interculturalidad.</p>
--	--

	<p>Una gran dificultad para trabajar con la partera y su comunidad es lo alejado y la pobreza de las comunidades rurales e indígenas.</p> <p>El intentar transformar la práctica y uso de la partera si, se hace mal trae como consecuencia que se cometa un "etnocidio", pero si se hace bien es innovador.</p> <p>Desde mi perspectiva profesional la partera es una compañera médica.</p> <p>Pese a la importancia de la partera en la vida de su comunidad, no es respetada por parte del Sector Salud, más bien la usan para lograr sus metas, fines y objetivos.</p> <p>El equipo de salud puede involucrarse con la partera tomando en cuenta su contexto social con el fin de trabajar conjuntamente, ayudándolas a organizarse, apoyar sus planes de trabajo y mejorando sus condiciones de vida.</p>
--	--

Entrevista a otros profesionistas involucrados con la comunidad.

Como se mencionó con anterioridad, también se entrevistó a una antropóloga social que trabaja en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), y a un sociólogo que presta sus servicios en el Programa IMSS- Oportunidades, ambos comisionados en la Zona Huave, a fin de conocer sus puntos de vista acerca de la importancia o no de la función de las parteras, ya que ellos viven de cerca esta necesidad de la comunidad, a la vez que conocen costumbres, carencias y creencias de la población, por lo cual tienen una visión más objetiva, a continuación se registra la información obtenida.

<p>Nombre: Paola Profesión: <i>Antropóloga Social</i> <i>Profesora e</i> <i>Investigadora</i> Institución: CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social)</p>	<p>Una partera es una persona que a través de la experiencia y/o la educación formal, sale a atender a la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio</p> <p>Me he podido dar cuenta de que la mayoría atiende de uno a diez partos al mes, yo pensaría en un promedio de siete.</p> <p>Pienso que la partera se identifica con su comunidad porque comparte con ésta valores y formas de vivir y atender la reproducción, ello hace que las parteras indígenas tradicionales tengan cercanía con la gente.</p> <p>Las características de una partera son muy diversas, entre una y otra. Depende, si es buena la partera con mucha experiencia, exitosa para atender partos, que trata bien a las mujeres, etc. entonces va a gozar de un gran prestigio.</p> <p>En muchas localidades indígenas las mujeres prefieren atenderse con partera porque la conocen, le tienen "confianza", las trata bien, comparten su forma de atender, respeta el pudor, deja que se atienda en la posición que la mujer prefiera, permite que el esposo esté presente.</p> <p>La partera beneficia a su comunidad porque cumple con un servicio fundamental de atención a las mujeres y a los bebés.</p> <p>No siempre es respetada y/o reconocida- por el sector salud, pese a que son necesarias porque constituyen recursos humanos gratuitos.</p> <p>Por supuesto que la partera cumple o cubre una necesidad en materia de salud, porque el sector salud entiende la capacidad y el costo para dar una cobertura universal a las mujeres y la partera es un recurso pues ahí está. Además, en el trato humano y para los partos sin problemas puede otorgar más atención y de mayor calidad y calidez que en el sector salud.</p> <p>La partera en muchos casos es una solución que satisface a su comunidad.</p> <p>La principal labor social de una partera es el apoyo que brinda a las mujeres de su comunidad, resuelve problemas de salud reproductiva infantil y negocia conflictos con las autoridades y con las familias de las mujeres.</p>
---	---

	<p>Con frecuencia los organismos del sector salud "ayudan o retribuyen" a la partera y a su comunidad demasiado poco. No obstante que ésta cumple con un apoyo muy importante al atender y acompañar a las mujeres embarazadas y parturientas.</p> <p>Considera que en muchos casos existe desconocimiento de todo el contexto social de la partera y su comunidad que provoca un alejamiento o resistencia por parte de todos los organismos del sector salud</p> <p>El intentar transformar la práctica y uso de la partera trae como consecuencias, entre otras, que el modificar las prácticas nocivas puede ser positivo si se mejora la atención que otorga. Si se transforman las prácticas benéficas psicológicas- biológicas-culturales, se perjudica la atención que otorga.</p> <p>No siempre la identidad de la partera y de su comunidad es respetada por parte del sector salud</p>
--	---

<p>Nombre: <i>Manuel</i> Profesión: <i>Sociólogo</i> Institución: <i>IMSS</i> - <i>Oportunidades</i></p>	<p>Una partera es una especialista de la medicina tradicional, particularmente en la atención del embarazo, parto y puerperio. Como un recurso de salud fundamental</p> <p>El número de partos que cada una atiende es variable, depende del prestigio de la partera, las más productivas llegan a atender hasta cinco partos al mes.</p> <p>La partera se identifica con su comunidad porque comparte su cultura, tiene conocimiento de la medicina tradicional y goza de reconocimiento social debido a que su oficio lo realiza por transmisión generacional, ello hace que lleguen a convertirse en líderes.</p> <p>Las mujeres embarazadas y la comunidad acuden a una partera no sólo por ser el único recurso, sino también por la calidad y calidez con la que se sienten tratadas, lo que les inspira confianza, aunado a que acuden a ellas por hábito y costumbre.</p> <p>La comunidad se ve beneficiada con sus servicios, porque la ayuda en la solución de problemas de salud, proporciona consejería, tanto a las mujeres como a los hombres y además por el bajo costo de sus servicios.</p>
--	--

No todas las parteras son respetadas y reconocidas por el sector salud, algunas lo son por su liderazgo en la comunidad, en cuyos casos las apoyan con equipo, compensaciones y estímulos a su labor, además de capacitación.

Una ventaja de ser atendidas por parteras es que éstas se basan en su cultura y la atención de partos naturales, lo que no sucede con los médicos, esto les inspira confianza; no obstante, una desventaja puede ser que en caso de riesgo o complicaciones no tiene los recursos para hacer frente al problema.

La partera cumple o cubre una necesidad en materia de salud, porque hay confianza y en ocasiones es el único recurso a la mano.

La diferencia existente entre un médico y una partera radica en que la segunda tiene mayor presencia en la comunidad y todo lo que implica, el origen y el método de sus conocimientos y recursos.

La partera es una solución a las necesidades de la comunidad, ante la escasez de los servicios de salud, siempre y cuando los partos sean normales o las complicaciones puedan ser resueltas por ellas.

La labor social de una partera consiste fundamentalmente en armonizar, y apoyar a las mujeres y parejas.

La partera influye de manera importante en la salud reproductiva, a través de la promoción de planificación familiar y con la atención adecuada del embarazo, parto y puerperio.

Existe desconocimiento de todo el contexto social de la partera y su comunidad, que provoca alejamiento o resistencia por parte de todos los organismos del sector salud, aunado a su necesidad de hacer prevalecer su postura hegemónica.

Aun cuando no soy médico, yo opino que la principal dificultad que tienen éstos para trabajar con la partera y su comunidad es lograr sensibilizar y modificar percepciones y prácticas de los médicos institucionales:

	<p>El intentar transformar la práctica y uso de la partera que trae como consecuencias la pérdida de conocimiento y recursos. No siempre es respetada la identidad de la partera y de su comunidad por parte del sector salud</p> <p>Considero que una forma de involucrar al sector salud con la partera, es que el primero tome en cuenta el contexto social con el fin de trabajar conjuntamente, adecue los servicios a las necesidades y características culturales y entable un diálogo para complementar recursos y conocimientos.</p>
--	---

INTERPRETACIÓN

Tradicionalmente la partera se ubica en un sistema de relación, atributos y poder que la misma comunidad y, dentro de ella específicamente las mujeres, le otorgan. Como pertenecientes a la misma, comparten una concepción similar del cuerpo y de los fenómenos naturales que influyen en su funcionamiento; además coinciden en un medio ambiente del cual se apropian por medio del conocimiento de las plantas medicinales; finalmente, las dos viven inmersas en una cotidianidad familiar por ser ambas madres y esposas, no obstante cambios muy relevantes se están produciendo también en las prácticas y función de la partera. Ésta se destaca del conjunto de las mujeres en el momento en que ellas le otorgan el privilegio y el cargo de ayudarlas a tener a sus hijos. Esto les permite desarrollar una serie de capacidades manuales y conocimientos empíricos, que determinan su exclusividad y le dan la posibilidad de brindar una atención a nivel físico y emocional durante el proceso reproductivo.

En la comunidad de Mero Ikooc prestan sus servicios cinco parteras empíricas, casadas y con hijos; mujeres maduras, pasan de los 40 años de edad, tienen una escolaridad mínima, son originarias de San Mateo del Mar, población de pescadores, en donde la mayoría de las mujeres se dedica a salar pescado venderlo, actividad que también realizan las parteras.

Simultáneamente existe un número indeterminado de señoras que tienen experiencia en atender los partos familiares o de las vecinas, pero no tienen un reconocimiento generalizado.

Las parteras atienden al mes de dos a cinco partos, esto depende del tiempo que tienen de ser parteras y del reconocimiento de que gozan en la comunidad, lo que se relaciona con el hecho de que recurren más a quienes cuentan con mayor experiencia, o que atendieron a sus familiares y ascendientes, es por eso que hay parteras que llegan a participar hasta en diez partos al mes.

Mencionan que la gente las valora más si han procreado hijos, son capaces de inspirar confianza, poseen experiencia, no tienen miedo, son poseedoras de voluntad y fuerza, características todas estas que influyen para que logren respeto y sean apreciadas. Además, refuerzan los lazos de convivencia al ayudar a las pacientes, es por ello que prefieren trabajar por su cuenta y no hacerlo a través de instituciones, pues piensan en su comunidad.

El reconocimiento por parte de la comunidad, hace que, en correspondencia, las parteras asuman un compromiso con la población, este se manifiesta en la forma en que cuidan, ayudan y orientan a las mujeres acerca del control natal, así mismo, consideran que es su deber respetar a sus pacientes y ser honestas con ellas; de esta manera, si no las atienden durante el embarazo, no las tratan en el momento del parto porque no conocen los antecedentes de la parturienta, por el contrario, si las asisten de manera adecuada, ambas partes se benefician, tanto económicamente como desde el punto de vista de la asistencia para la salud.

A su juicio, una buena partera es exitosa porque las mujeres que solicitan sus servicios tienen la garantía de que serán tratadas con afecto, van a respetar sus costumbres, compartir sus creencias y apegarse a ellas, es por esto que, por su forma de conducirse ante las mujeres, se les reconoce como líderes, a la vez que son escuchadas cuando dan consejos u orientan, les confían sus problemas y aceptan sus recomendaciones y sugerencias.

Cabe mencionar, que las creencias alrededor del embarazo y el parto están cambiando, esto determina también, una de las formas de clasificación de las parteras, en las que creían o creen en un universo simbólico ligado a este evento y las que creen y lo practican cada vez menos.

Entre las creencias más arraigadas en la mayoría, derivadas de sus patrones culturales, es costumbre en la comunidad durante el embarazo, parto y puerperio, seguir una serie de ritos durante el evento y, hacer ciertas recomendaciones a las mujeres embarazadas y a sus esposos, basadas todas ellas en su idiosincrasia.

Mientras que algunas costumbres se han modificado con el tiempo, como el hecho de que antes, cuando estaban embarazadas usaban enagua, en tanto que ahora es común usar bata, además ofrecían pan y chocolate a la partera cuando terminaba su trabajo, ahora casi no lo hacen. Por otro lado; se describen a sí mismas, como aquellas que asisten a las mujeres embarazadas, cuando lo solicitan, con experiencia en este trabajo, el cual llevan a cabo desde hace más de 20 años, la que menor tiempo tiene en el oficio lo hace desde hace 12 años y 36 la mujer con mayor antigüedad, todas empezaron muy jóvenes, incluso una cumple esta función desde los 15 años de edad.

Las formas de aprendizaje reveladas fueron varias, desde aquellas enraizadas en las más antiguas tradiciones del grupo, hasta la adquisición de conocimientos en cursos impartidos por el personal de las instituciones de salud.

Como en el caso de los curanderos, estas tres parteras vieron definirse su vocación a través de experiencias oníricas, mediante sueños premonitorios que les indicaban que debían ser *mincey nine*; otras, que invocan a santos patronos, reconocieron señales de carácter sobrenatural; y las hubo también que, llevadas por la necesidad de brindar atención a una pariente o a sí misma, hicieron del autoaprendizaje la vía principal de adquisición del saber.

Al respecto, la opinión de los médicos difiere, encontramos que mientras para unos inspira seguridad, confianza, sabiduría y humildad y es apreciada por la gente porque conoce las costumbres, comparte ideas e identifica la naturaleza humana; para otros, pese a que las reconocen como un eje de cohesión social en la comunidad, a su parecer este ha ido decreciendo, pues se trata de personas ignorantes, que atienden a las mujeres y al recién nacido, en condiciones precarias de higiene y sin los conocimientos técnicos metodológicos indispensables, que basadas en la práctica, recurren a sustancias naturales, producto de la ignorancia y aun cuando consideran que tienen amplia experiencia en su trabajo, piensan que no lo realizan de manera organizada debido a que su formación tradicional no las dota de los conocimientos prácticos y teóricos necesarios para ayudar a las parturientas de una manera más eficaz.

Muchas veces la Secretaría de Salud se le ha escuchado que las responsables de tantas muertes en el campo son las parteras. Quien eso dice olvida que ahí donde la mayoría de los partos son atendidos por ellas, las mujeres padecen un alto grado de desnutrición y multiparidad, habitan en lugares carentes de servicios sanitarios y de buenas redes de comunicación y transporte, haciendo aún más difícil el funcionamiento de un sistema de referencia a niveles de atención especializada y competente para resolver los riesgos de la maternidad.⁴

Para el sector salud, la atención del parto y del puerperio debe ser proporcionada a todas las mujeres embarazadas por personal capacitado en las áreas urbanas y rurales incluyendo a las parteras tradicionales⁵. Según la Secretaría de Salud, toda mujer tiene derecho a un profesional o una partera "capacitados", pues una partera "sin capacitación" no logra satisfacer los derechos de las embarazadas.

Consecuentemente, la instrucción de las parteras es una condición mínima necesaria para garantizar los derechos de la mujer, es a través de ella que se les puede enseñar a ordenar el evento del embarazo y a diagnosticar, sin que los médicos pasen por alto su experiencia, sus costumbres y sus creencias, con el

⁴ Laura Cao Romero. Centro de Documentación y Apoyo a la Partería, TICIME

⁵ Boletín de Salud Reproductiva, año 1, SSA, México, enero-febrero de 1997, p.6.

propósito de que comprendan la necesidad de contar con un equipo mínimo de parto, no tanto técnico, sino agua, plástico, tijeras, perillas, algodón, pues cuando cortan el cordón lo hacen con navajas de rasurar o carrizo y lo queman; como gotas para los ojos, usan la manzanilla y durante el trabajo de parto, muchas otras hierbas, según las necesidades que se vayan presentando en el transcurso del evento, esto, a su juicio, constituye un riesgo para la parturienta.

Agregan que el sector salud, consciente del servicio que prestan y no obstante su resistencia a capacitarse, con frecuencia los organismos del sector "ayudan o retribuyen" a la partera y a su comunidad con equipos básicos de atención, compensaciones, estímulos a su labor y con capacitación, sin embargo su respuesta es escasa, ya que todavía son pocas las que se capacitan, cabe señalar que esta aseveración en ningún momento fue corroborada por las parteras.

En tanto que para los diferentes profesionistas entrevistados, las parteras representan un agente y/o recurso local de atención a la salud legitimado en los pueblos indígenas, - en las zonas urbanas no se les ve de la misma manera -, en virtud de que no sólo influye de manera importante en la salud reproductiva, a través de la promoción de planificación familiar y con la atención y acompañamiento a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, sino que resuelve dudas, inspira confianza, soluciona problemas de la pareja y apoya en otras situaciones de su vida cotidiana, al negociar con las autoridades o con las familias de las mujeres en casos de conflicto, por lo cual piensan que la aceptación o no de este tipo de personas depende de la condición social.

Para estos estudiosos, el conservar los valores como dedicar tiempo a sus pacientes, la importancia del contacto físico "transmisión de energía" le llaman ellas y confiar en la naturalidad del evento del parto, así como el potencial del cuerpo de la mujer para realizarlo de manera segura, su intuición y en su propio discernimiento, son aspectos muy apreciados para la población y desvalorados por las personas ajenas a esta cultura, además que ésta aprende por la escuela

de la vida, haya o no médicos siguen recurriendo a ellas porque consideran que el médico no las comprende, mientras que ésta goza de prestigio y respeto por toda la comunidad, a pesar de que los hombres son machistas las escuchan y respetan.

En este sentido, afirman que la población acude a ellas porque considera que tienen efectividad terapéutica, no se enriquecen con el producto de este trabajo ni abusan de la situación, son éticas; resuelven problemas, dan "confianza" pues su trato es humano, son amables con la parturienta, entienden su lengua y sus costumbres, le asisten en su casa, no tienen un horario y las mujeres se sienten seguras y comprendidas por éstas; es decir, recurren a ellas por aceptación cultural y calidez en el tratamiento, les tienen más confianza que al médico, sobre todo si éste es varón.

Sin embargo reconocen, que aun cuando las parteras asumen el papel de pediatras, hierberas y sobadoras, lo que les permite atender a la población en cualquier dificultad que se presente en el momento del parto, consideran que las complicaciones son frecuentes debido a la calidad de vida de la población, pues muchas mujeres presentan anemia u otras alteraciones originadas principalmente, por la deficiente alimentación.

Desde esta perspectiva, la función de la partera tiene ciertas ventajas pues representa un recurso comunitario de salud, al proporcionar atención más humana, ser identificadas como sus confidentes y tomar en cuenta sus consejos y orientaciones para planificar su familia, lo que desde la perspectiva de la población no sucede con los médicos.

No obstante, también tiene ciertas desventajas, entre las que encontramos las creencias tan arraigadas en algunas familias o mujeres que las llevan a rechazar a la partera cuando intenta orientarlas acerca de planificación familiar; si en el parto se presentan complicaciones, a veces se desconfía de ellas o se les hace responsables, pese a las condiciones nutricionales y la calidad de vida de las

mujeres en la región. O bien, en ocasiones pretenden suplir a las instituciones, sin tomar en consideración que realiza su trabajo con muchas limitaciones, carece de equipo y medicamentos y no cuenta con estudios especializados, por lo que en caso de riesgo o complicaciones no tiene los recursos ni conocimientos para hacer frente a la contingencia.

En consecuencia, también existen obstáculos para los médicos pese a su formación, a lo que se agrega el rechazo porque piensan que no respetan sus costumbres y creencias, al recomendar su traslado a una institución de salud, la familia se opone por que desea que su hijo nazca en su pueblo e incluso en su hogar, por tanto, es indispensable empezar por convencer al marido y a los suegros, generalmente éstos son los más renuentes, debido a lo arraigado de sus costumbres, por eso estos profesionistas consideran necesario el intercambio de los conocimientos de ambos. En este sentido, en su discurso, tanto parteras como funcionarios de salud y otros profesionistas entrevistados concuerdan en cuanto a la valoración del papel y del trabajo de las parteras, al afirmar que éstas satisfacen una necesidad de la comunidad y son requeridas con mayor frecuencia que los médicos, debido a que, aun cuando se cuenta con el sector salud en la región, por un lado, éste es deficiente en cantidad y calidad, a causa principalmente de la escasez de recursos, y por otro, afirman que, la primera sigue siendo un factor importante, ya que refuerza los lazos de convivencia, al ayudar, escuchar y hablar el mismo lenguaje que las parturientas.

Conforme al estudio realizado, se comprueba la Hipótesis teniendo en cuenta la identidad social de la partera el conjunto de creencias e ideas desde las cuales la partera percibe la realidad que surge dentro de su comunidad. A si comprobamos que la partera es reconocida como una especialista en medicina tradicional, que funge como un eje de cohesión social en la comunidad individuo- familia – sociedad y que a través de la experiencia y/o la educación informal, presta atención a la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio, es así que constituye un recurso fundamental de salud, en una región, en la que existen serias carencias de servicios médicos, como tantas otras de la república

mexicana. Aunado a que cubren una necesidad en materia de salud, evitando de esta manera la muerte materna e infantil al atender complicaciones y enfermedades que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio; al brindar atención médica, calidez personal y cohesión, su papel como parteras es reconocido, respetado y aceptado más por sus tradiciones, creencias, que por su formación técnica, pues para la población de esa región, los conceptos sobre la vida, la salud-enfermedad, la muerte, son elementos que se relacionan directamente con el conjunto de prácticas y saberes que dan cuenta del proceso de socialización y humanización de la naturaleza, en donde la sobrevivencia no es equivalente a la simple conservación de la vida, sino una condición que encarna la búsqueda de valores que en lo individual y colectivo producen el orden de las particularidades que conforman lo genérico social.⁶

En este sentido, como resultado de la creación colectiva y personal, en la que los individuos son circunstancialmente libres de consentir que el hombre se reconoce a sí mismo, a la vez que se integra e identifica a un grupo, se contiene de manera trascendente un conjunto de explicaciones que en el caso de la salud-enfermedad y las prácticas curativas, se ligan al pensamiento y la acción de las significaciones más profundas de la existencia.

Frente a la enfermedad, el hombre experimenta la pérdida de dominio de sí mismo y en consecuencia despliega un conjunto de creencias sobre la vida y aquellas conductas que comparte con otros y que se rigen por esquemas conceptuales, modos y fines homogéneos. Creencias que persisten, porque no sólo se asumen, sino que se heredan y se significan, más allá de las transiciones sociales para seguir recreándose en la cultura popular. Por ello, conceden gran importancia a su función como parteras, la que dicen realizan con profesionalismo, pues aprendieron su oficio por transmisión oral (generacional), a través de la práctica diaria, e incluso algunas se atribuyen un don divino. Idea que se ratifica al persistir la creencia de que son elegidas por un ser superior que les otorgó los dones para

⁶ Carlos Zolla, Sofía del Bosque. La medicina Tradicional y enfermedad. México 1988.

ejercer ese servicio de esta manera, piensan que el hecho de no registrar complicaciones a la hora de dar a luz no constituye un mérito de ellas, sino se explica por la presencia de “Dios” quien asiste a las parturientas en este tipo de eventos.

Lo anterior se corrobora al afirmar que no obstante que su trabajo las ayuda económicamente, esto pasa a segundo término, pues es más importante para ellas cumplir con el designio para el que fueron elegidas; al apoyar a su comunidad, consideran que se da un intercambio de servicios. No obstante hay uniformidad en cuanto a sus honorarios, en la actualidad cobran \$500.00 por evento, aunque todas aclaran que les cubren sus honorarios poco a poco, generalmente no les pagan de inmediato porque la gente es muy pobre.

En este orden de ideas, consideramos que la trascendencia del papel que juega la partera, se explica si partimos de que la vida cultural se significa en los procesos y relaciones que se suceden entre la producción del conocimiento, las formas de comunicación simbólica y las prácticas concretas que de ello se derivan; basado todo esto en que, la relación del hombre con la naturaleza y con otros hombres, es el requisito que antecede la producción de una conciencia colectiva que da contenido histórico a una cultura y sentido de pertenencia a los individuos y que la estructura de cultura se nutre dentro de los márgenes de los elementos cognitivos sobre el mundo físico y social, de donde emanan los valores y creencias en torno a él y la repetición de actos que espacial y temporalmente se asumen individual y colectivamente a través de las costumbres y tradiciones.

La enfermedad como circunstancia productora de angustia, es una de las vivencias más instrumentadas por explicaciones racionales y manipulaciones de objetos que conforman verdaderos esquemas de acción; si bien, la forma de enfermar y morir se relaciona directamente con la forma de producir y consumir, el modo de responder a la enfermedad es una relación plagada de opciones contingentes, significa que el vínculo del hombre con la salud-enfermedad, está mediado por el conjunto de creencias, valores y signos que se han apropiado de la

cultura y que se objetivan por asimilación en las prácticas cotidianas, en tanto que ahí se manifiesta, su reproducción sin embargo tiene que ver con su accesibilidad en costo, tiempo y espacio y la eficacia con la que resuelven las necesidades de salud.

Con base en lo antes señalado, se deduce que el papel que desarrollan responde más a tradiciones y creencias que a formación técnica, ya que han adquirido experiencia por medio de la práctica; no obstante, casi todas se han visto en la necesidad de ampliar sus conocimientos en el Centro de Salud, “obligadas” prácticamente por el Sector Salud, el que a pesar de estar consciente de la importancia de su labor asistencial y de que la formación tradicional de las parteras las dota de experiencia práctica, considera que carecen de los conocimientos teóricos y técnicos indispensables para ordenar el evento del embarazo y para diagnosticarlo, elementos necesarios para auxiliar a las parturientas con calidad, condición mínima necesaria para garantizar los derechos de la mujer. Al respecto, las parteras piensan que sus funciones y las de los médicos se encuentran bien delimitadas, al mismo tiempo, les queda claro que la principal diferencia entre ambos, es la formación académica, según lo han podido notar, tanto durante los cursos de capacitación como en la práctica profesional, además de la forma en que atienden a la parturienta durante el parto. Pese a ello, afirman que para el sector salud las diferencias entre los que saben y las que nunca supieron, saben y sabrán lo suficiente, son insuperables; en consecuencia, los cursos recrean permanentemente las relaciones de superioridad-inferioridad, resaltan la distancia social y cultural entre médicos y parteras y reafirman las diferencias de status y prestigio; puesto que los médicos les enseñan a cuidar a las parturientas, les explican, les dan adiestramiento y en ocasiones las someten a exámenes de conocimientos. Mientras que las parteras estudian, practican y deben estar al tanto de lo que los primeros les enseñan. Ellas son consideradas las aprendices y los médicos los maestros-expertos que les transmiten el conocimiento que ellos poseen.

Agregan que se sienten muy orgullosas de mostrar lo que ellas practican, al acercarse sobre todo a aquéllas cuyas prácticas reflejan un apego mayor hacia la medicina tradicional indígena.

Por otra parte, no perciben los cursos de adiestramiento como un cambio radical de sus saberes, ya que éstos se centran básicamente en lo que el personal médico llama “metodología” y que desde su perspectiva no les apoya para realizar su trabajo en el domicilio de la paciente, pues entre otras cosas aprenden Integración de un expediente terapéutico; uso de determinados utensilios médicos (equipo) y arreglo de las sábanas, conocimientos que no aplican en la práctica diaria, porque ésta no es institucionalizada.

Aunque registraron como novedosa la visualización del desarrollo fetal y las técnicas de parto que, comúnmente, según su opinión, dependen de una infraestructura que no está a su disposición en los ranchos, en ocasiones la capacitación resulta contraproducente, pues cuando la partera cambia de manera radical la forma de atender los partos, las mujeres dejan de buscarlas porque consideran que ya no comparten creencias y costumbres; en otros casos manifestaron que en algunos momentos efectivamente se han sentido inferiores, ya que antes confiaban en sus manos para formarse una imagen del avance del embarazo y para detectar posibles complicaciones, pero a medida que se capacitaban empezaron a surgir dudas y reservas hacia las prácticas y métodos a que habían recurrido con éxito, durante mucho tiempo.

Es por esto que, las parteras en general están siempre dispuestas a aprender, prueba de ello es que han estado pugnando desde hace varios años, porque se cumpla uno de los acuerdos planteados en el Encuentro de Mujeres indígenas y salud sexual y reproductiva, que llevó a cabo en 1994, el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del estado de Oaxaca (CEMITO) – al que se hizo referencia en capítulos anteriores- y que consiste en la creación de una escuela de Parteras, en la que ellas mismas transmitan sus conocimientos y experiencias, para que no se aparten del sentido humanista, a la vez que sean avaladas por el sector salud.

Una escuela en la que se preocupen por conservar los valores como dedicar tiempo a sus pacientes, la importancia del contacto físico, transmisión de energía le llaman ellas y confiar en la naturalidad del evento del parto, así como comprender el potencial del cuerpo de la mujer para realizarlo de manera segura y en su propio discernimiento y su intuición.

En tanto que para otros profesionistas, el intentar transformar la práctica y usos de la partera, a través de la capacitación, repercute de manera positiva si se logra modificar las prácticas nocivas porque mejora la atención que otorga, pero si se transforman las prácticas psicológicas- biológicas-culturales, se ve alterada la relación y reconocimiento por parte de la comunidad.

En consecuencia, tanto a juicio de otros profesionistas como, por parte de la población, el introducirles ideas diferentes a través de la capacitación, hace que pierdan su identidad, ya que algunas, después de que asisten a capacitarse, utilizan medicamento de patente y dejan de lado la medicina tradicional, lo que las convierte en auxiliar de salud de segunda y eso la población lo interpreta como un etnocidio, porque pierden su cultura, y ya no la ven con el mismo respeto y confianza.

De esta manera, la capacitación se convierte en una disyuntiva para las parteras, pues por una parte, el sector salud les exige capacitarse para poder ejercer, y por otra, al ser capacitadas, en ocasiones la comunidad las rechaza, de la misma manera que al profesional médico, pues considera que pierden su identidad, y no entiende que ésta consiste en un intercambio de conocimientos, que tiene la intención de darles a conocer los riesgos a que exponen a las parturientas y a los productos, ante la carencia de formación especializada.

Es por ello, que la capacitación e incorporación de la partera al equipo de salud en un intento por transformar la práctica, tiene que ser debidamente planificada y más práctica que teórica, pues si se lleva a cabo de manera improvisada, se puede caer en un “etnocidio”, lo que trae consecuencias negativas, como el hecho

de ser rechazada como un personaje real, cuando a nuestro juicio ésta es una compañera médica, que puede ser aprovechada como un recurso local de atención, a la vez que actúa como líder de la comunidad.

Por otra parte, al capacitarse registraron como novedosa la visualización del desarrollo fetal y las técnicas de parto, a las que no es posible recurrir comúnmente, debido a que dependen de una infraestructura que no está a su disposición en las comunidades. Pese a esto, son capaces de pronosticar el sexo, lo que podríamos comparar con un aparato de (ultrasonido), así como otros recursos que han aplicado con los médicos para demostrarles la certeza de sus prácticas.

No obstante, no dejan de reconocer la necesidad de contar con un equipo mínimo de parto, no se diga técnico, sino agua, plástico, tijeras, perillas, algodón, bisturí para cortar el cordón umbilical y gotas para los ojos, a fin de evitar infecciones y otras complicaciones.

En este contexto los terapeutas y parteras tradicionales, han aparecido de manera espontánea del seno mismo de la comunidad para dar orientación y asistencia a su población, como una respuesta social ante sus necesidades. Es por eso que es considerada una mujer con mucha experiencia, cuyo quehacer no sólo se deriva de la cultura y religión de la región, sino también forma parte de ella y esto les permite identificarse con el sistema de creencias, costumbres, lenguas y tradiciones locales, mismos de los que es partícipe la embarazada o parturienta, a diferencia del ámbito institucional, en el cual la paciente es sometida a espacios, tiempos, rutinas y reglas ajenas a sus costumbres, por lo que se crea una barrera de incompreensión, temor y rechazo al sistema de salud.

A manera de conclusión, señalamos que:

Sin duda, la importancia de las parteras está determinada, por una serie de simbolismos y creencias enmarcadas en sus patrones culturales, basadas todas ellas en su idiosincrasia.

La partera es una solución a las necesidades de la comunidad, debido a que el sector salud no tiene la capacidad y el costo para dar una cobertura universal a las mujeres, mientras que la partera esta presente siempre que se le necesita. Además, por el trato humano, para los partos sin problemas puede otorgar mejor atención y de mayor calidad y calidez que en el sector salud, porque hay confianza y en ocasiones es el único recurso a la mano, por tal motivo tiene más presencia que el equipo de salud. Es decir, ofrecen asistencia médica, que el Estado no siempre brinda y suplen carencias en cuanto a atención, equipo y material durante el parto y el hecho de no contar con medicamentos, no es tan problemático para ellas porque por costumbre utilizan yerbas. No obstante, consideran que cada vez tienen más dificultades para ejercer su oficio, debido a que aun cuando el sector salud no satisface sus necesidades de atención, les exige capacitación para poderlo realizar. Una de las principales razones por las que el Sector Salud no reconoce a la partera es porque existe desconocimiento de todo el contexto social de ésta y de su comunidad, lo que provoca un alejamiento o resistencia por parte de este sector, porque dejan de lado la visión de la población indígena en cuanto al fenómeno salud- enfermedad, ignoran la cultura indígena y su interculturalidad lo que hace que las vean como competidoras que a pesar de ser inferiores a ellos, tienen mayor reconocimiento, el cual debiera ser aprovechado trabajando en conjunto y apoyándose en ellas como sus auxiliares.

Si el equipo de salud se preocupara más por comprender las manifestaciones culturales de esta población, podría relacionarse con la partera tomando en cuenta su contexto social con el fin de trabajar conjuntamente en beneficio de la comunidad, ayudándolas a organizarse, apoyar sus planes de trabajo, adecuando los servicios a las necesidades y características culturales y entablando un diálogo para complementar recursos y conocimientos lo que se dificulta a causa de la verticalidad y ausencia de políticas de las autoridades del sector salud.

Conforme a la información proporcionada, se puede deducir que las parteras van a continuar existiendo pese a la introducción de nuevos saberes, al sector salud y a algunos funcionarios gubernamentales, ello nos lleva a inferir que éstas continúan siendo un eje de cohesión importante, por lo que su influencia en los procesos encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población es fundamental.

Capítulo 4 LA PARTERA EMPÍRICA COMO PROMOTORA SOCIAL Lucina*

En el devenir de la sociedad mexicana los esfuerzos de los diferentes sectores comprometidos con el logro de un desarrollo armónico, equilibrado y justo han sido muchos pero los resultados muy limitados, así cada día grandes capas de la población experimentan niveles de vida más deteriorados, lo que condiciona la satisfacción de sus necesidades básicas y con ello el desarrollo de nuestro país. Ante ello, ciertos grupos se ven insertos en problemas latentes de una realidad social que presenta necesidades y demandas de un desarrollo social que fomente acciones de solución e integre estrategias y estructuras políticas comprometidas y responsables encaminadas a elevar sus niveles de vida.

Si se considera que el desarrollo social es el conjunto de estrategias y acciones promovidas por el Estado para elevar el nivel de vida de la población y así poder garantizar el bienestar social de los individuos que integran una sociedad, se estaría de acuerdo en que esto significa responder a las necesidades básicas de salud, seguridad, vivienda, educación, cultura y recreación, desarrollo urbano y servicios públicos. Además de atender problemas que por las consecuencias del mismo desarrollo y la compleja trama de las interrelaciones de la dinámica social se han convertido en prioritarios, ejemplo de ello son, la ecología y el medio ambiente, el transporte urbano, y la seguridad pública, entre otros de igual importancia. No obstante, si se toma en cuenta que América Latina y específicamente México, se han caracterizado por una economía deficiente y dependiente con un endeudamiento público profundo y sobre todo con planes de desarrollo que restan importancia a la política social ante la prioridad que demandan las fuerzas del mercado mundial, el desarrollo social se convierte en una de las más lejanas utopías. Situación que se refleja en las profundas desigualdades sociales y en la pobreza extrema que viven grandes sectores de la población. Ello ha provocado la falta de credibilidad, apatía y rechazo (en algunos casos con manifestaciones de presión y agresividad) ante cualquier iniciativa gubernamental, propiciando que la relación acción-pública-reacción social presente grandes fisuras.

4.1 Trabajo Social y Participación Social

A fin de destacar la importancia de la participación social en los procesos comunitarios, se considera pertinente, abordar la intervención del trabajador social en este nivel de intervención.

El concepto de comunidad proviene del latín *communis*, que significa hombres conviviendo juntos en un espacio, en el que comparten, convivencia, comunicación, unidad, entre otros. Por lo tanto, podemos decir que es un sistema de relaciones sociales en un espacio definido, integrado con base en intereses y necesidades compartidas.

Para Rosendo Escalante Fortón, una comunidad está constituida por un grupo de familias que disponen de un sistema integrado de instituciones sociales, que regulan la conducta de sus miembros¹; de modo que la distinción básica de una comunidad con otros tipos de clases de grupos reside en el hecho de que el individuo puede satisfacer dentro de ella, casi totalmente, el cúmulo de necesidades biológicas, sociales, culturales y económicas.

Ferreira, por su parte, señala que la comunidad "es una forma social de inserción del hombre en el paisaje y un tipo superior de convivencia en la cual el factor económico apenas aparece como uno de los elementos formadores. Su motivación, por tanto es más rica (que la gran propiedad). Es una forma de sociabilidad tan antigua como la especie humana"². Agrega Ferreira que la comunidad es un grupo localizado, los límites de su zona son tan amplios como la interdependencia existente entre los que la componen bajo los puntos de vista económico y social, y no se confunden necesariamente con los límites administrativos o políticos.

Anderson y Carter, definen a la comunidad como una población cuyos miembros se identifican conscientemente unos con los otros. Pueden ocupar un territorio común; se abocan a actividades en común. Tienen alguna forma de organización que indica una diferenciación de funciones, que permite a la comunidad adaptarse a su medio, satisfaciendo de ese modo las necesidades de sus componentes.

¹ Op. cit. Escalante Fortón, R. P.33

² Op. cit. Ferreira, F. P.35

Estos últimos pueden ser personas, grupos, familias y organizaciones dentro de su población y las instituciones que ella misma crea para satisfacer sus necesidades. Su medio es la sociedad en la que ésta existe y a la que se adapta (y también modifica), mediante el intercambio de energía y las otras comunidades y organizaciones fuera de ella e influyen sobre su funcionamiento.³

Así mismo, ubican a la comunidad como un sistema social cuya población se identifica por un sentido de pertenencia, es decir, que es consciente de sí misma y es parte de las identidades de sus pobladores, además señalan, está organizada en función de objetivos comunes, se adapta a su medio y establece y mantiene instituciones para satisfacer las necesidades de sus miembros y las del medio social.

Como parte de las funciones que se llevan a cabo en una comunidad, los mencionados autores, señalan: 1) el mantenimiento de una forma de vida o cultura; 2) la satisfacción de ambiciones, intereses y necesidades comunes; 3) satisfacer la necesidad de identidad social de las personas que la componen; 4) satisfacer las necesidades de su medio, como parte de un sistema económico y social más amplio.

A partir de las definiciones citadas, podemos definir a la comunidad como un microcosmos o unidad social, en donde sus miembros comparten referentes culturales y presentan problemas comunes. Se caracteriza por una red de relaciones que es constante y estrecha, no tanto en función de un área física compartida, sino más bien por la homogeneidad de rasgos y características socioculturales.

En consecuencia, el progreso de una comunidad esta determinado por la participación social, como una dimensión de la acción social cuyo protagonismo es trascendente en la construcción de una sociedad civil comunitaria y autosuficiente, es decir con identidad y arraigo social capaz de ser partícipe en los procesos de planeación, toma de decisiones y en la ejecución de acciones, lo que propicia que la población se involucre de manera activa y comprometida en un proyecto de desarrollo, producto de sus sentimientos de cooperación solidaridad y deseo constante de crecimiento y superación.

³ Op. cit. Anderson. E, R. el. Carter, p. 109

Por lo que la participación representa un compromiso e identidad con un fin social. Así, el papel relevante de la participación social en acciones de desarrollo comunitario, se centran en favorecer e impulsar en los diversos sectores de una localidad, una actuación social comprometida, basada en sentimientos de identificación y pertenencia a su lugar de residencia y en un sentido más amplio a la sociedad.

Ello demanda de encaminar la intervención del trabajador social, hacia el desarrollo en la población, de habilidades para la dirección y ejecución de procedimientos en torno a la gestión de requerimientos y recursos para resolver problemas compartidos y comunales, todo con base en procesos de organización social y en el conocimiento pleno de la realidad y el acontecer diario comunitario.

En este sentido, la participación comunitaria representa un proceso que lleva en sí acciones de sensibilización que propician cambios de actitudes y de responsabilidad colectiva, condición necesaria en la resolución de problemas y demandas comunes. El individuo se transforma en un sujeto protagónico, en la reconstrucción del espacio, en su entorno y su problemática cotidiana, a través de alternativas que promuevan la justicia y la igualdad social. La participación social entonces, es la razón de ser de un proceso comunitario, en virtud de que es una cualidad necesaria para propiciar e impulsar acciones colectivas y de cooperación para la atención de sus propios problemas y necesidades.⁴

Esto nos ha hecho reflexionar sobre la importancia de rescatar las políticas sociales y cómo el trabajador social, toma parte de este proceso, sustentado en su propia formación, basada en el análisis y reflexión para dar coherencia a las necesidades o decisiones que afectan o favorecen el crecimiento de la sociedad.

⁴ Silvia Galeana de la O, José Luís Sainz Villanueva. Estrategias de participación social para el desarrollo comunitario. Desarrollo Comunitario 1era Ed. Pp136-148

Y si por otra parte, partimos del hecho de que la salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación y alimentación, de lo cual están conscientes las parteras empíricas, es indispensable incorporarlas en este intento, como un recurso trascendente en la vida de la población, ya que nace de una necesidad universal que la lleva a interactuar con su comunidad, por lo que posee su propia dinámica social, lo que le permite generar mecanismos de organización, a partir de su incursión en el área de la salud reproductiva, incluso con el poder real de decidir sobre el embarazo, parto y puerperio, compartiendo así un compromiso con la población en torno a actitudes, valores y conductas que se transmiten de generación en generación, ello propicia que la población se involucre de manera activa y comprometida en un sistema de creencias, dogmas y ritos en cuanto a su concepción de la vida, de ahí que la partera se convierta en un líder nato, con gran influencia en los procesos sociales de su comunidad.

De esta manera, a partir de la influencia que tienen las parteras como promotoras sociales en la zona Huave, se considera un recurso humano fundamental para la promoción y fortalecimiento de los programas encaminados a lograr el desarrollo social y el cumplimiento de las políticas sociales, no obstante con base en la información asentada en el capítulo anterior, a nuestro juicio, es pertinente empezar por rescatar y fortalecer la función social de las mismas.

4.2 Propuesta y Aportación Social

La medicina social para Trabajo Social es la parte de la medicina que estudia los factores sociales que influyen en las cuestiones sanitarias, esto es, las relaciones existentes entre la salud y enfermedad del ser humano y sus condiciones sociales, patrones culturales y formas de organización social. Es una disciplina que afecta todo el saber y quehacer médico en tanto tiene en cuenta la influencia del medio social como factor importante en la aparición de determinadas enfermedades. En cuanto a tradición, es un compuesto de transmisión de creencias, ritos, costumbres, o hechos a través de las generaciones, de un pueblo que conserva a lo largo del tiempo. ⁵

Como tratamiento social, es introducida a la profesión de Trabajo Social por Mary Richmond, para designar el acto o proceso tendente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones así como el recurso que él, su grupo y su comunidad poseen, mediante la creación y estímulo de intereses hacia un mejoramiento social.

El goce del grado máximo de salud es reconocido por las naciones del mundo, como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Es decir, es considerada el pilar de las potencialidades del individuo, de esta manera, se traduce en el bienestar colectivo frente a las contingencias de la vida, al promover su bienestar la más completa expresión de sus potencialidades.

Corresponde al Estado impulsar el desarrollo de respuestas concretas para resolver los problemas sociales, mediante disposiciones encaminadas a mejorar la situación social, económica y jurídica, para lo cual la política social se enfoca a la atención de la alimentación, vivienda, educación, ecología y salud, como alternativas de acción tendentes al logro del bienestar social de su población.

⁵ Idem Pag. 30

Dicha responsabilidad se basa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁶, en especial en lo que se refiere a la atención de la población indígena, motivo del presente trabajo; específicamente, en los artículos 2º inciso B fracción V, 4º que a la letra dice:

Artículo 2º, La nación mexicana es única e indivisible.

La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican disposiciones sobre pueblos indígenas.

Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que forman una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

B. La federación, los estados y municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Colección Jurídica Esfinge, 2003. México, D.F., Pp. 3-5

V. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

Por su parte, el Artículo 4º, "Reconoce la composición pluricultural del país, así como el compromiso de proteger y promover el desarrollo de las diversas culturas que lo conforman.

En consecuencia, el Sistema Nacional de Salud adquiere un doble compromiso para mejorar la calidad de los servicios, a través del fortalecimiento en su coordinación y el impulso de su federalización. Esto es posible si se implementan estrategias y acciones específicas enfocadas a la educación y capacitación de los agentes de salud espontáneos y a la población en general.

En este sentido, los indígenas, al igual que los otros sectores de la población, requieren de servicios de salud con calidad y enmarcados en su contexto social y cultural. Es necesario ampliar la cobertura de las instituciones de salud para responder a la demanda requerida y contar con los recursos humanos capacitados y con experiencia para trabajar en las diversas regiones indígenas.

No obstante, la diversidad cultural de la población indígena en México es un reto para el desarrollo de las acciones de cualquier tipo de programas, sobre todo al definir las estrategias y los métodos adecuados para su implementación.

La medicina tradicional junto con las parteras, constituye la respuesta social más importante respecto a la enfermedad en gran parte de las comunidades rurales y podríamos afirmar que también en las zonas de escasos recursos, pues por lo general sus habitantes son de origen rural.

Partimos del hecho de que las mujeres son las encargadas de la reproducción y en ello distinguimos tres niveles: 1) la biológica- los hijos 2) la cultura, la socialización particular de cada uno de los hijos, en cada cultura y del conjunto que conforman la unidad doméstica y 3) la cotidiana, en la cual se articulan las dos anteriores y se renueva la fuerza de trabajo en un ámbito privado- familiar.

En las sociedades indígenas y campesinas, las mujeres junto con las parteras, han sido siempre protagonistas de la vida ritual ligada a la reproducción, obedeciendo a leyes ancestrales de relación con la naturaleza. Esto constituye un elemento de cohesión de la comunidad, garantizando la subsistencia ya que implica una memoria colectiva que une a cada individuo a sus antepasados, a la historia de su pueblo, a la tierra y al aprovechamiento de sus recursos. La vida ritual está estrechamente ligada al ciclo vida-muerte y mientras por un lado las mujeres determinan sus manifestaciones, la partera por otro, desempeña las ceremonias de iniciación a la vida de cada nuevo miembro de la comunidad.

De esta forma, el papel de las mujeres en la medicina tradicional no se agota ciertamente en el ejercicio mismo de la curación o atención médica, en muchas comunidades rurales y en menor grado en los espacios urbanos, mantienen vínculos no sólo con su grupo consanguíneo, sino también establecen relaciones significativas con gran parte de la comunidad, de la cual logran un reconocimiento. Esto les permite tener un cierto estatus de autoridad, pudiendo cumplir por ello un importante papel cohesionador en el seno de su grupo.

Uno de los aspectos principales del frecuente conflicto entre la medicina denominada tradicional y la medicina institucional, es el desconocimiento de la cosmovisión indígena respecto al proceso salud-enfermedad, por parte de los prestadores de servicio. La población indígena teme con frecuencia que sus conceptos acerca de la enfermedad no sean comprendidos o incluso sean rechazados por la medicina institucional.

La población indígena, sobre todo las mujeres, reiteradamente demandan información y orientación centrada en la atención perinatal, así como de servicios de planificación familiar. La solicitud de éstos se hace de manera restringida debido a la presencia de normas culturales, como el cumplimiento de las funciones sociales del matrimonio y la maternidad, ligada por supuesto al número de hijos en el núcleo familiar, mismas que se oponen a la aceptación de estas acciones.

Esta población a menudo es relegada, una muestra de ello lo constituye la Norma Oficial mexicana para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de julio de 1986 (anexo # 5) aplicada sólo en algunas regiones y de manera deficiente, y que desde esa fecha no ha sido revisada, menos aún actualizada; en el mismo sentido encontramos que los servicios de salud resultan cada vez más escasos para la población indígena, que con frecuencia busca otras alternativas para satisfacer sus carencias.

Una de estas alternativas, es la medicina tradicional, basada en las costumbres, ritos y tradiciones, que brinda a la población una respuesta social organizada, para la atención de las familias y sus comunidades. En este sentido, basamos la presente propuesta en el compromiso que el Estado adquiere a partir de la Constitución Mexicana, centrándonos en la práctica de la medicina tradicional, específicamente de la partera empírica, quien ejerce una gran influencia en la vida de la comunidad, como terapeuta socialmente reconocida, resultado de un largo y complejo proceso en el que intervienen elementos técnicos, sociales e incluso religiosos.

La importancia de fortalecer la función de las parteras e impulsar el desarrollo de programas de capacitación en un momento en que el país se encuentra en plena vía de desarrollo social y económico, más aún que se inserta en el mercado internacional que exige mayor calidad y competencia, se explica ante la insuficiente cobertura de servicios de salud, la falta de recursos económicos para ampliar estos servicios, así como la dispersión geográfica de la población.

Ello permitiría al sector salud cumplir con la responsabilidad que tiene en la atención a este sector de la población, conforme a sus características y a los patrones culturales que rigen en las comunidades, lo que determinaría la existencia de formas alternativas de atención a la salud y en específico de la salud reproductiva

En este sentido, la participación del Trabajador Social, encaminada a construir un puente entre la población encabezada por las parteras y el sector salud, reviste especial importancia, por el lado de las parteras, para promover el interés por seguirse capacitando en cuestiones básicas de atención del embarazo, parto, puerperio y de los cuidados del recién nacido, ya que se asocia a un número indeterminado de daños a la salud por falta de conocimientos teóricos para identificar complicaciones obstétricas y por el lado del sector salud, cuidar que el adiestramiento sea impartido por personal que conozca las costumbres y creencias de la población y en lo posible, las respete, proporcionando a las parteras las herramientas básicas a través de la capacitación.

De esta manera, para contribuir en el mejoramiento del cuidado y protección de la salud reproductiva de la población indígena se hace necesario considerar lo siguiente:

- Planear los programas de salud reproductiva en estrecha coordinación con las instituciones de salud.
- La atención del embarazo, parto y puerperio entre la población indígena, al igual que en otras culturas, es un proceso cargado de significaciones sociales y culturales que generalmente la práctica médica institucional desconoce y por lo tanto no comprende. Del mismo modo son importantes las características culturales de los prestadores de servicio al enfrentarse dos culturas, dos lenguajes, dos formas distintas de concebir el origen y explicación de la salud y la enfermedad y consecuentemente la variación en las formas de atención de este proceso.

- Conocer los rasgos culturales básicos que caracterizan el comportamiento reproductivo y las formas de entender la salud reproductiva de la población indígena.

El trabajador social deberá intervenir también, en todos aquellos factores que inciden en la salud, mediante programas comunitarios dirigidos a mejorar las condiciones insalubres del medio, que aumentan ostensiblemente los riesgos que devienen en lesiones neurológicas irreversibles para el niño o incluso en muerte materna y perinatal; así como en otros programas (educación, economía, etc.) encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población y destacar que es necesaria la reforma de algunos artículos de la Ley General de Salud, que logre responder y ofrecer alternativas que permitan el diseño de proyectos

Diseño de Proyecto

Función	Objetivo	Actividad	Estrategias
Investigar	Medicina Tradicional Parteras Ley General de Salud	Analizar la importancia del contexto social de cada comunidad	Obtener contacto directo con los terapeutas
Implementar políticas sociales	Reformar art. de la Ley General de Salud	Valorar las necesidades de los terapeutas	Asistir a reuniones con terapeutas
Promoción Social	Favorecer el bienestar de la partera	Adquirir un estímulo económico o especie	Que cada Municipio aporte este estímulo
Administración	Obtener subsidios para la partera	Exponer al Estado Federal las necesidades de la partera	Investigar los recursos económicos con los que se cuenta

Capacitación	Talleres	Uso de medicamentos y equipo	Informar como se aplica suero inyecciones
Organización	Crear futuros proyectos encaminados con la identidad social de cada partera	Conocer el contexto social de cada comunidad en la que habita	Integrar a cada organismo vinculado al proyecto en el conocimiento de sus tradiciones

Fuente: alumno. ENTS, 2008

Tomando en cuenta que la Ley General de Salud señala que el objetivo más amplio de la política de la salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y presentaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social en esta materia.

Entendida en un sentido amplio, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental, un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud es un elemento imprescindible de desarrollo y, en una sociedad que tiene como principios la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos.

Por lo antes expuesto, tomando en cuenta el compromiso para trabajo social y la intervención que realice en la Estrategia Parlamentaria de la Dirección General de Apoyo Parlamentario presento una iniciativa de ley, a nivel histórico la partera siempre ha existido son una respuesta inmediata a las necesidades en salud reproductiva ya que por la insuficiencia de cobertura de servicios de salud y la inaccesibilidad geográfica para las comunidades indígenas la atención médica institucional no representa una opción, por eso es importante que se reforme

ciertos artículos de la Ley General de Salud, para dar inicio a proyectos de identidad social basados en la importancia de terapeutas tradicionales, medicina tradicional en el área de salud.

Decreto por el que se modifican diversos Artículos de la Ley General de Salud:

Se adiciona: el párrafo segundo, tercero del artículo 58; se adiciona la fracción IV del artículo 61; se adiciona el artículo 62 Bis del artículo 62 ; se adiciona el párrafo I del artículo 64; se adiciona el párrafo primero del artículo 65; se adiciona el párrafo segundo, del artículo 68 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 58- La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I.....

II Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;

a) Aprovechar los recursos naturales de cada entidad, útiles o necesarios que enriquezcan el acervo farmacológico, como alternativas de salud.

III Incorporación como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

a) Incrementar la participación de terapeutas tradicionales como auxiliares en materia de salud, en comunidades indígenas.

IV.....

V.....

VI.....

VII.....

Artículo 61- La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprenden las siguientes acciones:

I.....

II.....

III.....

IV Incorporación de la Partera Tradicional como auxiliar en materia de salud reproductiva en zonas indígenas.

Artículo 62- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

62 Bis. Incrementar la participación de la Partera Tradicional como promotora en la prevención de la mortalidad materna e infantil en zonas indígenas.

Artículo 64- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

a) Considerar los conocimientos de la Partera Tradicional, adquiridos en la atención materno-infantil como alternativa en la prevención y atención oportuna para un mejor desarrollo y calidad de vida en zonas indígenas.

II.....

II.....

Artículo 65- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyaran y fomentaran:

I los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;

a) Promover programas específicos con Parteras Tradicionales en materia de salud reproductiva, que fomente alternativas en atención oportuna en zonas indígenas.

II.....

III.....

IV.....

Artículo 68- Los servicios de planificación familiar comprenden:

I.....

II La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

a) Relacionar la participación de la Partera Tradicional en zonas indígenas en materia de planificación familiar como alternativa en el ejercicio de sus prácticas.

Artículo Único: Se adiciona la fracción VII del artículo 96; se adiciona el artículo 50 Bis del artículo 50; se adiciona la fracción VIII del artículo 118, se adicionan las fracciones IX, X, XI, XII del artículo 6; se adicionan las fracciones XVI, XVII, XVIII del artículo 7; se adiciona la fracción XI, del artículo 27; se adiciona la fracción II del artículo 115; se adiciona el párrafo segundo del artículo 32 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 96 - La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.....
- II.....
- III.....
- IV.....
- V.....
- VI.....

VII Al conocimiento y aplicación de la medicina tradicional.

Artículo 50- Para los efectos de esta Ley se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores públicos, sociales y privados, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

50 Bis. Los Institutos Nacionales de salud promoverán la Creación de una Institución multidisciplinaria, centralizada y federal para el estudio, investigación enseñanza y promoción de los beneficios de la medicina tradicional.

Artículo 118- Corresponde a la Secretaría de Salud:

- I.....
- II.....
- III.....
- IV.....
- V.....
- VI.....
- VII.....

VIII Ejercer la protección y preservación de los Ecosistemas, como medio único para el uso de la herbolaria en la medicina tradicional.

Artículo 6- El sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I.....
- II.....
- III.....

IV.....

VI.....

VII.....

VIII.....

IX Proporcionar servicios de salud incorporando el uso de la medicina tradicional en consultorios adjuntos a las Instituciones de Salud en zonas indígenas para la atención a enfermedades mas comunes.

X Dar impulso a programas para el uso de la medicina tradicional para el desarrollo de la familia y de la comunidad así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

XI Apoyar la utilización de los recursos herbolarios en el uso de la medicina tradicional que propicien actividades sanitarias para mejorar la salud y el desarrollo satisfactorio de la vida.

XII Promover la modificación de los sistemas de salud Institucional por un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos de la medicina tradicional como alternativas para mejorar la salud.

Artículo 7- La coordinación del sistema nacional de salud estará a cargo de la Secretaría de Salud correspondiente a esta:

I.....

II.....

III.....

V.....

VI.....

VII.....

VIII.....

IX.....

X.....

XI.....

XII.....

XIII.....

XIV.....

XV.....

XVI Impulsar las actividades científicas y tecnológicas aplicada a la medicina tradicional acorde la realidad concreta de cada zona indígena.

XVII Coadyuvar con las dependencias competentes a utilizar métodos científicos y tecnológicos en la utilidad de la medicina tradicional.

a) Distinguir las plantas más usadas y reconocidas por uso, beneficio e inocuidad con las dependencias competentes en el área de salud.

XVII Mediante el conocimiento y uso de la medicina tradicional promuevan alternativas terapéuticas y culturales para fomentar la salud.

Artículo 27- Para los efectos del derecho a la protección de la salud se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I.....

II.....

III.....

IV.....

V.....

VI.....

VII.....

VIII.....

IX.....

X.....

XI Obtener elementos de curación en el acervo farmacológico en el uso de la medicina tradicional.

Artículo 115. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

I.....

II Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables;

a) Elaborar investigaciones nutricionales relacionadas con la herbolaria como una alternativa de alimentación.

Artículo 32- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Asegurar el acceso y difusión de programas de medicina tradicional en zonas indígenas para su debida aplicación, tratamiento y distribución.

Como dato relevante de los trabajos que H. Congreso de la Unión que viene realizando en este sentido encontramos que el viernes cuatro de Abril de el 2008 los Diputados ordenan Capacitar a Parteras,⁷ en el pleno de la Cámara de Diputados aprobó reformar la Ley General de Salud, a fin de que por primera vez el Estado mexicano esté obligado a capacitar a las parteras de las comunidades indígenas, los legisladores llegaron a la conclusión de que en las comunidades indígenas las mujeres siguen recurriendo a las parteras, por lo que aprobaron agregar otra fracción al artículo 64 de la Ley, a fin de obligar a los tres niveles de gobierno a implementar mecanismos para la educación y reconocimiento de la atención de las parteras indígenas.

Trabajo Social entiende que las diferencias étnicas, culturales, geográficas de usos y costumbres entre las comunidades a lo largo del país imposibilitan la creación de un programa global que capacite a las parteras sin antes haber realizado un estudio local.

Propongo que exista un programa a nivel global para el subsidio y creación de infraestructura a nivel federal de asistencia a las parteras en sus comunidades

⁷ Excelsior, Sección Nacional. Viernes cuatro de Abril de 2008, Pág.23.

PROYECTO

DESCRIPCIÓN	Se pretende contribuir en el bienestar de la partera
JUSTIFICACIÓN	La partera constituye una solución en materia de salud reproductiva que surge de la no satisfacción de ciertas necesidades básicas por parte de la Secretaría de Salud, es un recurso inmediato en tiempo y costo
FINALIDAD	Adquieran la infraestructura adecuada para el desarrollo de sus actividades, el estímulo económico o en especie por parte del Estado Federal
OBJETIVO GENERAL	Mejorar la calidad de vida de las parteras
OBJETIVO ESPECIFICO	<ul style="list-style-type: none">➤ Que el Estado construya consultorios en cada comunidad con servicios básicos (luz, agua, drenaje) de fácil acceso➤ Equipar el consultorio con instrumentos necesarios que logren cubrir las demandas de las parteras junto con la comunidad➤ Aplicar talleres prácticos en el uso del equipo y medicamento➤ Cada mes reciban un estímulo

	económico o despensas
METAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que el Estado beneficie y reconozca el labor social de la partera que desempeña en su comunidad en materia de salud ▪ Lograr que se fomente la continuidad del proyecto ▪ En cada consultorio exista el cultivo de la medicina tradicional usada por ellas ▪ Fomentar la prosperidad de su conocimiento en medicina tradicional ▪ Ejercer contacto directo con ellas para la creación de futuros proyectos
BENEFICIARIOS	<p>a) Directos: las parteras tradicionales</p> <p>b) Indirectos: habitantes de la comunidad</p>
PRODUCTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una comisión directiva que disponga de los recursos económicos y de seguimiento • Formar grupos multidisciplinario para el desarrollo del proyecto

Fuente: Betzabeth Jiménez Del Castillo. ENTS, 2008

CONCLUSIONES

- ❖ La partera constituye una solución para la satisfacción de las necesidades de atención a su comunidad, por esta situación, es respetada y reconocida por parte del sector salud, sólo con fines utilitarios, pues a pesar de que representa un apoyo para la atención de la salud que el estado no alcanza a cubrir, los organismos del sector salud no ayudan ni retribuyen de ninguna forma los servicios que éstas prestan a la comunidad.
- ❖ La partera empírica cubre una necesidad en materia de salud, pues el personal médico no alcanzaría a cubrir el servicio por sí solo y conforme a estudios realizados por el sector, más del 90% de partos en los últimos años, ha sido asistido por las parteras empíricas, quienes a la vez propician la cohesión y fortalecen la presencia ciudadana, al favorecer la reproducción de los valores y la cultura e influir en la salud reproductiva a través de la planeación natural.
- ❖ No siempre la identidad de la partera y de su comunidad es respetada por parte del sector salud, pues a menudo se le responsabiliza por el alto índice de muertes maternas, situación que se debe más a las condiciones de vida - pobreza, falta de servicios, la lejanía, desnutrición, la baja escolaridad -, ello ha permitido demostrar que la atención por parte del sector salud, no reduce el número de decesos.

- ❖ La principal dificultad que tiene el sector salud para trabajar con la partera y su comunidad es lograr sensibilizar y modificar percepciones y prácticas de los médicos institucionales.

- ❖ En la actualidad, en algunas zonas indígenas las parteras han sido desplazadas ante la introducción de otras medidas de atención en el parto, pero esto no ha sido posible totalmente debido a que este personaje representa una forma de identificación y valor en las comunidades indígenas, tanto a nivel individual, como familiar y colectivo, por tanto constituye un líder fundamental en los programas encaminados al desarrollo social.

- ❖ La población identifica a las parteras porque viven en la misma comunidad, comparten tradiciones y costumbres, respetan sus creencias, realizan una actividad económica similar y porque son mujeres, ya que a los esposos no les gusta que sean atendidas por hombres, es por ello que las unen sentimientos de agradecimiento y confianza.

- ❖ La partera comparte toda la identidad social, el confiarle el cuidado de una mujer, no es mera casualidad. A través de la historia ha sido la más cercana figura social, líder nata que cumple una serie de necesidades.
- ❖ Es el único recurso inmediato que surge de la no satisfacción en ciertas necesidades básicas y/o de la existencia de determinados problemas que afectan el desarrollo de su comunidad, es ella un recurso en tiempo, costo en calidez y confianza.
- ❖ Por medio de su acción social la partera se ajusta y adapta al medio en que vive en un intercambio armónico de normas, valores, ideas sentimientos etc; en el cual logra una integración con su comunidad.
- ❖ Su aptitud con la que cuenta en ser capaz, eficiente y eficaz en una situación le ha permitido ser un apoyo emocional para su comunidad, las mujeres se sienten valoradas, estimadas y amadas.
- ❖ La asociación de algún interés compartido la mantiene unida a la comunidad mediante un conjunto reconocido y aceptado de reglas que rigen el funcionamiento de la misma. Su ayuda, apoyo, auxilio y cooperación que presta es para satisfacer necesidades básicas o especiales, lo cual logra que la comunidad tenga un apoyo recíproco hacia ella.
- ❖ La cohesión social que representa en la relación con los individuos se encuentra vinculada en una comunicación de transmisión de creencias de herencia social de generación a otra, del producto cultural acumulado por una sociedad. El fenómeno social o hecho que representa se hacen patentes por sí misma en el ámbito de la vida en sociedad que son objeto de observación o de experiencia.

- ❖ Están concientes de que no se les puede responsabilizar de las muertes maternas, cuando acuden a ellas por lo regular las mujeres están anémicas y saben que al médico le sucede lo mismo, por lo regular tratan de no aceptar a mujeres que no atendieron desde el inicio del embarazo. para evitar este tipo de problemas
- ❖ El pago a su servicio va a las posibilidades económicas y a la cosmovisión de la comunidad generalmente su trabajo es de apoyo mutuo “yo te ayudo y después lo retribuyes” en invitarlas a comer, llevarles un presente (pollo tejido) una copa de acuerdo a la comunidad es el regalo
- ❖ Su trabajo es humano no tiene horario establecido hay igualdad, el ser buena es en el sentido de que no se enriquezca por su trabajo y abuse de la situación de las familias
- ❖ Respetan la forma y decisión de la mujer en como quiere ser atendida a la hora del parto, después dan un seguimiento de 8 días de visita para observar el desarrollo del bebe y la madre
- ❖ Aconsejan a las mujeres en no permitir que los maridos y la familia de este las maltrate, habla con ellos de los consejos y cuidados que debe tener así como de la planificación familiar
- ❖ Introducirles nuevas ideas se corre el riesgo de la aculturación, perder su conocimiento en medicina tradicional es robarles su identidad que la misma comunidad rechaza
- ❖ Existe aun el machismo en las comunidades indígenas, el esposo, suegro y la familia de este solo permite que la partera sea quien atienda a la mujer
- ❖ Capacitarlas seria intercambiar conocimiento en cosas prácticas y no tan técnico que imposibilitaran un seguimiento

ANEXOS

(Anexo # 1))

GUÍA DE ENTREVISTA

Partera

Nombre

Edad

Estado civil

Número de hijos

Tiempo de realizar su oficio

Escolaridad

Lugar de nacimiento y en donde vive

El costo de su servicio

Partos que atiende al mes

Principal actividad económica

Que es una partera

Como aprendió y quien le enseñó

Tiempo de realizar su trabajo

Cómo las identifica la comunidad

Número de parteras en la comunidad

Que las llevó a dedicarse a esta actividad

Cual creen que sea la razón por la que las mujeres y las familias acuden a las parteras

Características de las parteras

Prestigio del que goza la partera en la comunidad

Compromiso que tienen con la comunidad

Beneficios que tiene la comunidad al realizar ellas su oficio

Si consideran que dan confianza a su comunidad y cómo

Si consideran que son respetadas y reconocidas en su comunidad

Ventajas o desventajas de su oficio

Si creen que cumplen o cubren una necesidad en materia de salud, ¿por qué?

Costumbres y tradiciones en torno al evento

Sentimientos que comparten las mujeres embarazadas y las familias con ellas

Formas de organización para realizar su oficio

Intereses y necesidades más sentidas de usted junto con su comunidad

Como refuerzan los lazos de convivencia o amistad en su comunidad

Prejuicios que las identifican

Diferencia entre un médico y una partera

Relación que tienen las parteras con las Instituciones de salud

(Anexo # 2)

HISTORIA DE VIDA

Y como se hace una Partera.

Mi nombre es Adela, nací en 1915. Hace mucho que he estado agarrando barriga, ya tengo experiencia de una criatura en que forma viene, en qué estado se halla. Heredé esto de una tía, pero yo no estudié. Un médico que venía a hacer su tesis aquí, me dio clases y me explicó me dio un libro que me sirvió de mucho, a mí me llamó mucho la atención y, las palabras que yo no entendía, él me las explicaba, a veces lo acompañaba a ver señoras que él atendía y me explicaba cómo debía hacer esos trabajos. Así que a la edad que tengo, yo te conozco cuando es niña; porque las niñas vienen boca arriba y el varón viene boca abajo; a ellos les agarras la nuca y a las niñas la frente ¡claro que debes saber cómo agarras la panza! Yo sola atendí mis partos y curaba los ombligos de mis hijos, me arrimaba todo el material que yo necesitaba.¹

El rito que seguimos durante el parto:

Cuando la mujer llega a la etapa de transición (8-9cms) le dan un te de Cuanasana o Prodigiosa. Sirve para ayudar a abrir los huesos de la pelvis y que los dolores sean más intensos a medida que el bebé poco a poco se desprende. En un cuarto de litro de agua hirviendo se agarren tres dedos de la planta seca y entonces la tapamos para que repose por cinco minutos. Después se le da lo más calentito que se pueda sin dulce.²

Para sacar restos de placenta y prevenir hemorragias: cuando ya viene saliendo la placenta y cae el último pellejito, la revisa y ve que venga completa, le da de todas maneras Malabar. En un litro de agua hirviendo agrega cuatro hojas a que hierva 10 minutos y espera un poco, le da un vaso grande de la infusión calentita y le dice: no hables, le vienen entuertos y salen los coágulos o lo que se haya quedado. También prepara tintura de esta planta y en un vaso de agua les da, 30 gotas en agua caliente para dársela a tomar a la mujer, una vez que la placenta salió.³

¹ Entrevista por Claudia Cao Romero

² Doña Enriqueta Contreras, San Francisco Tutea, Oaxaca.

³ Partera. Doña Irene Sotelo, Tejalpa, Morelos.

Evaluación de resultados a Entrevista a tres Parteras de la Comunidad Mero Ikooc, Oaxaca

1. Que es una partera: Recibir a los niños, atender a las mujeres.
 2. Como aprendió y quien le enseñó: Aprendieron a través de la enseñanza generacional y por medio de la práctica.
 3. Tiempo que llevan realizando su trabajo: La media es de 15 años 1/2.
 4. Remuneración: Cobran 500\$.
 5. Número de partos que atienden al mes: Promedio 3 partos al mes.
 6. Como las identifica la comunidad: Habitan en la misma comunidad, comparten las tradiciones, costumbres y realizan la misma actividad económica.
 7. Número de parteras en la comunidad de San Mateo del Mar: Promedio 5 parteras.
 8. Porque eligieron dedicarse a esta actividad: Ambas cubren una carencia.
 9. Razón por la que las mujeres y las familias acuden a una partera: Por confianza y el trato que brindan.
 10. Características de una partera: Haber tenido hijos, ser una persona de confianza.
 11. Prestigio de que goza una partera: Son personas de respeto, apreciadas y confiables.
 12. Compromiso que piensan que tienen con la comunidad: De ayudar, orientar a las mujeres.
 13. Beneficios para la comunidad: Económico y asistencia de salud.
 14. Cómo se ganan la confianza de la gente: Las mujeres que soliciten su ayuda van a ser tratadas como hijas.
-

15. Porqué creen que son respetadas y reconocidas en su comunidad: Son escuchadas.
16. Ventajas y desventajas que tienen al realizar su oficio: Ventaja gozan de la confianza de las mujeres. Desventaja se desconfía de ellas y se les hace responsables del parto.
17. Si cumplen o cubren una necesidad en materia de salud: Sí.
18. Al realizar su oficio que es lo que más preocupa a las familias o las mujeres: Que todo salga bien, y que sean cuidadas.
19. Ritos que realizan durante el embarazo, parto y puerperio: Cuidar y vigilar a la mujer, no salir de noche ni a medio día, usar ropa blanca, enterrar la placenta y colgar el cordón.
20. Consejos más frecuentes que dan a las mujeres y a la familia sobre el embarazo: Que se alimenten bien, que no salgan de noche, que usen ropa blanca, que no carguen cosas pesadas.
21. Sentimientos que comparten con las mujeres embarazadas y las familias de ellas: Agradecimiento y confianza.
22. Tradiciones durante el evento del parto: Rezar, llevar al niño con el santo, y enterrar la placenta.
23. Forma de organización con la gente que recurre a ellas: Se nos busca y nos llevan con la parturienta.
24. Intereses y necesidades más sentidas de la comunidad y de la partera: Asistencia Médica.
25. Creencias que comparten acerca del embarazo, parto y puerperio; El tamaño y grosor del cordón indica el número de hijos.
26. Como refuerzan los lazos de convivencia o amistad en su comunidad: Manteniendo vigentes las tradiciones.
27. Diferencia entre un médico y una partera: El grado de escolaridad.
28. Actividad principal de su comunidad que comparten con las parteras: Vender pescado o el camarón.
29. Tipo de relación que establecen con el sector salud: Trabajan en la casa de salud.

Evaluación y resultados a personal profesional comisionado en la Zona Huave

1. Que es una partera: Agente y/o recurso de salud especialista en medicina tradicional, generalmente de sexo femenino que atiende el desarrollo del embarazo, parto, y puerperio.
2. Número de partos que atiende una partera al mes: La media es 10 al mes.
- 3-. De que manera la partera se identifica con su comunidad: Comparten su cultura, religión, valores, condición social y confianza.
- 4-. Características de una partera: Conocimiento, transmisión generacional, reconocimiento social, y confianza.
- 5-. De que prestigio goza una partera en su comunidad: Son Líderes, con alto status social.
- 6-.Razón por la que las mujeres embarazadas recurren más a una partera que a un médico: Confianza, aceptación cultural, calidez, seguridad, y por ser el único recurso disponible.
- 7-.Forma en que la partera beneficia a su comunidad: Cumplimiento en un servicio fundamental de atención medica, evitando la mortandad infantil, y su bajo costo.
- 8- Si piensan que las parteras son respetadas y reconocidas por parte del sector salud No son reconocidas por éste.
- 9-. Ventajas y desventajas que tienen las parteras y su comunidad al realizar su oficio: Ventaja atienden a domicilio, Desventaja riesgos y complicaciones durante el parto, pobreza, y falta de recursos.

- 10-. La partera cumple o cubre una necesidad en materia de salud: Si.
- 11-. Diferencia entre un médico y una partera: Presencia en el lugar de origen y los estudios y el trato más humano.
- 12-. La partera es una solución que satisface a su comunidad: Si.
- 13-. Si piensan que la partera realiza una labor social: Apoyo a las mujeres, a sus parejas y la cohesión colectiva.
- 14- Organismos del sector salud que "ayudan o retribuyen" a la partera y a su comunidad: De ninguna.
- 15-. Si influye la partera en la salud reproductiva: Promoción de planificación familiar.
- 16-. A que se debe el rechazo del sector salud hacia la práctica de las parteras: A que existe desconocimiento de todo el contexto social de la partera y su comunidad lo que provoca un alejamiento o resistencia por parte de todos los organismos del sector salud.
- 17- Dificultades que encuentran los médicos para trabajar con la partera y su comunidad: La desensibilización, resistencia a modificar sus prácticas, su ubicación geográfica, y falta de recursos.
- 18-. Dificultades que encuentran para intentar transformar la práctica y uso de la partera: Pérdida de conocimiento, la transformación de sus prácticas en perjuicio de la atención que otorga.
- 19-. Como definen a la partera los profesionistas que laboran en la región: Como un recurso de salud local.
- 20-. Si la identidad de la partera y de su comunidad es respetada por parte del sector salud: No.
- 21-. Si puede involucrarse el sector salud con la partera tomando en cuenta su contexto social con el fin de trabajar conjuntamente: Si, adecuando los servicios a sus necesidades, características culturales, y ayudándolas a organizarse para mejorar su calidad de vida.

Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso de gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuir a brindar una atención con mayor calidez.

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que se le corresponda.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas sí la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se responsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tiene difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

Para la correcta aplicación de esta norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica: para la información Epidemiológica, (Diario Oficial de la Federación del 7 de julio de 1986)

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aguirre Baztán Ángel Etnografía Metodología cualitativa en la investigación sociocultural Ed Alfaomega Boixareu marcombo. México 1995. Pp73-259
- 2 Aguirre Beltrán Gonzalo. Medicina Y Magia, El Proceso De Aculturación En La Estructura Colonial. Instituto Nacional Indigenista, Secretaría De Educación Pública. México. Colección, Sepini, Número 1.
- 3 Alatorre Javier, Careaga Gloria, Jusidman Clara, Salles Vania, Talamante Celia Y Townsend John, (Comité Coordinador De Gimtrap) Las Mujeres En La Pobreza. El Colegio De México Grupo Interdisciplinario Sobre Mujer, Trabajo Y Pobreza. Primera Edición, México 1994. pp. 217-233
- 4 Alvarado Neyra. Chupadores, Adivinos Y Parteras. Ojarasca, Revista Mensual. Núm. 2 Noviembre De 1991. Pp 23-24
- 5 Anzures Y Bolaños Ma del Carmen La Medicina Tradicional Mexicana. Ed. Dirección General De Educación Indígena De La Sep. México, 1981. Pp. 9-63
- 6 Aranda B Josefina . (Comp.) Las Mujeres En El Campo, Memoria De La Primera Reunión Nacional De Investigación Sobre Mujeres Campesinas En México. Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca, Instituto De Investigaciones Sociológicas De Oaxaca, Fundación Ford . México, 1985. Pp 346-377.
- 7 Arciniega Silva Ma del Rosario Antología Investigación social: procesos y técnicas Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Trabajo Social 4ª reimpresión 1998
- 8 Arteaga Basurto Carlos; coordinador. Desarrollo Comunitario. Escuela Nacional De Trabajo Social. 1era. Ed.2001.
- 9 Avilés Flores Margarita .Plantas Empleadas Por Parteras Empíricas Del Estado

- De Morelos. Tesis. Universidad Autónoma Del Estado De Morelos, Escuela De Ciencias Biológicas. Cuernavaca, Mor.1985.
- 10 Cao Romero Alcalá Laura .Los Silencios De La Salud Reproductiva Violencia, Sexualidad Y Derechos Reproductivos. Asociación Mexicana De Población La Fundación Johnd. Y Catherine T. Mac Arthur. México, 1998. Pp 193-195
 - 11 Castañeda Abanto Doris Teresa .Medicina Tradicional Y Desarrollo Rural: Plantas Medicinales Y Control Natal En La Colonia La Lagunilla, Cuernavaca, Morelos-México. Tesis. México, 1995.
 - 12 Conversando entre Parteras.Boletín trimestral sobre partería y salud de la mujer. No.1-20 de 1993 a 2001. México.
 - 13 Cuerno Clavel Lorena Esmeralda. Tesis Costumbres Y Creencias Relacionadas Con El Proceso De Gestación, Parto Y El Puerperio... México. 1989. I.N.A.H. Pp. 40-70.
 - 14 Dávalos Marcela. El Ocaso De Las Parteras. Cuicuilco, Revista De La Escuela De Antropología E Historia. Nueva Época, Vol. 2, Num. 6, Enero-Abril 1996. Pp 195-211
 - 15 De Asís Flores Y Troncoso Francisco. Historia De La Medicina En México. Tomo 1 Instituto Mexicano Del Seguro Social. México 1982, Pp 193-207
 - 16 Diagnóstico De Salud De La Población Indígena De México 1995-1998. Cap.7 Medicina tradicional. IMSS-Solidaridad. México, D.F.
 - 17 De Garay Graciela Cuéntame tu vida Historia oral: historias de vida Ed Instituto Mora Primera edición, 1997 México
 - 18 Diagnóstico De Salud De Las Zonas Marginadas Rurales De México Prioridades Y Resultados 1991-1999 Programa IMSS-Solidaridad, Primera Ed. México, D.F. Pp. 34-75
 - 19 Elu Ma del Carmen, Langer Ana .Maternidad Sin Riesgos En México. Primera

- Edición, 1994. Imes. Ac. Pp 10-164.
- 20 Espinosa Damián Gisela. Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Ediciones. El Atajo, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población; Universidad Autónoma Metropolitana. Marzo, 2000. México. Pp. 7, 217.
- 21 Estrada Lugo Erick .Plantas Medicinales de México. Universidad Autónoma Chapingo. Unidad de Estudios Etnobotánicos, Programa Universitario de Plantas Medicinales, Departamento de Fitotecnia. Ed. 4a, 1992. México.Pp.29-31.
- 22 Estrada Lugo Erick .Plantas Medicinales de México. Lectura para el Diplomado Internacional. Universidad Autónoma Chapingo. Ed. 2a, 1995. México. Pp. 71-72, 82-83.
- 23 Ito Sugiyama María Emily , Vargas Núñez Blanca Inés Investigación cualitativa para psicólogos Ed Facultad de estudios Superiores Zaragoza, Miguel Ángel Porrúa México 2005. Pp 17-104
- 24 Ley General De Salud Ed.S Ista. México, D.F.
- 25 Lozano Aceves Jorge Historia Oral Ed Instituto Mora Primera edición 1993 México
- 26 Flores Pérez María Janett. Recursos Vegetales Utilizados Durante El Proceso Reproductivo, Por Las Parteras De Xochipala, Gro. México 1990. UNAM. Facultad De Ciencias.
- 27 Freyermuth Enciso Graciela, Cristina Manca María .Luna Golpeada. Morir durante la Maternidad. Comité por una Maternidad sin Riesgo en México. 1era. ED. junio 2000. Pp 154-159
- 28 Freyermuth Enciso Graciela Médicos Tradicionales Y Médicos Alópatas. Edit.

- Centros De Investigaciones Y Estudios Superiores En Antropología Social. Pp. 85-89
- 29 Fundación Friedrich Ebert Stiftung. Medicina Alternativa, Del Autodidactismo A La Autogestión. Edit. Sedac. México, 1989. Pp 7-13.
- 30 Galeana de la O Silvia. Modelos de Promoción Social en el Distrito Federal. Escuela Nacional de Trabajo Social. 1era. Ed. 1996. Universidad Nacional Autónoma de México.
- 31 Gómez Bustamante Margarita Paola. Parteras Intermediarias Entre Lo Tradicional Y Lo Moderno. México, 2002. Universidad De Las Américas Puebla.
- 32 Héctor Hernández Llamas. La Atención Médica Rural en México 1930-1980. Colección Salud y Seguridad Social, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ed 1984. Pp 281-287
- 33 Kawas Castillo Celina, Venegas Emma. La Empírica De Salud En Honduras Y Su Comportamiento Hacia Las Prácticas Sanitarias. Revista Centroamericana De Ciencias De La Salud, 1978. Pp 141-155
- 34 La Investigación Científica De La Herbolaria Medicinal Mexicana. Edit. Secretaría De Salud México. 1993, Edición Conmemorativa. Pp. 118-270
- 35 La Partera Tradicional En La Atención Materno Infantil En México. Secretaría De Salud. Subsecretaría De Servicios De Salud. Dirección General De Atención Materno Infantil. México, D.F. 1994. Pp. 3-41
- 36 La Participación Comunitaria En Salud Experiencias Del IMSS En Zonas Indígenas Y Campesinas, Primera Edición. México, D.F. 1997. Pp.195-246 / 313-342
- 37 La Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas. Secretaría de Salud. Ed. 1era. Marzo, 1999. Pp.7-29
- 38 Leopoldo Vega Franco, Héctor García Manzanedo. Bases esenciales de la

Salud Pública. La Prensa Medica Mexicana, 3a ed. 1980. Pp 1-81

- 39 López Paz, Rico Blanca, Langer Ana, Espinosa Guadalupe .Género y Política en Salud UNIFEM, Secretaría de Salud. 1era ED. México 2003
- 40 Martínez Martínez Ana María, Hernández Saborio Patricia. El Embarazo Y Parto En Tepoztlan, Bajo Los Umbrales De La Religiosidad. México, 1998. I.N.A.H.
- 41 Mellado Campos Virginia Con La Colaboración De Mata Pinzón Soledad. La Medicina Tradicional De Los Pueblos Indígenas De México I, II, III. Edit. Instituto Nacional Indigenista Primera Edición, 1994.
- 42 Módena María Eugenia. Madres, Médicos Y Curanderos: Diferencia Cultural E Identidad Ideológica. Primera Edición 1990. Centro De Investigación Y Estudios Superiores En Antropología Social. Isbn. Pp 170-181.
- 43 Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Secretaría de Salud, 1993. Pp. 15-51
- 44 Ochoa Fernández Marta Patricia. Las Plantas Empleadas Por Las Parteras Del Ejido Guerrero "El Quemado". México, 1989. UNAM. Facultad De Ciencias. Pp 1-39.
- 45 Organización Panamericana de la Salud. La Salud Materna un perenne desafío. 1era. Ed.1993.
- 46 Pérez Taylor Rafael. Entre la Tradición y la Modernidad: Antropología de la Memoria Colectiva. Edit. Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés. 1 era, Ed. 1996. P.p 19 -269
- 47 Secretaría De Salud, Subsecretaría De Invocación Y Calidad, Dirección General De Equidad Y Desarrollo En Salud. Programa De Salud Y Nutrición Para Los Pueblos Indígenas. Coordinación De Salud Para Los Pueblos Indígenas. Pp. 9-33
- 48 Senties Yolanda. Las Parteras Tradicionales Y Las Posadas De Nacimiento.

- Examen, Una Publicación Por La Democracia, Año 2, Núm., 21. Edit. Comité Ejecutivo Nacional Del Partido Revolucionario Institucional. 15 De Feb. De 1991. Pp 13-14
- 49 Sepúlveda Jaime, Bronfman Mario, Embriz Arnulfo, Esparza Rafael, Gómez De León José, Lezana Miguel Ángel, Ortiz Mauricio, Sánchez Lourdes, Tapia Roberto, Zolla Carlos. La Salud De Los Pueblos Indígenas En México Edit. Secretaría De Salud, Instituto Nacional Indigenista. Pp. 33-46
- 50 Sieglin Veronika. Desarrollo Sustentable, Cultura e Identidad. Edit.Fondo Estatal para la Cultura y las Artes de Nuevo León. Ed, 2001. México. P.p 66-278
- 51 Tostado Gutiérrez Marcela. El Álbum De La Mujer. Antología Ilustrada De Las Mexicanas. Vols. I, II, III, IV. Ed. Instituto Nacional De Antropología E Historia. 1991.
- 52 Towler Jean, Bramall Joan. Comadronas En La Historia Y En La Sociedad Ed. Masson, S.A Barcelona-Madrid-Paris-Milano-Asunción-México, 1997. Pp 1-22
- 53 Viesca T Carlos. Medicina Prehispánica De México, El Conocimiento Médico De Los Nahuas. Edit. Panorama. Primera Edición 1992. México. Pp164-207.
- 54 Yáñez Solana Manuel Los Aztecas Ed. Edimat Libros, S. A Madrid-España, 1998.
- 55 Zolla Carlos, Del Bosque Sofía, Tascon Mendoza Antonio Y Mellado Campos Virginia, Con La Colaboración Maqueó Carlos. La Medicina Tradicional Y Enfermedad. Edt. Centro Interamericano De Estudios De Seguridad Social Ciess México, 1988. Pp. 11-57
- 56 [Http://Www/.Imss.Gob.Mx/Imss/Comunicación Social/Noticias/03070.Htm](http://www.imss.gob.mx/imss/comunicacion-social/noticias/03070.htm)