



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN PEDAGOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN FACULTAD DE
ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

*“EL PROCESO DE FORMACIÓN DE LA PARTERA: UN ESTUDIO
SOBRE LAS PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES DEL PARTO EN EL
MUNICIPIO DE TECOMÁN COLIMA”*

MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA

TESIS

Q U E P R E S E N T A:

TANIA CARRILLO IBARRA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PEDAGOGÍA

TUTOR: Dra. Leonor Eloina Pastrana Flores
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGON

MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Páginas.
AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.1. Lefebvre y la teoría crítica de las representaciones	21
1.2. El trabajo de campo	26
1.3. Instrumentos de investigación	31
1.4. El procedimiento de análisis de los datos	33
2. ATENCIÓN DEL PARTO Y LA SALUD MATERNO – INFANTIL EN EL CONTEXTO NACIONAL Y EN EL ESTADO DE COLIMA	 34
2.1. Atención del parto y la salud materna en el contexto nacional	 36
2.2. La salud materna en el estado de Colima	40
2.3. La mortalidad materna en el municipio de Tecomán, Colima	46
2.4. Modelo estándar de atención de partos	47
2.5. Modelo estándar de atención de partos en la región de Tecomán, Colima	50
2.6. Otras formas de parir en el Municipio de Tecomán	52
2.7. Las parteras de Tecomán	54
2.8. Reflexiones parciales	56
3. LA ATENCIÓN DEL PARTO COMO UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIOHISTÓRICA: la civilización del parto	 59
3.1. Las parteras en la época prehispánica	60
3.2. Las parteras precolombinas	63
3.3. Las parteras de la Reforma	66

3.4.	Las parteras durante la Revolución Mexicana	68
3.5.	La profesionalización del oficio de partera en México	71
3.6.	Reflexiones parciales	77
4.	LA CULTURA DEL PARTO Y SUS REPRESENTACIONES	80
4.1.	La institucionalización del parto como representación	83
4.2.	El parto en los hospitales	84
4.3.	La cultura y la representación del miedo	90
4.4.	El parto en las comunidades y su representación socio-cultural.	92
4.5.	La tradición cultural	94
4.6.	Reflexiones parciales	96
5.	LAS REPRESENTACIONES SOBRE ATENCIÓN DEL PARTO Y LA FORMACIÓN DE LA PARTERA	99
5.1.	El proceso de formación de la partera en el contexto de dos representaciones distintas	99
5.2.	Hacia una re-significación sociocultural del proceso de formación de la partera	102
5.3.	Reflexiones Parciales	103
	CONCLUSIONES FINALES	107
	BIBLIOGRAFÍA	113
	ANEXOS	121

DEDICATORIAS

*Dedico esta tesis a mis padres por enseñarme
a ser la persona que soy y de quienes admiro
su fortaleza de carácter a pesar de todos los problemas
que han enfrentado en su vida personal y profesional,*

A mis hermanos Víctor y Luis Antonio.

A Pablo mi mejor amigo.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial al Programa de Becas de posgrado del CONACyT, pues fue un gran estímulo para la culminación de este trabajo de investigación.

En el orden que mi memoria me permite, ofrezco de la manera más sincera los siguientes agradecimientos:

Por las facilidades que tuve para la realización del trabajo de campo, debo agradecer al Municipio de Tecomán, Colima. Al respecto, reconozco la enorme disposición y voluntad de parteras, médicos, promotores de salud y personal en general de los Centros de Salud de distintas comunidades, entre los que destaco a: Cerro de Ortega, O de la Madrid, Caleras, San Miguel del Ojo de Agua y Cofradía de Hidalgo. En especial a la comunidad de Cerro de Ortega, a todos aquellos que laboran en el Centro de Salud que se volvieron mi familia un año. A pesar de que seguramente tuve muchos traspies en un inicio para hacerme entender en cuanto a mis propósitos y su deseable trascendencia, ellos aceptaron colaborar sin reticencias y, cada que fue necesario, me dedicaron gran parte de su diaria jornada de actividades. A todos ellos gracias. Sus vidas e historias son el alma y la conciencia de esta Tesis.

Quisiera agradecer, por supuesto, a mi Comité Tutoral, que me permitieron mejorar esta versión final, enriqueciéndola de una forma u otra a través de sus observaciones, a la Dra. Teresa Barrón, la Maestra María del Carmen Flores Ceja, a la Dra. Elsa González, y la Dra. María Guadalupe Salinas, gracias por su disposición y comentarios.

A mi tutora la doctora Eloína Pastrana debo de agradecerle la libertad y confianza que me dio para tratarla, así como para trabajar mi propia perspectiva con una libertad perfectamente “acotada”, cuando así fue necesario; siempre respetando el sentido que quise darle a la Tesis. La sencillez de su trato y asesoría, es otra de las grandes enseñanzas con las que me quedo.

Al Dr. Sergio López Ramos por introducirme en el mundo de la investigación, sus más que demostradas cualidades como investigador, van a la par de sus extraordinarias cualidades humanas, siendo inspiración para muchos y modelo a seguir, en todos los aspectos, por los nuevos investigadores.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia, apoyo económico y moral recibido de mi familia, porque siempre están ahí para lo que sea. Sobre todo a mis padres por ser ejemplo de vida, y por fomentar en mí el deseo de saber.

A Pablo, Miguel e Israel, mis grandes amigos que siempre están ahí cuando se les necesita. Mi agradecimiento por su cariño y amistad incondicionales.

A mi madrina Tere y a doña Rosa "la motecha", por su ayuda, respaldo y complicidad.

Gracias.

INTRODUCCIÓN

Para atender a los procesos de salud y enfermedad, existen diferentes sistemas sanitarios de formación que cada sociedad o grupo social ha ido construyendo a lo largo de su historia, bajo condiciones sociales, económicas, políticas y culturales determinadas. En las sociedades latinoamericanas existen diversos modelos de atención del proceso salud-enfermedad, los cuales son considerados en forma aislada y hasta antagónica por el sector salud, en lugar de observar las estrechas relaciones que se dan entre esos modelos a través de la formación, las prácticas y representaciones de los sujetos que los utilizan. El sistema sanitario occidental llamado “hegemónico” se ha configurado a partir de una propuesta de formación médica particular: a los saberes biológicos, dando lugar a lo que se conoce como *modelo biomédico o biomedicina*¹.

El proceso de formación desde este modelo ocasiona, según Duarte, tres importantes consecuencias: “la racionalización y apartamiento de lo sensible, la fragmentación de los dominios y la universalización de los saberes, la interiorización y psicologización de los sujetos...” (Duarte, 1996:7). En relación a estas consecuencias surge una nueva concepción de la persona que coloca al individuo como valor supremo, transformación fundamental para que la biomedicina se pueda cristalizar como un modelo sobre el cuerpo y la enfermedad.

En el aprendizaje de la práctica biomédica se refleja la poderosa asociación que se estableció entre la biomedicina y lo “científico”; esta asociación es experimentada como una tensión, y por ésta los sujetos quedan colocados en una posición dividida entre lo que deben “hacer” para *saber* y lo que *sienten* al “hacer”.

¹ También llamada medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración, el cual se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Se le ha llamado también Modelo Médico Hegemónico (MMH) con el fin de designar el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido hegemónico proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de subalterno (Comelles y Martínez 1993: 85-87).

El Modelo Médico Hegemónico se refiere a la *“biomedicina, medicina alopática o medicina científica”* (Menéndez y Di Pardo, 1996: 20). Este modelo está aceptado socialmente como: *“La única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos”* (Menéndez y Di Pardo, 1996:59). Algunos de los rasgos estructurales que proponen los autores y que se reflejarán en nuestro análisis son: biologismo; eficacia pragmática; dominio de una orientación curativo-asistencial; relación médico-paciente asimétrica y subordinada; concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado; el paciente como consumidor pasivo; exclusión del paciente del saber médico; e identificación ideológica con la racionalidad (Menéndez y Di Pardo 1996:60; Menéndez, 1984:6). Este modelo está en continua evolución y aunque se le han planteado críticas, sigue en expansión (Menéndez 2005:47).

En el caso de la llegada al mundo de un nuevo ser además de un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural y educativo en donde cada sociedad proporciona las representaciones² que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo. De manera concreta el aporte de la presente investigación se basa en el hecho de hacer evidente la necesidad de una propuesta de formación educativa complementaria en el área de la salud, que integre y articule de manera real la práctica del parto hegemónica con la práctica tradicional.

El primer acercamiento al proceso de formación y sus representaciones de la partera proviene de mi experiencia como médico de servicio social en la localidad de Cerro de Ortega en el estado de Colima, en donde es muy visible como confluyen diversas representaciones de atención médica. Donde la partera es,

²Las representaciones corresponden a actos del pensamiento en los cuales un sujeto se realicen con un objeto. Ese proceso de relación no consiste en una reproducción automática del objeto sino en su representación simbólica.

fue y sigue siendo un actor significativo en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Esta investigación se centra en un determinado contexto de la sociedad occidental, concretamente en el Municipio de Tecomán en el estado de Colima, y tiene como objetivo conocer y analizar la propuesta de formación de las parteras a través de sus representaciones de formación de la partera y prácticas con las que se construye hoy el nacimiento, cómo son compartidas, activadas y experimentadas por los profesionales de la salud implicados. Tomando en cuenta que el embarazo, parto y puerperio como objeto donde se concretiza el proceso en el que se da el nacimiento; en donde sus prácticas nos permiten advertir cómo ha evolucionado a través del tiempo, los discursos y actividades educativas que se movilizan a su alrededor en cada etapa y contexto, en general son construcciones socioculturales históricas (Grimberg, 1998:25) que se van modificando por la influencia de otros procesos y no son solamente sucesos biológicos y físicos, sino que en ellos se pone en evidencia lo ambiguo de la interacción que en este caso sucede entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social.

La experiencia que experimenté, en la asistencia al parto como médico del servicio social en el Municipio de Tecomán, Colima en el ámbito hospitalario y en los centros de Salud, me ha permitido la proximidad con los procesos de formación de los y las profesionales, refiriéndome a médicos y parteras; también a los discursos y prácticas de ambos, situación que considero privilegiada para poder profundizar en el análisis estructurado de la presente investigación. Pero ha sido sobre todo el acompañamiento a las mujeres en sus partos en compañía de las parteras, desde donde surgió la reflexión de la necesidad de profundizar en el tema tras la escucha y observación de formas diferenciadas de significar la realidad y la experiencia del nacimiento y por ende el parto. Este ámbito me proporcionó un mayor acercamiento a todas las mujeres en cuyos discursos planteaban nuevas expectativas, proyectos o miedos frente al nacimiento; su relación con los y las profesionales de la salud, dudas, propuestas y prácticas en las que se percibían

receptoras pasivas de cuidados físicos, pero también agentes activos en su necesidad de participación en la programación de esta atención.

El nacimiento y en consecuencia el parto se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes que lo sustentan y en interrelación con el resto de los procesos sociales. Es propósito de la presente investigación, analizar los discursos y prácticas médicas y educativas implícitas actuales vinculadas con el nacimiento, y ver de qué manera en su interior se organizan y mantienen las diferencias y desigualdades históricas entre médicos institucionalizados y de las representaciones de formación de las parteras. Siendo el objetivo de esta investigación analizar e interpretar, los procesos de formación de médicos y parteras por medio del estudio de la práctica del parto, para hacer visible cómo esta formación tiene implicaciones en la salud de las mujeres y los recién nacidos, así como en la misma práctica.

En nuestra sociedad, el qué, cómo, quién y por qué cuidar el proceso del nacimiento, ha ido modificándose a lo largo de los siglos y conforme a la evolución social. De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo familiar con la ayuda y el apoyo en general de las mujeres, pasa a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico y que, por lo tanto, debe ser controlado. Cambiaría así, el lugar del nacimiento y sus actores y se irán introduciendo nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo que conducirán hacia maneras específicas de representarlo.

En el medio rural, respecto a la salud materno-infantil en infinidad de casos el único recurso médico es la partera comunitaria. Es un escenario conocido en el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de México, en comunidades menores de 2 500 habitantes, el 44.5% de los partos son atendidos por parteras comunitarias y, aún en comunidades más grandes (de 2 500

habitantes a 20 000 habitantes), la atención que ofrece es considerable (23.7%). (S.S.A., 2002)

Lo anterior se traduce en que actualmente en nuestro país y concretamente en Colima existen diferencias socio-económicas y culturales, situación que se refleja claramente en la asistencia médica, hay quienes gozan de los adelantos de la ciencia y las mejores instalaciones hospitalarias, así también como de los mejores especialistas. Pero al mismo tiempo existen también grandes sectores sociales viviendo en situaciones, técnicas y procedimientos de siglos atrás y en regiones, donde la agricultura ha alcanzado mejores índices de productividad y desarrollo estos grupos disponen de mejores condiciones de trabajo salarios remunerativos y asistencia educativa médica y social. En contraste hay grupos que viven en condiciones precarios sin los servicios asistenciales indispensables.

En este sentido, el estado de Colima es un claro ejemplo de las diferencias socio-económicas y culturales, ya que durante el 2007 fue declarado el estado con el primer lugar en calidad de vida,³ cabe señalar que el área rural no goza de estos privilegios económicos, simplemente en el aspecto de la salud, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 el 25.8 % de la población no cuenta con protección en salud. Aunado a esto en el área rural mexicana, la probabilidad de presentar riesgo para la salud reproductiva es elevada, debido a las precarias condiciones socioeconómicas que prevalecen, y la insuficiente cobertura, difícil acceso y dudosa calidad de dichos servicios.

Es por esto que la cobertura que ofrecen las parteras, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad mixta de sus conocimientos y sus representaciones, en donde se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina institucional, las convierten en personajes claves para mejorar la salud y educación reproductiva de las mujeres en México.

³ Revisar <http://www.registrocivil.col.gob.mx/noticia.php?ib=21743> en línea

La partera en las comunidades rurales, tiene siempre la capacidad de afectar un programa que incluya acciones de salud y de educación, ya sea para favorecerlo o para obstaculizarlo, pero nunca está ausente su influencia de ahí la importancia de formar a personas de las comunidades, personas que sean respetadas y conozcan a profundidad el contexto en el que van a trabajar. En este sentido, tendríamos que subrayar el papel transformador y educativo que pueden adquirir las parteras, quienes van a ser las que tengan que poner en práctica la mayoría de los conocimientos, ya que cuando hablamos de educación para la salud, en muchos casos, vamos a tratar asuntos relativos al embarazo, al parto y a otros aspectos de salud reproductiva y el quehacer educativo como es la planificación familiar y prevención de enfermedades.

Atendiendo a la educación para la salud haremos referencia a la educación por sí misma como un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida de los individuos y se da en diferentes maneras dentro de la vida en sociedad. El individuo adquiere su educación dentro del sistema formal de enseñanza pero también en una variedad de formas fuera de este sistema. En su experiencia de la vida diaria y en su interacción con otras personas adquiere un bagaje de conocimientos y habilidades a lo largo de su vida. Por lo tanto, enseñar no es una actividad de patrimonio exclusivo de los educadores profesionales. Por el contrario, son muchas las profesiones que incluyen considerable componente educativo en su labor con la comunidad, (Duran, Gonzales, L., Hernández, M. Díaz, L y José, Becerra 1993:2). En el campo de la salud se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones.

Estas mujeres junto con los servicios de salud, son un elemento central de los proyectos de educación para la salud, pues juegan el rol de líderes comunitarios capaces de manejar las problemáticas de salud más comunes. Se han convertido, en el elemento articulador de la atención entre la comunidad y los equipos institucionales de salud.

Ante el auge explosivo de la cesárea en los hospitales como el camino más fácil para dar a luz, esto sin tomar en cuenta las implicaciones que cualquier procedimiento quirúrgico conlleva, los factores que favorecen la alta demanda de este procedimiento por una parte, aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud o al entrenamiento de éste, por la otra, las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, ya que la poca información en torno a las posibles complicaciones favorece el que este procedimiento quirúrgico sea visto como una forma de parto sin dolor. Por otro lado las parteras tradicionales han sido relegadas, aun cuando sus conocimientos y prácticas de acompañamiento son requeridos en las zonas y comunidades más pobres del país. Mientras que las cifras sobre la práctica de cesáreas aumentan, y se calcula que se practica hasta en 80 por ciento de los nacimientos en México, la partera ni siquiera es reconocida como profesión.

Es de llamar la atención a simple vista en los hospitales el incremento en el número de cesáreas y en consecuencia preocupa que muchos médicos ya no saben o no se creen capaces de atender partos naturales, incluso en hospitales prestigiados para la población abierta, en ocasiones no se lleva a cabo el parto normal porque los residentes están aprendiendo a realizar cesáreas, aunque estas muchas de las veces no estén debidamente justificadas, convirtiéndose en casos de falta de ética médica y teniendo como consecuencia altos niveles de mortalidad perinatal.

Tanto desde las parteras como de los médicos que ofrecen la atención del parto, ha sido necesario construir una distancia objetiva desde la cual realizar el análisis de las diversas problemáticas de salud reproductiva y sus vínculos con los procesos de formación que se dan en estos espacios institucionales, a través de un estudio de caso, de tres comunidades representativas del municipio de Tecomán en el estado de Colima, donde se pretende proponer un modelo de intervención que integra de manera complementaria los saberes y recursos tradicionales de la salud y medicina tradicional de las parteras, con el conocimiento y terapéuticas de

la medicina occidental. Es así que se pretenden destacar y comprender los factores culturales que se subscriben en las prácticas en salud reproductiva de dicha región.

En este sentido es importante destacar que cuando se han aplicado los conocimientos científicos al cuidado de la salud, la visión científicista ha predominado sobre otras posibilidades de ver, concebir y atender la salud y la enfermedad, negando que, cuando se trata de salud, podemos ser enfocados y abordados de diferentes maneras y no exclusivamente desde la visión científica del modelo médico hegemónico, a través del cual se ha pretendido homogenizar las formas de procurar la salud y atender la enfermedad, privilegiando los esquemas rígidos y ahistóricos que han derivado en una visión abstracta de la problemática de la salud, desligada del contexto de la diversidad cultural (Gadamer, 1996).

En el ámbito de la salud, la complejidad multicultural, nos obliga a defender la pluralidad de formas de ver la salud, más que privilegiar los esquemas homogeneizadores abstractos. En otras palabras nos invita a integrar con legitimidad y validez histórica la capacidad de acción en esta área, así como el caudal de conocimientos y prácticas tradicionales, en un todo social políticamente ordenado.

La medicina tradicional es un sistema de conocimiento que responde a una lógica y criterios de racionalidad basados en su cosmovisión del mundo, validados y transmitidos de generación en generación por mecanismos propios de la tradición cultural, a partir del cual estos grupos étnicos formulan su concepción y representaciones del proceso salud – enfermedad, las causas asociadas y las estrategias terapéuticas (Campos Thomas, 2000: 87)

Cabe destacar que en estos espacios institucionales interaccionan diferentes lógicas médicas derivadas de formaciones distintas que se manifiestan en diferentes actitudes y prácticas hacia la preservación de la salud. Sin embargo, en este trabajo más que destacar dicha heterogeneidad me interesan más los rasgos

formativos y culturales que nos permiten considerarlas en su conjunto como expresión de una civilización o proyecto civilizatorio (Norbert Elias, 2009). Aun cuando se tienen políticas nacionales de salud donde se promueve el respeto hacia la pluralidad de la formación en el área de la salud, resulta interesante observar como los diferentes modelos de atención médica se vinculan con diferentes consecuencias y resultados significativos.

“Existe en México una amplia gama de prácticas médicas y, por lo tanto, muy variadas relaciones entre los pacientes y los recursos médicos; más que una dicotomía entre medicina tradicional y medicina moderna, se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional, y la medicina privada, a través de sus agentes: médicos, cirujanos, homeópatas, hierberos, parteras, etcétera. Asimismo, el hecho de que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Servicios Coordinados de Salud estatales, la medicina privada, la tradicional y la doméstica intervengan separada o conjuntamente, da lugar a un complejo escenario donde se perfila claramente un sistema mixto de atención a la salud.
(Castañeda – Comey, 1992)

Esta política responde a la crisis del sistema médico hegemónico la cual se profundiza más, debido a que este modelo de salud se basa en una enorme y costosa estructura muy difícil de sostener en la actualidad. Los servicios en nuestro país se ven agravados actualmente por la política económica del estado al reducir el gasto público, en particular el de la salud, esto aunado al evidente fracaso de los programas y planes de los servicios de medicina preventiva y en consecuencia de un proceso educativo a favor de esta tarea.

Desde siempre es bien sabido que las parteras y médicos tradicionales al formar parte de la comunidad, la cultura y sus tradiciones locales gozan de gran consideración y aceptación social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de sus localidades. Ya que constituyen uno de los recursos con los que cuenta la población para la atención del embarazo y otras cuestiones de salud.

A partir de este panorama cabe determinar las razones de la atención del embarazo, por una u otra práctica médica. Al respecto, deben tomarse en cuenta factores económicos, sociales, culturales y educativos que influyen en la derivación, de éste quehacer. En este contexto, el seno familiar, es el remitente, el que formula el primer diagnóstico y la primera acción terapéutica. La práctica médica en estos espacios institucionales, demuestra que los usuarios suelen demandar servicios en más de un ámbito médico, ya sea para pedir otra opinión médica o para aprovechar los distintos espacios de salud que se ofrecen en la región ya sean públicos o privados.. Cabe señalar que en regiones muy alejadas de los centros urbanos, muchas veces la medicina tradicional es la única opción con que cuenta la población para enfrentarse al binomio salud enfermedad. Algunos especialistas estiman que, por lo menos, 20 millones de habitantes emplean esta opción médica, como única posibilidad.

Otro punto medular respecto a la derivación de uno u otro sistema médico se debe a que las parteras son el grupo de terapeutas tradicionales de mayor importancia numérica en México y el único que ha sido objeto de formación médica a través planes y programas institucionales de salud.

De igual manera que en otros países como Asia y Centroamérica, el papel de formación de parteras tradicionales o de la creación de la obstetricia como especialidad médica se sigue favoreciendo, debido a que la mortalidad materna continúa representando un importante problema de salud pública a pesar de los innegables avances que en esta materia ha tenido en éstos países en los últimos años.⁴

La política propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años setenta se dirigió a formular programas integrales de atención a la salud con la participación de las parteras tradicionales. Esta política fue retomada por México y a partir de entonces se estableció una relación entre la medicina tradicional y el sistema médico mexicano. En 1973 el Estado señalaba que era necesario

⁴ Lozoya X. Medicina Tradicional México, D.F.: CEESTEM-IMPEPLAM, 1980; 3 (10):67.

establecer un programa nacional de salud con niveles de atención definidos, en los cuales el primer escalón de la periferia hacia el centro estaba ocupado por las parteras empíricas, adiestradas como promotoras de salud.

Cómo parte de las políticas de modernización sanitaria, el Estado mexicano empezó a organizar desde la década de los años setenta, cursos de capacitación orientadas a parteras tradicionales. Sin embargo estos talleres de adiestramiento no pretendían conservar y mejorar los servicios que las parteras tradicionales prestaron a las mujeres embarazadas y parturientas en comunidades rurales, sino integrarlas a nuevos campos de acción. A través de la capacitación se intentaba, refuncionalizar a la figura de la partera tradicional, de tal modo que desapareciera a mediano y largo plazo.

El trabajo de las parteras se planteó como un modelo de atención sustitutivo, pues se pensaba que combatir al personal empírico sin estar en posibilidad de reemplazarlo significaba privar al pueblo de una atención “de calidad discutible”, aunque era la única al alcance de las comunidades, por lo que podía ser “mejorada” por medio del adiestramiento y la supervisión (Arias, 1973).

En ese momento, las parteras se volvieron el enlace de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar con las comunidades, ya que éstos habían sido aceptados rápidamente en los centros urbanos, pero no en las zonas rurales. Esta falta de aceptación implicó adoptar una nueva estructura vinculada directamente con el ámbito comunitario y crear programas específicos de formación de parteras comunitarias para incorporarlas a la atención materna.

Todos estos procesos implicaron transformaciones en los discursos y en la visión que se tenía del trabajo de las parteras. Pero la relación de las instituciones con ellas no estuvo exenta de contradicciones, pues si bien se reconoció que las parteras eran un nexo indiscutible con las pequeñas comunidades, sus conocimientos y prácticas siguieron siendo devaluados y atacados por las mismas instituciones. Algunas de ellas ejercen su trabajo fuera del sistema médico mientras que hay otras que están haciéndose un lugar dentro de él. La sola

existencia de estas parteras tímidamente activistas constituye una crítica a la medicina mexicana y a sus altos índices de cesáreas. Sin embargo, estas mujeres se ven enfrentadas a una larga lucha para definir sus identidades, legalizar sus prácticas y generar un espacio sostenible dentro de la emergente tecnocracia mexicana. Para su mayor consternación, esta lucha tiene que llevarse a cabo dentro del contexto de la desaparición cada vez más notable de las parteras tradicionales a las que quieren ofrecer su apoyo.

La tensión que sienten entre su deseo de preservar la partería tradicional y el de crear la partería profesional es un tema recurrente. Estos objetivos se complementan y a la vez chocan entre sí, aunque ambos son fundamentales en los esfuerzos que hacen las parteras en la articulación de la identidad.

Desde esta perspectiva, Sieglin (1996b, 1998) analizó la racionalización de la tradición cultural en cuatro áreas estrechamente relacionadas: la medicina doméstica, la cultura del parto, la organización del puerperio y el desplazamiento de la lactancia natural. Sostuvo que estos procesos se intensificaron justo cuando la población rural accedió, poco a poco, a los servicios médicos modernos, por lo que la invalidación de la cultura médica tradicional se liga estrechamente a la interacción de la población rural con médicos y enfermeras. En donde los integrantes de las mismas comunidades rurales son quienes llevan a cabo la racionalización cultural a través de las representaciones sociales mediante el cuestionamiento de la tradición y propugnando y defendiendo su paulatino abandono.

Según Habermas (1992), esta función es ocupada por las instituciones modernas. Su teoría se centra en tres tesis: a) la evolución es resultado del aprendizaje social; b) las instituciones y los movimientos sociales constituyen los espacios directrices del aprendizaje social; c) las estructuras normativas y las estructuras de racionalidad conforman el contenido de la “evolución social”. Por su parte, el aprendizaje social abarca dos grandes campos: el saber técnico-instrumental y el práctico-moral. En vista de que únicamente los individuos socializados, mediante su sistema de personalidad, son sujetos del aprendizaje, los sistemas sociales

construyen espacios (instituciones y movimientos sociales) donde concentran el potencial cognitivo necesario para la elaboración de alternativas, y desde donde instrumentan y dirigen los procesos de aprendizaje (Habermas, 1992:120,148). Partimos del supuesto de esta heterogeneidad “cultural” del escenario en donde se desenvuelven nuestros actores y, no sólo por pertenecer a grupos o posiciones diferenciadas que les proporciona formas variadas de interpretar la realidad (Bourdieu, 1988:33), sino además por las diferentes ideologías o tendencias con las que se pueden identificar en el amplio abanico de la oferta cultural.

En este contexto la presente investigación se encuentra organizada en cinco capítulos el primero que busca dar un panorama general de cómo se construyó el trabajo dando énfasis al uso de la teoría y a su trabajo de campo. En el primer capítulo se construyen las bases teóricas para acercarse al análisis de la relación entre civilización, representación social y el proceso formativo de las parteras como fenómeno de aculturación y modernización, así como la construcción del objeto de estudio a partir de su metodología; El segundo capítulo pretende analizar el proceso del parto como objeto de conocimiento y sus implicaciones y políticas, culturales y educativas; El tercer capítulo pretende ubicar al lector en el contexto de como ha venido evolucionando el objeto de estudio como una representación y cuál es su situación actual.; el cuarto capítulo hace referencia hacia el debate en que se encuentra circunscrito el proceso formativo de la partera. Por último en el quinto capítulo se destaca el análisis de resultados y sus implicaciones teóricas para el campo de la medicina y la educación para la salud. En el apartado referente a las conclusiones se busca destacar algunos elementos generales para evidenciar la necesidad de una propuesta de intervención.

I. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Considerada la investigación como un proceso de búsqueda que tiene como finalidad llegar a una explicación y comprensión de una realidad específica delimitada por un tiempo y un contexto concreto la intención de este apartado es documentar el proceso de construcción de este trabajo destacando la idea de que es posible la transformación de esa realidad a través de los parámetros de la investigación interpretativa-cualitativa que propone Erickson (1993), de manera que permita aproximarnos a entender la racionalidad en que operan y en la que participan los grupos sociales frente a las prácticas del parto y sus distintas representaciones.

En razón a que este trabajo de investigación sobre el estudio de los procesos de formación en las parteras y médicos, su impacto en los procesos de enfermedad/atención/salud de los pacientes quienes acuden con ellos, se utilizará una perspectiva cualitativa. La elección de la Metodología Cualitativa corresponde a que se presenta como la alternativa más apropiada para llevar a cabo los objetivos propuestos a través de la realización del trabajo de campo, ya que permite rescatar de manera provechosa las acciones, percepciones y aproximaciones de los discursos de los distintos actores relevantes en esta investigación. Apuntando a comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de la partera, con una visión más particular de este actor comunitario.

Una de las características de la metodología cualitativa de carácter interpretativo es que la recolección de datos se realiza desde una perspectiva “emic”, esto es desde los discursos de los propios actores informantes investigados. Desde esta perspectiva se reconoce que el actor *“tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de dicho actor”* y que *“la realidad debería ser descrita y analizada a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo la perciben, de cómo viven su realidad”* (Menéndez, 2000:316). Es desde estas

teorías que se tiene acceso al relato de primera mano de actores involucrados en esta investigación, de cómo interpretan y perciben los sucesos del nacimiento, los supuestos reales o ideales respecto a él unido a cómo lo experimentan y las prácticas que llevan a cabo.

También es importante mencionar que la metodología cualitativa permite abordar la problemática de investigación desde una visión más integral. Entendiendo en este caso, la figura de la partera como un agente central de la interacción de la institución sanitaria con la comunidad. Lo social, cultural y económico no son ámbitos distintos y autónomos de la vida humana, sino partes del continuo de todos los procesos sociales.

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

1.1. Lefebvre y la teoría crítica de las representaciones

El estudio de las representaciones en América Latina se ha movido en dos grandes tradiciones divergentes: la postura anglosajona denominada cognoscitivist, representada por Moscovici (1979), Jodelet (1989) y Abric (1994); y la postura francesa denominada simbólica defendida por Lefebvre (1983).

La forma de conocimiento que cotidianamente utilizan los sujetos para explicar y dominar su entorno es el saber del sentido común, que una vez comunicado, y consensuado, se convierte en una forma de pensamiento social. Esta perspectiva, es la que sostienen los teóricos del representación social, y que como teoría es

considerada como una teoría social del conocimiento que permite explicar a la vez, los procesos cognitivos y sociales por los cuales se construye la realidad.

No existe una definición única y acabada de lo que es la Representación, debido a que se trata de una teoría cuyo fundador y principal representante es el psicólogo social Serge Moscovici, quien no ha estado de acuerdo en elaborar una definición que pueda dar la impresión de ser un concepto terminado, por lo que prefiere dejar abierta la posibilidad de significado conservando el carácter dinámico del mismo.

Sin embargo en su obra *El Psicoanálisis, su imagen y su Público*, Moscovici (1979) afirma que:

“la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”, es también un “corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (Moscovici, 1979 p.17-18).

Una de las definiciones más completas quizá sea la de Jodelet (1986):

“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos las operaciones y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás” (Jodelet 1986 pp. 474-475).

La teoría crítica de las representaciones es una teoría joven según Calixto (2008, p.56) que se encuentra en proceso de formación, que ha logrado generar varias líneas de investigación según se advierte en la reuniones internacionales de investigación que se vienen realizando en diferentes países del mundo.

Considero que para efecto de este trabajo, la propuesta de Lefebvre, es muy importante porque es una obra de carácter filosófico, más cercano a la pedagogía en el sentido que permite analizar la práctica educativa en general y el de las instituciones en particular con un sentido amplio de carácter totalizador que nos posibilita dar cuenta de la gama amplia de elementos que entran en juego en la realidad cotidiana de estos espacios formativos.

En la actualidad, las representaciones según Lefebvre (1983), ocupan un lugar muy importante en la producción del conocimiento, porque permiten analizar la cotidianidad de las instituciones y las formas de concebir la realidad en diferentes niveles y formas ; como es el caso del saber filosófico, científico, estético, político, arquitectónico y el saber empírico. En este contexto el estudio de las representaciones para los investigadores son muy importantes porque permiten valorar las concepciones de los actores sociales, que realizan “lo real” a partir del uso del conocimiento, independientemente de su accionar cotidiano.

En las representaciones se manifiesta una construcción y reconstrucción de la cotidianidad, de manera diversa. Situación que permite identificar varias formas de apreciar una misma realidad independientemente de su estatus social y posición política. Por otro lado en vista de que únicamente los individuos socializados, son sujetos del aprendizaje, los sistemas sociales a los que pertenecen construyen espacios donde concentran el potencial cognoscitivo necesario para la elaboración de alternativas y desde donde se lleva a cabo y se dirigen los procesos cognitivos. Estos espacios son representados tanto por las instituciones como por los movimientos sociales (Habermas, 1992:120,148).

Por consiguiente, las representaciones cumplen con varias funciones como son: asegurar procesos de entendimiento entre los sujetos sociales; orientan la acción social y garantizan la coherencia dentro de la diversidad de orientaciones de acción; guían los procesos cognitivos; y conforman y aseguran la identidad de los individuos (Habermas, 1992: 70).

Por su papel clave en la integración social, los procesos de modernización se dirigen, en buena parte, a la revisión y transformación de las representaciones sociales del individuo. Este proceso fue descrito por Weber mediante el término de racionalización cultural, concepto que se refiere a la invalidación de los potenciales explicativos y justificativos de partes sustanciales de la tradición cultural. Estos a su vez transforman por su parte “las condiciones de aprendizaje en las dimensiones tanto del pensamiento objetivamente como de las ideas práctico-morales, como de la capacidad de expresión práctico-estética” (Habermas, 1992: 101).

Al hablar de representaciones, también se tomó en cuenta lo propuesto por Denise Jodelet. Así, representaciones serán aquellas formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen siguientes elementos:

*“Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc.; en tanto que sistemas de interpretaciones que registran nuestra relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social”*5 (RODRÍGUEZ SALAZAR, T., GARCÍA CURIEL, M. D. L., & JODELET, D. 2007 p. 36).

Las representaciones integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, que moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y que dan sentido a la experiencia, estableciendo un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado (RODRÍGUEZ SALAZAR, T., GARCÍA CURIEL, M. D. L., & JODELET, D. 2007). Las representaciones responden a la normatividad imperante, es decir, a modos dominantes de concebir el orden social

(Grimberg, 1998:25) y establecen la guía para la acción, aunque no siempre la determinan (Menéndez y Di Pardo, 1996:54).

Será en la práctica donde las representaciones se materializan estableciendo el nexo entre ambas. Por prácticas nos referimos a las intervenciones que se realizan alrededor del nacimiento, bien sea técnicas o verbales o la ausencia de ambas, resultado de las variadas situaciones posibles tanto desde los y las profesionales de la salud como desde las parteras de su entorno.

El acercamiento con las personas al relacionarnos, valorando la visión que se tiene sobre el proceso de salud – enfermedad, es decir su cultura, no puede desconocerse, pues ejerce gran influencia en la vida de las personas y la población cuando se trabaja en promoción de la salud. En tal sentido, la cotidianeidad en su totalidad está matizada por la cultura, y sobre salud se puede definir que concepciones de embarazo, parto y puerperio, se enmarcan en un sello particular impuesta por la cultura de sus grupos sociales.

Llevando el modelo de Habermas al análisis de la racionalización de la atención del parto, se puede argumentar que la modernización⁵ de las comunidades no avanza, si los potenciales explicativos y justificadores de las tradiciones comunitarias, sus patrones interpretativos, sus imágenes del mundo no forman parte de este mismo proceso de racionalización impulsado, en buena parte, desde el Estado.

En este contexto él, propósito de este capítulo es mostrar de manera muy general, los principales resultados del estudio sobre las representaciones que tienen los médicos, parteras y parturientas. Sus resultados como se pondrán apreciar, se

⁵ Habermas explica que lo moderno empezó a usarse a finales del siglo V para separar el presente cristiano del pasado pagano. La palabra designaba entonces, la oposición entre dos épocas en la que una de ellas al autocalificarse de moderna aparece como superior y mejor frente a la otra, quien queda reducida a lo antiguo y tradicional. «La modernidad expresa siempre la conciencia de una época, con contenidos cambiantes, que se pone en relación con la Antigüedad para concebirse a sí misma como resultado de la transición de lo antiguo a lo nuevo» (Habermas, 1990:266)

sitúan en esta región del país pero en los hechos son reflejos de lo que se viven en muchas dependencias médicas.

1.2. EL trabajo de campo

Una parte importante de esta investigación, la dedico a la revisión bibliográfica, lo que me permitió desarrollar los fundamentos históricos y contextuales en el cual se integran los conocimientos derivados de distintos ámbitos de la investigación social. Este ejercicio me resulto especialmente interesante, en tanto que al provenir de otra área del conocimiento, el adentrarme en cuestiones evolutivas, de la antropología médica y de la sociocultural me permitió desarrollar nuevas herramientas y puntos de vista para el análisis.

Además de la investigación en gabinete, realicé trabajo de campo de modo que pude recoger información etnográfica para la construcción de mi objeto de estudio, y ubicar así mi investigación más propiamente en la tradición metodológica de los estudios cualitativos. Cabe señalar que debido a que en nuestro contexto el sistema de atención profesional a los sucesos que engloban el nacimiento es asumido por la medicina oficial también llamada alopática o biomedicina, será dicho sistema de atención el referente para el análisis. Conocer la dinámica de su organización asistencial, su ideología, sus relaciones con las mujeres gestantes y la repercusión de los discursos, representaciones y prácticas del nacimiento como experiencia personal y social de las mujeres, es la finalidad de nuestra investigación y por lo que nos referimos a “culturas”, porque en él se dan formas diferenciadas de pensarlo y representarlo, considerando además, que estos fenómenos no son hechos aislados, sino que forman parte del sistema sociocultural en el que quedan reflejados en un tiempo y contexto específico.

Durante el análisis de las representaciones y prácticas sobre el parto se realizaron dos lecturas, una centrada en el modelo hegemónico y la otra del modelo médico tradicional de la zona. En ambos sistemas se analizaron los discursos y diferentes formas de definir, significar y experimentar el riesgo y el dolor, así como las

prácticas medicalizadoras y aquellas tendentes a la desmedicalización y las bases ideológicas que sustentan a ambas y que son el eje articulador de esta investigación. Así, el nacimiento se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes⁶ que lo sustentan y en interrelación con el resto de procesos sociales.

Se seleccionó un área sanitaria del estado de Colima, de las tres que existen, área en la que se solicitaron las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo el trabajo de campo. Sin embargo, los hechos que se describen podrían ser similares a otras Comunidades y áreas sanitarias, pues hay características compartidas tanto de la organización como de los y las profesionales y de la población usuaria.

El presente estudio se realizó en el municipio de Tecomán en el estado de Colima, donde se escogieron tres comunidades. El trabajo de campo se realizó en las localidades de Caleras, Cerro de Ortega, y Madrid, pertenecientes al Municipio de Tecomán en el estado de Colima, con parteras de cada localidad, así como las entrevistas estructuradas y focales, tanto a parteras como personal de los centros de salud de cada localidad. Se hizo un estudio exploratorio y descriptivo, donde se analizaron los procesos cotidianos de los tres centros de salud de las localidades antes mencionadas, desde la interacción social entre las parteras y el sistema de salud así como de los promotores de salud de cada área. Así, nuestro objeto de estudio es el análisis de las representaciones y prácticas que alrededor del nacimiento se dan en el contexto de Tecomán en el estado de Colima, desde los Profesionales de la salud, las parteras y las experiencias y opiniones de las mujeres que hemos definido como informantes. Para ello, se planificó el estudio a través del relato de estos/as actores/as. Se delimitó el campo de estudio al Municipio de Tecomán considerándolo como un espacio “micro” que puede reflejar el todo “macro” del Estado y del país.

⁶ Cuando se hace referencia a saberes, es para nombrar todo tipo de saberes y no sólo que mencionan los Profesionales de la salud como los médicos sino también a aquellos referidos por las parteras.



Figura 1. Mapa de localización del área de estudio.

Para este estudio se eligieron 3 unidades de salud rurales de la Jurisdicción Sanitaria II del estado de Colima, con mayor atención a usuarias embarazadas en el municipio y de fácil accesibilidad al hospital más cercano (Hospital Regional de Tecomán). La atención al parto se centra en el hospital regional en su mayoría, pero para poder recoger esta información, y con la finalidad de la objetividad investigadora, se amplió nuestra mirada a otros espacios en que los nacimientos tienen lugar, en concreto a aquellos otros nacimientos que ocurren fuera de los hospitales.

En el ámbito de la salud, el sistema médico principal de atención es la biomedicina al cual se tiene acceso a través del seguro popular, Secretaría de Salud y Seguridad Social. También se puede utilizar servicios privados, pero es el 10% de la población quien tiene acceso a él. Esta selección permitió capturar la percepción de los problemas de la atención del parto en diferentes contextos, como centros de salud rurales y el hospital regional, áreas con niveles de marginación diversos y donde interactúan los modelos médicos tradicionales con los institucionales, por lo que no se tomará en cuenta a los servicios privados ya que el común de la población es atendida por los servicios de seguridad social y salubridad.



Figura 2. Mapa del estado de Colima.

Durante el trabajo de campo, se realizó principalmente observaciones de carácter participante y entrevistas abiertas a distintas personas vinculadas al quehacer de las parteras de la región. La programación del trabajo de campo se limitó al establecimiento de algunos tópicos centrales sobre los que interesaba indagar, de modo que se obtuvo la información que las mismas personas entrevistadas quisieron compartir, dirigiendo la conversación, en la medida de lo posible, a los temas de interés. Resulta difícil establecer numéricamente la cantidad de entrevistas sostenidas a lo largo de todo el trabajo de campo, puesto que si bien con algunas personas sostuve entrevistas formales, con la mayoría de las entrevistadas sostuve más de una conversación y compartí en distintos momentos diferentes actividades. De este modo, se practicaron entrevistas abiertas y conversaciones de distinta índole con las parteras de la región, con el fin de recuperar sus experiencias con respecto a su formación como parteras y al proceso educativo a través de los cursos que se les impartieron por parte del Seguro Social, así como las modificaciones que ha tenido su práctica con los nuevos conocimientos adquiridos, y las nuevas representaciones construidas a partir de estos.

En general, el ambiente en que se efectuó el trabajo de campo fue muy acogedor, y la disposición del personal de salud y parteras para conversar y responder a las preguntas planteadas fue un aspecto que sin duda también facilitó mucho el trabajo de campo.

En la misma región, se efectuaron algunas entrevistas en el Hospital Regional de salubridad. Se puso en práctica la observación participante y algunas entrevistas abiertas en el hospital a tres médicos: una pasante de medicina, un médico residente que completaba la especialidad de ginecología y un médico residente de la especialidad de anestesiología. Entrevisté al director del Centro de Salud y a la enfermera con mayor rango de la unidad. También a otras dos enfermeras que trabajan cercanamente a las parteras.

De acuerdo a los objetivos del estudio, se elaboraron instrumentos de investigación (guías de grupos focales). Se efectuaron entrevistas informales a los pasantes de medicina y encargados de las unidades de salud de cada localidad en cuanto al conocimiento de la existencia de médicos tradicionales en su comunidad, la relación o comunicación con ellos, fue sobre la problemática actual con los procesos de salud/enfermedad atendidos por los mismos y por las parteras de su comunidad. Se buscó conocer la relación que tienen los médicos con las parteras y su opinión sobre el papel que pueden jugar en el ámbito de la salud reproductiva.

Se buscaron como ya se mencionó datos epidemiológicos sobre salud reproductiva, muerte materna y perinatal y su relación con la atención ya sea de los servicios de salud o de la atención por partera, para complementar el marco teórico conceptual de esta investigación. Por medio del relato de las parteras se puede dar cuenta de un proceso histórico y social, favoreciendo así a la investigación y análisis cualitativos desde diversas formas de vida de una comunidad, en un periodo histórico concreto. Otra herramienta fue la observación directa de los procesos que interesa analizar y grupos focales. Los personajes del ámbito comunitario que cumplen un papel central en el cuidado de la salud de la

población son: los médicos y las parteras. Para recolectar la información se diseñaron dos guías, una para las parteras y otra para los médicos.

1.3. Instrumentos de investigación

Las herramientas principales utilizadas para la recogida de la información, fueron la entrevista a profundidad, la entrevista focal y la observación participante, posterior al primer acercamiento con las entrevistas abiertas, se realizó una selección donde el número de informantes se redujo considerablemente.

La entrevista a profundidad nos permite reconstruir la realidad social del nacimiento que, aunque situado en un marco socialmente establecido, es objeto de múltiples definiciones y percepciones por parte de las parteras, enfocada a conocer la ideología general y las prácticas que respaldan una determinada concepción social de representar al nacimiento y que son la base para la práctica del parto. Las entrevistas se realizaron según el método tradicional de los estudios antropológicos, fueron abiertas, dinámicas y de duración considerable en su mayoría, con un guión establecido previamente, pero flexible y utilizando a modo de indicador que me guiara en la obtención de la información relevante a cada partera se le entrevistó en su domicilio, con una duración de una hora a hora y media de duración, se estructuró una guía de entrevista en donde se reflejaron aspectos relativos a la formación de cada una, las prácticas que suceden en el embarazo, la asistencia del parto y en algunos casos los cuidados en el puerperio, con el objetivo de conocer acerca de su práctica y su impacto en la salud materno infantil.

La entrevista y la observación participante son estrategias de investigación que se complementan, pero además permiten detectar la congruencia entre los discursos y las prácticas, esto es que, en la recolección de la información con los recursos de observación y entrevista, podemos captar y clarificar las diferencias entre aquello que los actores dicen, y lo que hacen realmente (Taylor y Bodgan, 1994).

Se realizó una estancia para la observación en salas de partos del servicio público de salud que después de realizar trámites un tanto dificultosos, se obtuvo permiso para la observación en esta área donde los médicos me brindaron posteriormente todas las facilidades. A cada mujer usuaria del servicio se informó sobre la investigación y se le pedía su autorización la presencia de un observador, situación que podía requerir de la ampliación de la información si las mujeres la solicitaban. Se consiguió establecer tal normalidad que el transcurso de la jornada se convertía en rutinario y repetitivo. En cuanto a la observación de la práctica de la partera solo se pudo observar la atención durante el embarazo y prácticas como “acomodar al niño” y “sobadas”, no fue posible observar partos practicados por parteras ya que la presencia de una persona que toma notas de lo que sucede, además de no ser agradable ni habitual, podía contribuir a que se sintieran evaluadas en sus actividades técnicas.

La información recogida fue revisada y transcrita, dentro de un corto periodo de tiempo para no perder ningún detalle. Además de estos espacios y tiempos, se aprovecharon otras oportunidades de observación que en el mismo campo se presentaron de manera informal en las que, su misma característica circunstancial, eliminaba la presión de la observación sobre los participantes. Esto ha sido muy útil tanto para contrastar los datos obtenidos en la investigación formal como para la captación y consideración de otros aspectos que no habían surgido en esta. Con todo ello, se ha adquirido una riqueza de observación que ha permitido controlar con precisión los datos en los que se articulan las representaciones y las prácticas las teorías ideales instituidas con las situaciones reales.

En cuanto a los médicos se había realizado un guión para entrevistas a profundidad, lo cual no pudo ser aplicado como tal debido a la carga de trabajo de los médicos y a que ninguno estaba dispuesto a ser entrevistado en su domicilio por lo que se optó por realizar la técnica de grupos focales durante el horario de la comida en los centros de salud y el hospital regional obteniendo información sobre

las coincidencias de formación médica y la percepción de la cobertura y calidad de la atención dentro de la institución.

1.4. El procedimiento de análisis de la información.

Después de una rigurosa transcripción de los registros grabados durante las entrevistas se ordenaron los textos para su interpretación y análisis, incorporando a la discusión de los resultados, antecedentes secundarios ligados a la profesión de partera en la región.

El contenido de las transcripciones fue ampliado con información de mi propia experiencia diaria como observador participante de la vida en las tres comunidades en el período de 12 meses. Las fuentes de información fueron las anotaciones en cuadernos de campo sobre las conversaciones informales que tuve con la gente de las comunidades (incluso de sus anécdotas acerca del parto), y sobre las visitas a las reuniones colectivas de las comunidades, y a un taller sobre la salud tradicional (alimentación y medicina herbolaria) al cual me invitó la gente de las comunidades

Esta investigación pretende analizar las opiniones de una serie de actores sociales que se ubican desde distintos espacios de la estructura institucional que responde a un conjunto de objetivos en cuestión de salud de la mujer, así como el análisis de la atención al parto en los hospitales y las ideas que llevan a algunas mujeres a elegir la práctica de un parto fuera de estos centros y a las/os profesionales que les acompañan. Para intentar construir una relación entre la civilización sociocultural de un grupo, la invalidación de los saberes tradicionales y la construcción de nuevas subjetividades y representaciones de estos actores. Dentro de este rubro no se realizará bajo la visión de las usuarias del servicio, se realizó bajo la óptica de las representaciones de los profesionales de la salud y las parteras. Cada entrevista fue grabada con el permiso oportuno de cada participante. Dichas entrevistas fueron transcritas, categorizadas y analizadas de acuerdo a los objetivos plasmados.

Las entrevistas (formales e informales, estructuradas y semiestructuradas), expresan por si solas, el punto de vista de la gente del lugar acerca del parto, con sus propias palabras, Procure que los entrevistados fueran personas con diferentes experiencias en la materia, por ejemplo: parteras tradicionales del lugar, familiares cercanos, jefe jurisdiccional, médico pasante de cada centro de salud, el enfermero local. Cada entrevista formal fue grabada, y transcrita.

La comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación, y representa al mismo tiempo, la oportunidad de crear un modelo de partera, capacitada especialmente para las circunstancias de cada lugar.

Se profundizó en los fenómenos y propiedades específicas que conforman cada categoría desde los discursos y prácticas, tanto de las parteras como de los médicos, que se han ido contrastando para tener una visión amplia, clara y veraz del proceso investigado. Se compararon estos hallazgos con las opiniones o resultados de investigaciones de otros autores revisados, otras fuentes de información secundaria y documentos generados por las instituciones o grupos sociales, todo ello para cada categoría y relacionándolas entre sí.

También se realizó una revisión y análisis bibliográfico sobre los trabajos relacionados con el objeto de estudio, y que han sido enfocados tanto para la búsqueda y contrastación de datos, como de revisión en la formación y mantenimiento de discursos hegemónicos de referencia.

2. LA ATENCIÓN DEL PARTO Y SALUD MATERNO- INFANTIL EN EL CONTEXTO NACIONAL Y EN EL ESTADO DE COLIMA

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Sin embargo, existen condiciones de la madre y del hijo que si no se detectan y trata de manera oportuna adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida ambos. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover de la educación para la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requiera. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causa relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo la efectividad de la atención prenatal⁷ varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

Los distintos lugares en donde las mujeres dan a luz permanecieron bastante estables en un periodo reciente, siendo las instituciones públicas las que predominan. A mediados de los años noventa, el 62% del total de los nacimientos ocurrieron en hospitales públicos; y, para 1998-2003, esta proporción había aumentado a 67%. Este incremento se debió principalmente a un mayor uso de hospitales estatales.⁸

⁷La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

⁸ Juárez F et al., Barreras para la Maternidad Segura en México, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010. Disponible en www.guttmacher.org

Los partos en casa disminuyeron de 16% del total de partos mediados de los años noventa, a 11% en el periodo 1998-2003. Esta tendencia para la biomedicina es positiva, pues desde esta óptica los nacimientos que ocurren en casa conllevan riesgos más altos de complicaciones y de muerte. Típicamente las mujeres mexicanas que dan a luz en su casa viven en condiciones de pobreza extrema y no cuentan con una institución de salud cercana. Por su parte, del total de nacimientos, la proporción que ocurre en el sector privado no cambió en este periodo, y se estimó en pocos más de una de cada cinco.

La idea principal de este capítulo es dar a conocer al lector la problemática general sobre el objeto de estudio con la intención de resaltar como se transitan los discursos donde se destaca la hegemonía del sector salud articulado a las circunstancias del contexto de la región de Tecomán Colima.

2.1. La Atención del parto y la salud materna en el contexto nacional

En México la tasa de fecundidad global ha venido descendiendo desde 1969, año en el que alcanzaba una cifra de 7 hijos por mujer, disminuyendo para el 2002 a 2.4 hijos. Dichas cifras reflejan el impacto de los programas de planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos en 70% de las mujeres en edad fértil.⁹

Sin embargo, si bien la tasa de fecundidad tiende a descender, el número de nacimientos se mantendrá elevado debido al alto número de mujeres que se encuentran en etapa reproductiva, lo que significa que la atención de partos seguirá representando una gran demanda para los servicios de salud, basta revisar los datos reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud, que en el 2002 documentó que las mujeres en edad fértil (15-49 años) representaban 27.3 % del total de la población. Así mismo, en nueve entidades federativas se reportó más de un millón de mujeres en edad fértil entre ellas Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Puebla y Veracruz.¹⁰

⁹ Secretaría de Salud. **Información para la rendición de cuentas 2004**, México, D.F., 2004.

¹⁰ Ibid.

En este sentido, otros datos relacionados con la demanda de atención de las mujeres en edad reproductiva reflejan la necesidad de llevar a cabo acciones encaminadas a disminuir la heterogeneidad en la prestación de servicios, como son las reportadas en el Estado de México donde sólo 28 % las embarazadas reciben atención prenatal temprana, en tanto que en Sonora y Jalisco es de 41%. Así mismo, el porcentaje de nacimientos en hospitales generales en Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas llega a 92%, en tanto que en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla es menor de 50%; estas diferencias son todavía más dramáticas en regiones de mayor marginación.¹¹

Con respecto a la atención por personal profesional, los datos también son variados, en los estados con buena cobertura de servicios de salud, casi 100% de los partos son atendidos por personal calificado, mientras que en otros es de apenas 40 %.

Las anteriores cifras ponen de manifiesto que en México, de los aproximadamente 2.5 millones de mujeres que se embarazan al año, se estima que 370 mil partos no son atendidos en instituciones de salud, con las consecuentes repercusiones; diariamente se registran 4 defunciones maternas. De estas casi 50% pudieron ser evitadas con tan sólo asegurar que las embarazadas hubieran tenido acceso a recibir atención de un profesional, durante el embarazo, parto y puerperio.

La falta de atención prenatal, aunada a la desnutrición de la mujer y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo y parto, y así mismo repercuten directamente en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una discapacidad en su vida.

¹¹ Secretaría de Salud. **Manual de atención de embarazo saludable, parto y puerperio seguros recién nacido sano**, México, D.F., 2001.

Es por ello que en algunos países, sobre todo en los desarrollados, desde hace muchos años la atención del embarazo de bajo riesgo ha estado a cargo del personal de enfermería y partería, pues se reconoce que su formación obstétrica puede contribuir al fortalecimiento de las acciones que persiguen el desarrollo de una cultura del autocuidado, sobre todo si se considera que la mayor parte de los problemas de salud materno infantil son susceptibles de resolverse a través de acciones preventivas, que buscan la concientización para modificar estilos de vida, y acrecentar la cultura de la prevención. En esa intención es que la enfermera obstetra trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, consultando con ellos o remitiendo, aquellos casos que están fuera de su campo de ejercicio profesional.

México se une a la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en 1993, la cual se caracterizó por su pluralidad, ya que parteras, legisladores, grupos de mujeres, periodistas, prestadores de servicios e investigadores se dieron cita para analizar los riesgos en la maternidad, confrontar experiencias y poner en marcha una iniciativa común. Se formó el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, cuyo objetivo era impulsar una estrategia multidisciplinaria e intersectorial a fin de disminuir la muerte materna a nivel nacional.

En 1994, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos se ve favorecida por los acuerdos de El Cairo. El gobierno mexicano, y particularmente el Sector Salud, sientan las bases para que se adopte este nuevo enfoque de la salud reproductiva, lo que implicó reestructurar las instancias que ya venían funcionando a partir de dos programas: el de Planificación Familiar y el de Salud materno-infantil, creando el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (Espinosa, 2000:49).

Sin embargo, las acciones en torno a la muerte materna no pueden ser analizadas al margen de las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 para el combate a la pobreza. Los programas más estrechamente vinculados con la problemática son el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA,

ahora Oportunidades), y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este último, encaminado al cumplimiento de los acuerdos de Alma Ata de 1978: Salud para todos en el año 2000.

El Programa de Ampliación de Cobertura estaba dirigido a proporcionar servicios básicos de salud de primer nivel a la población de alta y muy alta marginación y a población ubicada en asentamientos humanos de difícil acceso y aislados; dar solución a problemas locales de salud, principalmente de municipios con población dispersa y gran rezago en infraestructura básica, y contribuir a la descentralización de los servicios de salud (Secretaría de Salud, 1996). Este programa estableció vínculos con otras instituciones o programas como el IMSS-Solidaridad y PROGRESA, ahora Oportunidades (Diario Oficial, 14 de marzo de 2000).

En México, la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la atención del recién nacido (NOM-007, 3). Esta norma sustenta el programa de Arranque Parejo de Vida. La NOM-007 se fundamenta en el concepto de embarazo de alto riesgo, como se aprecia en sus numerales 5.1.4, 5.2.2, 5.2.3, en los que se señala que las unidades de atención deben disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico, el cual servirá para la referencia de las mujeres a un nivel superior de atención. Por ello, Arranque Parejo de Vida centró su modelo de atención y funcionamiento durante los años 2000-2006 en la concepción de alto y bajo riesgo obstétrico, y en lograr la atención calificada del parto. Entre sus metas para el año 2006 estaba la de atender 90 por ciento de los partos del país e incrementar a cinco las consultas prenatales en por lo menos 95 por ciento de las mujeres embarazadas, para con ello disminuir 35 por ciento la tasa de mortalidad materna respecto de la registrada en el año 2000 (SSA, Arranque Parejo de Vida, 2002).

Por ello, en el Informe de Avance 2005 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, se ha reconocido que el cumplimiento de la meta de veintidós defunciones por cada 100 mil nacimientos para el año 2015 se encuentra más lejano aún que el cumplimiento de la meta relativa a la mortalidad infantil (ONU, México: Gobierno de la República, 2005). En el año 2000 la proporción de partos atendidos por personal calificado fue de 83.3 por ciento, y para el 2003 ascendió a 87.9 por ciento, lo que quiere decir que en el periodo el incremento fue de 4.6 por ciento. El informe manifiesta, por otro lado, que entre el año 2000 y el 2003 se había logrado una disminución de 10 por ciento en la RMM. Según cifras oficiales, la RMM para el 2000 era de 72.8 y a fines del sexenio gubernamental se había logrado llevarla a 58.6, cumpliéndose apenas el 40 por ciento de la meta comprometida. El Arranque Parejo de Vida inició un proceso de consolidación a partir de la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud (SPS), iniciativa transexenal que entró en operación el primero de enero de 2004 y que se ha propuesto dar cobertura a los mexicanos que han quedado excluidos de la seguridad social convencional, grupo que representa aproximadamente a la mitad de la población.

2.2. La salud materna en el estado de Colima

La salud a nivel social es un indicador de desarrollo económico, la esperanza de vida al nacer, nos relevan las condiciones de vida y de trabajo de los grupos sociales. De esta manera en el proceso de salud-enfermedad se articulan lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, lo psicológico y lo ideológico, lo cultural y lo particular, lo religioso y lo histórico, el saber y el conocimiento hechos todos que interactúan.

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de poco más de 66 por ciento en 1974-1976 a 92.2 por ciento en 2004-2007. Los médicos proporcionan 83.5 por ciento del total

de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.5 por ciento, las parteras tradicionales 6.3 por ciento, y cerca de ocho por ciento no acude a revisión.

En Colima, 95.5 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo entre 2004 y 2007, lo cual ubica a esta entidad entre los estados con la mayor cobertura de atención prenatal del país y el décimo segundo con la mayor cobertura de atención brindada por médico (90.2%). Cabe señalar que no se desconoce el número de mujeres que acuden de manera simultánea al médico de la localidad o a la partera, lo cual es porque no se encuentra este dato dentro de las preguntas realizadas a las usuarias o no resulta relevante para el censo.

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HIJOS NACIDOS VIVOS POR AGENTE QUE REVISÓ A LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 2004-2007.

COLIMA: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que revisó a la madre durante el embarazo, según características seleccionadas, 2004-2007.				
	TIPO DE AGENTE QUE BRINDA LA ATENCIÓN PRENATAL			
	MEDICO	ENFERMERA/AUXILIAR/PROMOTORA DE SALUD	PARTERA O COMADRONA	SIN REVISIÓN
TOTAL	90.2	2.5	2.8	4.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo.				
12-19	89.6	4.7	2.9	4.5
20-34	90.1	2.1	2.7	2.7
35-49	-	-	-	5.2
ORDEN DE NACIMIENTO				
1	88.8	2.4	4.7	4.1
2	93.1	1.9	0.8	4.3
3	89.4	3.8	0.9	6.0
4 o MAS	89.1	2.2	4.3	4.4
ESCOLARIDAD				
Sin escolaridad	82.8	2.3	3.2	11.7
Primaria incompleta	83.2	6.6	2.6	7.6
Primaria completa	96.4	0.9	2.3	0.4
Secundaria y más				
LUGAR DE RESIDENCIA				
Urbano	91.9	2.2	2.2	3.7
Rural	78.9	4.5	6.6	10.0

- Tamaño de la muestra insuficiente

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2007.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la escolaridad de la madre y del lugar de residencia. Las mujeres que residían en localidades rurales presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (78.9% y 91.9%, en cada caso).

Una diferencia similar se observa entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 96.4 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudieron con un médico para la revisión de su embarazo, 82.8 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvieron esa oportunidad.

Solo existen datos sobre la atención prenatal en cuanto al tipo de atención, no se hace referencia al número de embarazos previos o el número de hijos nacidos vivos.

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales, para llevar un adecuado control prenatal, el cual consta de la revisión física de la embarazada, toma de ultrasonidos de control, y recibir orientación sobre signos de alarma para acudir a urgencias. En Colima, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.6 consultas de atención prenatal (7.9 en las zonas urbanas y 5.8 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que 18.6 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, siendo esta proporción mayor entre las mujeres rurales (33.2%) que entre las urbanas (16.5%).¹²

En el país, se ha dado un incremento acelerando en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 2004-2007. De todas las entidades del país, Colima ocupó el décimo lugar en

¹²Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2007.

cuanto lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica.

CUADRO 2. NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO EN COLIMA DURANTE 2004-2007.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO COLIMA 2004-2007			NORMAL	CESÁREA
TOTAL			66.3	33.7
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL HIJO	12-19		76.3	23.7
	20-34		63.9	36.1
	35-49		-----	-----
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO	IMSS		63.1	36.9
	SSA		77.7	22.3
	OTRAS PUBLICAS		-----	-----
	SECTOR PRIVADO		50.3	49.7
LUGAR DE RESIDENCIA	URBANO		66.2	33.8
	RURAL		66.9	33.1

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2007.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudió con un médico para la atención del parto, la cifra presenta diferencias según la edad de la madre, el orden del nacimiento y el lugar de la residencia. Los porcentajes más bajos de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico lo registran las madres adolescentes (87.7%) y aquellas que residían en localidades rurales (88.3%). En el caso de la escolaridad, no se observan diferencias importantes en el tipo de agente que atendió el parto (91.9% y 94.8% para las categorías extremas).¹³

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 94.8 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: cerca de la mitad de las mujeres acudió al IMSS, tres de cada diez lo hizo en la Secretaría de Salud, y poco más de una de cada ocho se atendió en una institución privada. Puede observarse una relación lineal entre la escolaridad de las embarazadas y el tipo de atención recibida.

¹³Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2007.

En Colima, durante el periodo 2004-2007, uno de cada tres alumbramientos (33.7%) se resolvió mediante la operación de cesárea, valor muy por encima del registrado en el país (26.5%), lo que la ubica como la quinta entidad con el mayor porcentaje de cesáreas del país. Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por el personal médico que presentó esta entidad, el peso relativo de los partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%) y el Distrito Federal (42.3%), y menor al de Baja California Sur (37.4%), que son las tres entidades que muestran los mayores niveles en este indicador. De los partos que se atendieron en el sector privado, 49.7 por ciento se resolvieron mediante la operación de cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 36.9 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 22.3 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

También es interesante notar cómo esta atención de la salud reproductiva se asocia especialmente a determinados sectores de la sociedad. En el cuadro 3 podemos observar el comportamiento de las cifras de nacimientos por cesáreas, por ejemplo, se observa cómo éstas se concentran claramente en los hospitales y clínicas privadas. Las mujeres que reciben atención gineco-obstétrica particular tienen un mayor riesgo de que se les realice una cesárea que las atendidas en los sistemas públicos. En México, en el año 2001, se registró una tasa nacional de 37% de nacimientos por cesárea, la cual es bastante más alta que la recomendación de 10 a 15% que hace la OMS. Solamente en el sector privado la tasa de cesáreas registrada fue de 57% (Niderstrasse, 2005).

**CUADRO 3. PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS 2007
HOSPITAL GENERAL TECOMÁN**

ORDEN	PROCEDIMIENTOS	CLAVE	TOTAL	%
	TOTAL		2.259	100.00
1	Cesárea clásica baja	741X	703	31.12
2	Episiotomía	736X	263	11.64
3	Otra desnutrición u oclusión bilateral de las trompas de Falopio	6639	250	11.07
4	Dilatación y legrado después de parto o aborto	6902	213	9.43
5	Otra apendicetomía	4709	88	3.90
6	Colecistectomía	5122	43	1.90
7	Laparotomía exploradora	5411	35	1.55
8	Histerectomía abdominal total	684X	35	1.55
9	Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura	8622	34	1.51
10	Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis no especificada de otra manera.	5305	28	1.24
11	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Sitio no especificado.	7930	25	1.11
12	Reparación de otro desgarro obstétrico actual.	7569	24	1.06
13	Cierre de piel y tejido subcutáneo de otros sitios.	8659	21	0.93
14	Otra herniorrafía umbilical.	5349	19	0.84
15	Desbridamiento no excisional de herida, infección o quemaduras.	8628	18	0.80
16	Reparación unilateral de hernia inguinal no especificada de otra manera.	5300	17	0.75
17	Otra histerectomía vaginal.	6859	16	0.71
18	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Fémur	7935	16	0.71
19	Nuevo cierre disrupción postoperatoria de pared abdominal (evisceración)	5461	13	0.58
20	Creación de fístula cutánea peritoneal.	5493	13	0.58
	Los demás procedimientos		385	17.04

Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios

Por otra parte, muchas veces se ha dicho que la alta mortalidad materna y neonatal que se concentra especialmente en las zonas rurales de nuestro país, es consecuencia de la ignorancia y el mal manejo de las parteras “empíricas” o “tradicionales” que atienden esas mujeres, como ocurre en el Municipio de Tecomán. Sin embargo, esta conclusión no toma en cuenta que al mismo tiempo, la mayoría de los partos atendidos por parteras tradicionales¹⁴ corresponden a los partos de mujeres con altos índices de mal nutrición y multiparidad, y que ocurren en lugares carentes de servicios sanitarios básicos o redes de comunicación y transporte. En estos casos en realidad, la contribución de las parteras a la salud de sus comunidades es muy significativa.

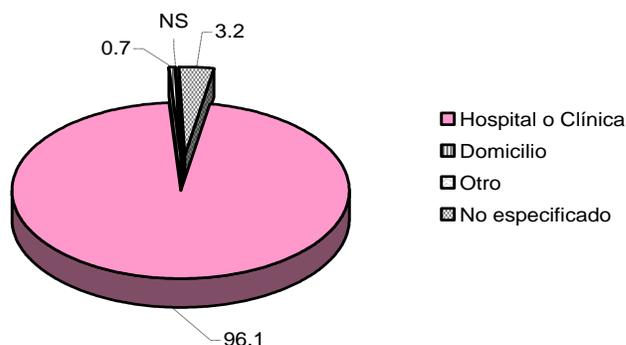
¹⁴ Las parteras tradicionales que he conocido parecen situarse como personas indígenas o rurales que atienden partos en contraposición con las biomédicas «modernas». Para ellas, la palabra «tradicional» parece representar simultáneamente el orgullo de tener una herencia que pretenden honrar y preservar y el malestar por la marginalidad cultural y médica que actualmente comporta dicha herencia.

En el 2006, se registraron en el estado 11 mil 762 nacimientos, en el municipio de Manzanillo ocurrieron 26 de cada 100 alumbramientos, seguido por Colima y Tecomán con una proporción de 20.7% y 19.9 por ciento, respectivamente; asimismo, 86.5% de las madres que registraron a sus hijos ese año residen en áreas urbanas (mayores a 2 500 habitantes.) y 12.6% en áreas rurales (menores de 2 500 habitantes.).¹⁵

En cuanto al lugar donde se atendió el parto, de cada 100 madres, 96 acudieron a un hospital o clínica y 0.7% dio a la luz en su domicilio.

En el estado los municipios de Colima (96.3%), Villa de Álvarez (98.2%) y Tecomán (98.7%) registran las más altas proporciones de madres que se atienden en hospitales y clínicas.

Distribución porcentual de los nacimientos según lugar donde se atendió el parto, 2006



FUENTE: INEGI. Estadísticas Demográficas, 2006.

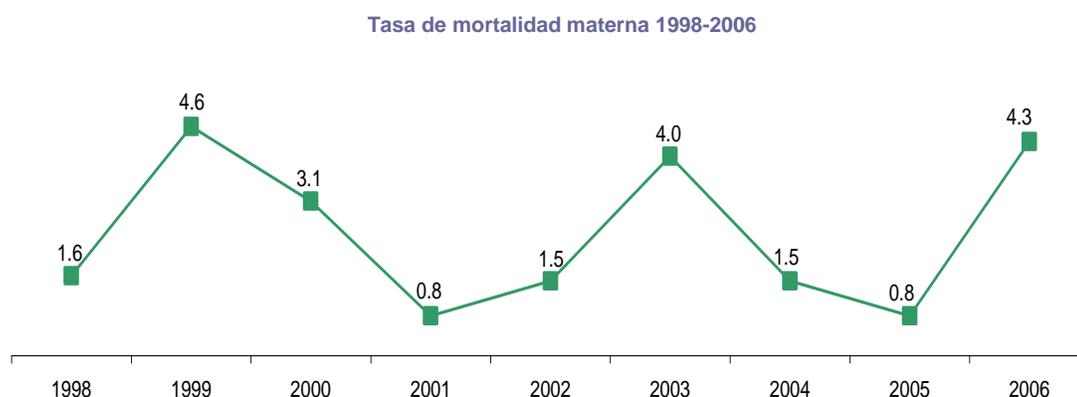
Relacionado con lo anterior, la mayoría de las madres (95.8%) fue atendida en el parto por un médico, 1.0% por una enfermera o partera y el resto no especificó quién le auxilió (3.2 por ciento).

Al interior del estado las más altas proporciones se registran en los municipios de Tecomán donde 98.7% fue auxiliada por un médico y 0.6% por una enfermera o partera, y Villa de Álvarez (98.2% y 0.7% respectivamente).

¹⁵ Cabe señalar que 0.9% de los registros de ese año no especifican el tamaño de localidad de residencia habitual de la madre.

2.3. La mortalidad materna en el municipio de Tecomán, Colima.

En el estado mueren 4 mujeres mientras están embarazadas o en los 42 días después de terminado el embarazo. Por lo anterior, en el 2006 la tasa de mortalidad materna es de 4.3 muertes por cada 10 mil nacimientos.



NOTA: Cociente por 10 000 nacidos vivos.
FUENTE: INEGI. *Estadísticas vitales varios años. Base de datos.*

En el año de 2006, la mitad de las muertes maternas se debe a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio¹⁶; seguidas de otras complicaciones del puerperio y causas obstétricas indirectas.

CUADRO 3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA 2006

Causa	Mortalidad materna
Total	4
Causas obstétricas directas	3
Edema, proteinuria, transtornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	2
Otras complicaciones del puerperio	1
Causas obstétricas indirectas	1

Fuente: INEGI. *Estadísticas vitales, 2006. Base de datos.*

¹⁶Puerperio: periodo comprendido dentro de los 42 días posteriores al parto.

2.4. Modelo estándar de atención de partos

Las condiciones en que se desarrolla el proceso de ser madre (desde el momento de la concepción y hasta los 40 días después de que ocurre el nacimiento) somete a la mujer a riesgos de salud, y las consecuencias que puede tener afectan tanto a la futura madre como al bebé; por ello se presentan a continuación algunos de los principales datos de salud relacionados con el proceso del embarazo, parto y puerperio.

En el 2006, el promedio de consultas prenatales otorgadas por embarazada fue de 4.8, cifra dentro de lo establecido con la Norma Oficial Mexicana de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que señala que la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales durante el embarazo.

Para el año 2006, las instituciones del Sistema estatal de Salud contaban con 88 gineco-obstetras, mismos que otorgaron 47.9 mil consultas externas.

Asimismo, nueve de cada diez partos ocurridos en el estado fueron atendidos en un hospital o clínica. De 11.2 mil nacimientos atendidos, 43.3% fueron nacimientos por cesárea, lo cual excede la norma oficial mexicana que regula el caso, que recomienda limitar la proporción de cesáreas entre un 15% y 20% en relación con el total de nacimientos atendidos.

En otro orden, los niños que al momento de nacer pesan menos de 2.5kg son considerados población de alto riesgo, debido a las complicaciones que puede tener en su crecimiento y desarrollo. En el 2006, 49 de cada mil mujeres tuvieron bebés que pesaron menos de 2.5kg.

En el IMSS de Colima se realiza frecuentemente la operación cesárea durante el turno vespertino, ya que son menos las horas laborables y el médico tiene que decidir más rápido que en otros turnos.¹⁷

En el 2006, en Colima, de los decesos registrados de menores de un año, 50.3% falleció por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; 26.2%, debido a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 2.0% por ciertas enfermedades infecciosas intestinales.



Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 2006

La mayor frecuencia de complicaciones maternas en el sistema hospitalario puede atribuirse al manejo inadecuado y a la utilización de tecnologías médicas innecesarias en la atención del parto por vía vaginal. Los partos fueron atendidos por personal médico con diferente grado de especialización, sin que hubiera criterios que definieran el perfil o características de adiestramiento necesarios para su atención. El empleo indiscriminado de tecnologías puede aumentar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales y, además, contribuir al encarecimiento del servicio. La complicación más frecuente fue el desgarro perineal, seguida por la infección o dehiscencia de la episiotomía. Aunque la posición de litotomía puede incrementar el riesgo de desgarros perineales, la causa principal de éstos es el manejo inadecuado del periné durante la fase

¹⁷Trujillo Hernández B, Tena Pérez CE, Ríos Silva M. Factores de riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. GinecolObstetMéx 2000; 68:306-11.

expulsiva del parto. La infección y la dehiscencia se añaden a los riesgos de la episiotomía y pudieron ser consecuencia del empleo de materiales o instrumentos contaminados. Aunque la infección pudo también haber sido causada por negligencia de las mujeres. En un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de México, la infección de la episiorrafia ocupó el segundo lugar entre las infecciones nosocomiales posparto.¹⁸

2.5. Modelo estándar de atención de partos en la región de Tecomán, Colima.

La atención médica que se proporciona a las mujeres en los centros de salud esta intensamente medicalizada y responde a un consenso protocolar izado y establecido institucionalmente. Esta sistematización da como resultado una atención estandarizada y homogénea para todas las mujeres parturientas que acuden a recibir atención médica a las instituciones de salud. Se observan diferentes grados de medicalización o intervención médica dependiendo de quien lleve a cabo el parto ya sean las parteras o los médicos, o de los servicios a donde se acuda ya sean públicos o privado y otra factor sería el de las propias mujeres, que a su vez eligen quien y como llevaran a cabo el nacimiento.

Centros de Salud Rurales

Dentro de la infraestructura y equipo existente, los centros de salud del Municipio de Tecomán, cuentan con sala de espera, sala de expulsión, dos consultorios para consulta general, enfermería, sala de recuperación, consultorio dental, y bodega. Adicionalmente, existen camas de internamiento para los pacientes que requieren pasar una noche en el centro de salud. Se cuenta con equipo básico, más no suficiente y/o en buenas condiciones para la atención de partos.

Con respecto al personal de salud, cada centro de salud analizado cuenta al menos con un médico pasante y una enfermera(o) pasante. En el caso médico

¹⁸Figuroa DR., Ortiz FJ, Arredondo JL. Infecciones nosocomiales de origen gineco-obstétrico en un hospital de atención perinatal. Salud Pública Mex 1994; 36:10-16.

generales y enfermeras titulados laboran en el centro de salud, aunque estos trabajan sólo 8 horas al día. Los médicos (pasantes o generales) son los encargados de la atención. La atención para consulta general es de lunes a viernes por la mañana (8:30 am – 2:00 pm), mientras que se ofrecen servicios de emergencia los mismos días las 24 horas.

Los centros de salud no tienen capacidad para dar fluidos intravenosos. Las medicinas son provistas trimestralmente, y frecuentemente, los establecimientos se quedan sin insumes antes de que termine el periodo para el que fueron asignados. A diferencia de la asistencia a los controles prenatales, a cual es alta ante incentivos creados por otros programas, como el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), el Seguro Popular y Oportunidades; la atención de los partos en los centros de salud en el Municipio no es parte de la práctica cotidiana.

No se brinda atención, sólo se otorga la referencia de pacientes al Hospital Regional, en caso de que lleguen al centro de salud rural, para las siguientes intervenciones: anemia severa, hemorragia, inicio de trabajo de parto, complicaciones del embarazo, cesáreas, complicaciones de aborto, sepsis, eclampsia y complicaciones neonatales.

Hospital Regional de Municipio de Tecomán.

Para la atención materno-infantil, el Hospital General de Tecomán cuenta con la zona de urgencias, ginecología y dos consultorios para consulta general. La primera consta de una recepción, dos consultorios de ginecología, área de curaciones, área de observación pediátrica, área de datos, área de observación de adultos y sala de choques. En ginecología se presenta el área de toco cirugía, que incluye una sala de labor, sala de expulsión y quirófano (para la atención de casos complicados); y una sala de recuperación. Todos los espacios mencionados poseen el equipo mínimo que se sugieren en las guías de la OMS.

En relación al personal de salud, además de 3 médicos generales, el hospital cuenta para la atención de urgencias con médicos especialistas, como ginecólogos. La plana de enfermeras es amplia. Las consultas generales, control prenatal y ginecología, pediatría, cirugía general, medicina interna son atendidas de lunes a viernes de 8:00 a 2:00 pm. El área de urgencias se encuentra abierta todo el día, todos los días. Para la atención de partos y complicaciones obstétricas, el hospital estudiado provee servicios de parto tanto normal como complicado, teniendo capacidad de atender infecciones (sepsis), hemorragias, problemas hipertensivos, cesáreas entre otros.

Con respecto a los insumos, las medicinas son provistas trimestralmente y frecuentemente, los establecimientos se quedan sin material antes de que termine el periodo por el que fueron asignados. Por lo que carecen de medicamentos y fluidos intravenosos de manera regular.

Se cuenta con tres ambulancias propias y completamente equipadas, además de una camioneta pickup en caso de que las ambulancias se hallen ocupadas. Todas estas ambulancias están destinadas exclusivamente para el traslado de pacientes hacia los hospitales especializados en la ciudad de Colima, el Municipio de Ixtlahuacán y Guadalajara.

Por otro lado todas las mujeres en el estado que no pertenezcan a otra institución de salud cuentan con el Seguro Popular¹⁹ para la atención en salud del embarazo, parto y puerperio en general.

¹⁹ El Seguro Popular de Salud (SPS) es un esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Cada año se pretende inscribir a un millón y medio de familias, hasta cumplir la meta de 10 millones de familias en 2010. Los recursos del SPS se componen de una cuota familiar anual (de acuerdo al ingreso familiar, las familias ubicadas en los tres primeros deciles y beneficiarias de Oportunidades no pagan), una cuota social aportada por el gobierno federal (equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo para el DF, 2,574 pesos al año por familia), una aportación solidaria federal, también aportada por el gobierno federal (equivalente a 1.5 veces la cuota social, es decir 3,860 pesos al año por familia), y una aportación solidaria estatal, aportada por cada estado de la República (equivalente a la mitad de cuota social, 1,287 pesos al año pro familia). Ver <http://www.seguro-popular.gob.mx/> (consultado en octubre del 2008).

2.6. Otras formas de parir en el Municipio de Tecomán.

Al referirnos a “nacimiento” es entendido en la globalidad de un proceso cuya característica es la continua evolución. Comienza con el embarazo, tiempo de gestación de la criatura, de proyectos, discursos y actividades dirigidas hacia el nacimiento del hijo/a. El parto es el acontecimiento estelar tanto para las mujeres como para sus parejas y para las parteras, y no así para los médicos obstetras, quienes lo perciben como una alteración de la salud el cuál inicia con la gestación y finaliza con el nacimiento.

Las parteras tradicionales suelen ser figuras reconocidas y respetadas dentro de sus comunidades, que gozan de cierto grado de influencia social. Muchas no sólo ayudan a nacer a las nuevas generaciones sino que curan y ayudan a mejorar a los niños, a los jóvenes y los adultos de su comunidad.

En el estado de Colima hasta hace unos años las parteras pertenecían al sistema de salud por parte del IMSS, pero al entrar los programas como PROGRESA y OPORTUNIDADES, ya no fue necesario de su presencia en las comunidades rurales por lo que se suspendieron las capacitaciones y se les relegó de sus funciones.

Actualmente sólo en rancherías y en poblados rurales alejados las parteras siguen cumpliendo su labor mientras que otras, tuvieron que resignificar sus prácticas, obtener recursos mediante la práctica de otros oficios como costureras o la venta de alimentos. Sin embargo si alguna mujer embarazada necesita alguna consulta para sobada por ejemplo aun las llevan a cabo clandestinamente. La mayoría de las parteras de Tecomán Colima han atendido solas sus partos, algunas veces porque así lo han querido, porque no les gusta que las atiendan otras personas o por vergüenza como ellas mismas dicen. Algunas parteras mencionan que llaman a otra partera después “para que arregle a la criatura”, porque los médicos no saben cortar el cordón umbilical, no respetan las tradiciones en el manejo de la placenta.

En las entrevistas con las parteras salieron a luz varios factores importantes que explican porque en algunas circunstancias las mujeres escogen a la partera a la hora del parto: 1) desconfiaban de los conocimientos del personal de practicantes en los hospitales, por su calidad de principiantes, 2) tenían miedo de que les cambiaran a su hijo por otro en la confusión del hospital, 3) no querían correr el riesgo de recibir un dispositivo intrauterino o algún otro método anticonceptivo que no solicitaron, 4) no contaban con recursos económicos y legales en caso de que algún procedimiento médico fallara y 5) preferían no correr el peligro de una cesárea innecesaria. También hay mujeres que optan por ir a la partera después que les avisan en la clínica que tienen una cesárea programada. En un periodo de tres meses encontré varias mujeres que iban con la partera solo para “ser sobadas” sin referir en qué consistía dicho tratamiento y luego recurrían al hospital para ser atendidas en el parto.

2.7. Las parteras de Tecomán

La muestra de parteras no fue construida con el fin de que tuviera representatividad estadística y desde ahí generalizar los resultados como tradicionalmente se buscan en las aproximaciones cuantitativas, sino que buscamos heterogeneidad en las entrevistas hasta alcanzar el principio de saturación teórica, es decir, cuando ya no obtuvimos más información heterogénea de la que ya habíamos recopilado. Esta aproximación metodológica privilegia la búsqueda de una población que diversifique las observaciones y desde ahí, más que medir la incidencia de las mismas, se trata de interpretar las diferentes experiencias observadas.²⁰

Las ocho parteras entrevistadas habían tenido al menos un hijo; tres estaban casadas, 1 vivía en unión libre y cuatro eran viudas; su edad fluctuó entre 45 y 85

²⁰ GUADARRAMA, R. Las paradojas actuales de la investigación cualitativa en ciencias sociales. En: Canales A. y Lerner S. (coordinadores). Desafíos teóricos y metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio. El Colegio de México, Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Demografía. México, 2003:162-176.

años. Dentro de su escolaridad, dos terminaron la secundaria y 1 la primaria, las otras 5 no culminaron sus estudios de primaria o no asistieron a la escuela.

En cuanto a su relación con las instituciones de salud, esta inició hace más de una década, cuando se fundaron las casas de salud que se convirtieron en los actuales Centros de Salud. Tres de ellas acudieron a los cursos de capacitación impartidos en el Seguro Social de Tecomán y las otras cinco siguieron su práctica sin capacitación a la par del centro de salud, acudían al centro de salud a apoyar al médico o enviaban a las mujeres después del alumbramiento.

Aquellas que fueron capacitadas refieren que el objetivo de dicho adiestramiento era identificar riesgos en las embarazadas, el uso de guantes, y material estéril, así como en caso de identificar algún tipo de riesgo se debían derivar a las embarazadas a un servicio médico.

Esta situación que tiene como intención la disminución de las muertes maternas y neonatales, ha sido difícil para las parteras ya que al embarazo y al parto los habían considerado como un evento natural y familiar. Sin embargo, aquellas que recibieron adiestramiento han modificado esta creencia y han aceptado que no pueden atender a las embarazadas con complicaciones, sino deben hacerlo los médicos, iniciándose en ellas un proceso de subordinación al modelo biomédico.

En este contexto, la combinación de elementos y recursos provenientes de la partería tradicional y de la obstetricia moderna en la articulación de un nuevo modelo de atención perinatal, se observa concretamente a través de la utilización de un lenguaje típicamente biomédico, junto al uso de recursos tecnológicos desarrollados y difundidos también dentro de este modelo, que se combinan con algunos recursos específicos de la partería tradicional, pero principalmente con otros recursos provenientes de los distintos sistemas alternativos de salud.

Las parteras que no acudieron a la capacitación pero trabajaron en conjunto con los médicos del Centro de Salud, han adquirido conocimientos tanto biomédicos como tradicionales, lo que ha provocado una transformación en su quehacer. A

través de la biomedicina han aprendido a inyectar, poner sueros, medir la presión arterial, hacer tactos vaginales, recetar medicamentos, miden el vientre de las madres, las pesan, escuchan el corazón del bebé y miden su frecuencia cardiaca.

La mezcla de prácticas tradicionales y biomédicas les ha permitido ampliar su gama de posibilidades para la atención que ofrecen en sus comunidades; sin embargo, al no abandonar la medicina tradicional las ha llevado a enfrentarse a ciertos conflictos con las instituciones de salud.

La forma de atención tradicional es por lo general negada, ignorada y/o marginada por parte de la biomedicina, pese a que la atención tradicional es aún en algunos lugares frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población²¹. Las parteras son uno de los diversos terapeutas que se apoyan en la medicina tradicional; y pese a que identifican a la medicina institucional como la forma más correcta y eficaz de atención, también consideran benéficas ciertas prácticas tradicionales y optan por no abandonarlas, estableciéndose entonces un mecanismo de oposición o resistencia a las representaciones y prácticas

2.8. Reflexiones parciales

La salud o la enfermedad son conceptos abstractos pensados. Estos conceptos obedecen a una interpretación del mundo en particular que está plasmada tanto en el conocimiento formal o académico por decirlo de alguna manera y en expresiones de la cultura como: ritos, mitos, tradiciones y costumbres. Existen sin embargo clases, grupos sociales e individuos que cambian y se modifican históricamente.

Este proceso implica una explicación de varios niveles que abarcan todos los aspectos de la vida humana. En este sentido el concepto de salud propuesto por la OMS toma en cuenta algunos de ellos al definirla como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, es un

²¹ GÜÉMEZ, M. *La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas*. Universidad Autónoma de Yucatán. Rev. Mesoamérica, 2000; 21(39):305-33.

derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo importante en todo el mundo”. Este concepto no solo considera los aspectos bio-psico-sociales del proceso sino que hace referencia a los aspectos jurídicos y políticos al definirla. Además considera a la salud como un derecho humano y una responsabilidad de gobiernos e instituciones de mejorar la salud de todos para alcanzar justicia social (IMSS COPLAMAR, 1982). Los conceptos, estrategias y políticas en general, van evolucionando a lo largo del tiempo y van adquiriendo formas particulares en su desarrollo local.

Es interesante hacer notar que en el sistema hospitalario el conjunto de procedimientos y recursos utilizados para la atención del parto y del recién nacido es relativamente homogéneo, mientras que en el sistema tradicional se observa una variación relativamente grande entre dichos recursos. Esto puede deberse a la lógica que integra a cada sistema, la cual se deriva de concepciones diferentes sobre en la atención del proceso salud-enfermedad y la naturaleza que lo rodea.²² En el caso del primero, se trata de un saber institucionalizado, cuya transmisión involucra el aprendizaje escolarizado. En el segundo, se trata de un saber subordinado cuyo aprendizaje involucra la transmisión oral y el aprendizaje empírico. Estas diferencias son rara vez consideradas en el diseño de programas de capacitación para personal de salud y parteras, y del currículo de la carrera de medicina. Por lo que se ve implícito en las prácticas que cada uno conlleva y realiza con respecto a la atención materno infantil.

Sin embargo, los resultados encontrados son congruentes con los estudios que evalúan la tecnología médica y las prácticas de parteras tradicionales y sugieren la necesidad de llevar a cabo estudios que, como el presente, evalúen los recursos y procedimientos que cada sistema utiliza para atender el parto por vía vaginal y al recién nacido. En un contexto más amplio, y aun cuando solo se estudió dicho fenómeno en el municipio de Tecomán en el estado de Colima se espera sea pueda dar pie a realizar estudios donde se hace necesario dar cuenta del impacto en la salud la pérdida de la práctica del parto o el nacimiento desde un punto de vista más natural. Independientemente de que provengan de los saberes y

prácticas tradicionales o de la medicina académica, es necesario identificar aquellos que por sí mismos o por su utilización incorrecta o indiscriminada representan un riesgo para la salud materno-infantil, así como aquellos que aseguran una atención con calidad y calidez, además de adecuada al contexto en el cual viven las mujeres. De esta manera, este tipo de estudios contribuiría a una evaluación objetiva de los sistemas hospitalario y tradicional, la cual, aunada a estudios de carácter antropológico médico, permitiría valorar el importante papel que juegan las parteras en la salud materno-infantil, así como al diseño y evaluación de programas de capacitación, que consideren sus necesidades y prácticas, permitan su participación activa y den seguimiento a las acciones de supervisión y provisión de recursos. Finalmente, estudios de este tipo también podrían contribuir a evaluar el impacto de la Norma Oficial y de las recomendaciones de la OMS sobre la práctica médica y la propia capacitación de las parteras empíricas.

3. LA ATENCIÓN DEL PARTO COMO UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIOHISTÓRICA: la civilización del parto.

La atención del parto siempre había estado en manos de mujeres, tal como sucedió en la mayoría de las culturas durante siglos. La partera en México, ha tenido una gran tradición, en la época prehispánica ocupó el papel de sacerdotisa, educadora de salud, poseía la categoría de una mujer sabia.

En nuestro país el vínculo de la mujer y la salud ha existido desde tiempos prehispánicos. Existen muchos indicios acerca de las funciones que desarrollaban las mujeres en la atención de la salud, especialmente en la atención del embarazo y la del parto, así como sobre la importancia del papel que ejercían las parteras. En estos se encuentran las raíces de lo que hoy es la partera mexicana y representan los antecedentes que explican su evolución posterior.

Actualmente, las prácticas que realizan las parteras tienden a recuperar el equilibrio de la mujer y del niño durante los procesos de salud-enfermedad y responden a una forma de entender la vida y cosmovisión del mundo. La partera desempeña y sigue desempeñando funciones importantes en la vida de las mujeres en distintos espacios geográficos del país. Sin embargo, es importante señalar que en algunos gozan de mayor prestigio mientras que en otros ha ido desapareciendo esta práctica habitual, y los servicios de salud pública han ganado terreno en la atención del embarazo, parto y puerperio. Ante esto el perfil de la partera se ha modificado a lo largo del tiempo para adecuarse al contexto.

En este capítulo se pretende analizar a detalle el proceso del parto como un objeto de conocimiento en donde se encuentran implicadas diversas disciplinas médicas, socio-antropológicas y educativas. Intentar comprender los motivos y las formas en que se ha “civilizado” y controlado el proceso reproductivo, nos obliga a hacer una genealogía histórica. En la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, la atención del embarazo, parto y puerperio deja de ser atendido por mujeres, parteras y comadronas, sin formación médica, fuera del

ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital, como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, en dónde ya no es un fenómeno social compartido por la mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario –principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización (Sadler, 2004:8).

En este contexto se pretende revisar los antecedentes históricos y consecuencias del ejercicio de formación de la partera en México, con la intención de visualizar en estos procesos formativos los cambios y saberes médicos y educativos implícitos relacionados con el papel de las parteras y su participación en este quehacer de atención a la salud...

3.1. La época prehispánica.

En el medio rural mexicano, desde épocas anteriores a la conquista española hasta nuestros días, la partera posee una importancia notable dentro del grupo de terapeutas que se encargan de la atención a la salud. Virginia Mellado (1989) comenta que en los textos de Sahagún se menciona a la partera con la expresión de “señora y madre espiritual”, lo que justifica no sólo la importancia de su formación, sino el hecho de que ella asumía funciones de consejera de joven casadera y también de las mujeres embarazadas, y realizaba ciertos actos ceremoniales vinculados al sistema de creencias, ofreciendo a los recién nacidos a los dioses y atendiendo la celebración de los primeros ritos de la vida.

Los aztecas creían que los nuevos seres eran formados en el más alto de los trece cielos por la dualidad creadora, y de ahí venían a ocupar su sitio en el vientre de la madre. El niño era escondido en ella como en un cofre y su desarrollo normal o patológico dependía primordialmente de la voluntad de los Dioses.

La atención del ciclo materno infantil estaba a cargo de la Tlamatquicitl, y sus funciones se iniciaban desde el momento en el que la mujer concebía y solicitaba su ayuda; efectuaba visitas periódicas a su domicilio y daba pláticas de

enhorabuena a la embarazada, las cuales consistían en dar orientación prenatal a los cónyuges.²²



Figura 3. Mural de Diego Rivera. La Historia de la Medicina en México: La gente en demanda de la salud, detalle del nacimiento. Tlamalquiticitl 1953. Hospital de la Raza, México.

Era costumbre que la Tlamatquiticitl se instalara en el hogar y permaneciera allí durante cuarenta días, siendo sus funciones más importantes el baño de temazcal, la atención del parto, pláticas a la recién parida, dar la buena nueva al padre y a los amigos de la pareja. Cuatro días después del nacimiento ofrecía al recién nacido a los dioses; si era hombre al Sol, y a Chalchiutlicue si era mujer.

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

²²ALFARO, Noé et. al. (2006). *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. INVESTIGACION EN SALUD, abril, año/vol. VIII, número 001*, 50-53.

La Tlamatquicitl²³, era la partera entre los aztecas. Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud.

La posición del parto prehispánico fue representada en figurillas y en los códices y ésta corresponde a una posición de cuclillas. esta posición, que favorece el parto al echar mano de la fuerza de gravedad, que hasta el día de hoy se utiliza entre las mujeres que se atienden fuera del sistema de salud o modelo biomédico.

También existían conjuros sin los que el parto no se iniciaba, donde se empleaba el nahuallatolli o lenguaje de los espíritus.²⁴ La partera era la encargada de que la mujer pariera con facilidad, y solo intervenía si los partos eran prolongados o con dificultades para la expulsión.

Si la mujer no paría la metía al baño, le enderezaba la criatura en caso de que se hubiera volteado, y si aun así no paría, se encerraba con ella a orar. Si la criatura moría la partera con un cuchillo de obsidiana cortaba el cuerpo muerto dentro de la madre, y ya en pedazos lo sacaba para liberarla a ella de la muerte.²⁵ Si la parturienta moría de parto la llamaba mocihuaquetzaque que quiere decir mujer valiente. Según los relatos de Sahagún a los familiares de la mujer no les daba tristeza, pues creían que al morir iba a la casa del sol, igual que los soldados muertos en la guerra.

Otro dato importante respecto al parto es que en los partos había diferencias de acuerdo al papel que se ocupara en la sociedad. Relata Sahagún que si la embarazada era rica o principal, se quedaban con ella hasta tres parteras. Pero casi siempre había una partera atendiendo a la mujer especialmente si era primípara.²⁶

²³ Ibídem.

²⁴ López Austin, Alfredo. Op. Cit.

²⁵ En el México precolombino existían otras diosas del parto eran Quilaztli, Ixcuina, Cuato, y Caxoch.

²⁶ Primípara: que paría por primera vez.

En un lugar de la casa enterraban el cordón umbilical si el recién nacido era niño, y la placenta si era niña.²⁷ Siguiendo con los ritos que llaman la atención de estas costumbres, es que en casa de la recién parida ardía el fuego cuatro días para buena ventura de la criatura que había nacido.²⁸

Daban luego gracias a la partera, y ella a su vez les decía que el seño había puesto en sus manos un manojito de plumas ricas.²⁹ Las mujeres eran valoradas en parte, por dar a luz a futuros guerreros lo cual era importante para el mantenimiento de su sociedad. Los niños eran considerados como una bendición de los dioses y continuación física y cultural de los antepasados.

También de acuerdo al nivel socioeconómico variaba la comida del bautizo o los regalos de los familiares. Era la partera quien bautizaba la criatura que había parteado, pues también fungía como sacerdotisa. Ella elegía el nombre de alguno de los antepasados del recién nacido y pedía que apartara del niño todo lo malo y contrario que le había sido dado antes del principio del mundo.³⁰

Por lo anterior podemos decir que la partera estaba ligada a aspectos religiosos y sociales. Tanto en el México precolombino, como en el colonial las parteras aconsejaban y daban remedios si había problema de esterilidad y luego durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia. Entre los habitantes del México prehispánico se cuidaba el aspecto psíquico de la mujer durante el embarazo y los procesos relacionados con él. Según Noemí Quezada, esto se debe a que la mujer tenía un papel diferente en la sociedad, aunque antes de la occidentalización de la medicina lo emotivo tenía un papel fundamental.

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

²⁷Sahagún, Fray Bernardino. 1979 Colección de datos de México Prehispánico. Editorial Poma 4ª Edición.

²⁸Ibíd. Libro sexto. Capítulo XXXI. P. 384-385

²⁹Ibíd. Libro sexto Capítulo XXXIV P. 250.

³⁰Sahagún, Fray Bernardino Op. Cit. Libro Sexto. Capítulo XXXVII. P. 399

que significó para los indígenas la persecución a parteras, como a otros médicos tradicionales, durante la época colonial.

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

3.2. Las parteras de la época colonial.

Durante la Colonia, se inició la evangelización de la población, hubo lugar para muchos cambios relacionados con el vestido, la comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones, pero al arte de los partos, no se le prestó ningún interés.

La urgencia de atender a una mujer que va a parir, dado que es un acto que no se puede posponer, se presentaba como una inesperada oportunidad para las más hábiles parteras, lo cual continuó así en los siglos XVI, XVII y dos tercios del XVIII. La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, de las comadronas, de las parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo.

Sin embargo, los rituales y prácticas de la época prehispánica se fundieron con las hispánicas en la colonia y no son muy diferentes de las que aún persisten en México. Se ve así que a lo largo de la colonia el culto por Temazcaltoci fue perdiéndose pero se reinterpretó, como el de otros dioses, dentro de las nuevas formas culturales y religiosas.

En ésta época los ritos aztecas en la Atención Materno Infantil, continuaron en forma clandestina debido a la persecución de que fue objeto la Tlamatquicital por su representación religiosa, creándose así la partera empírica que ejercía principalmente en los barrios de las clases más necesitadas. Hecho que de alguna manera está presente hasta nuestros días. Los Hospitales, eran atendidos por religiosas, viudas o solteras en edad madura, todas ellas empíricas. La cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y

de sexualidad. En esta época hubo múltiples protestas contra la abolición de la poligamia y la práctica del matrimonio entre indígenas de corta edad. Por otra parte, este grupo sufría las consecuencias de los problemas de esa época. Partos, abortos e infanticidios, se registraban en varias regiones, Alonso de Zorita supo de muchos casos de suicidios para escapar del pago de tributos exagerados y también cita numerosos abortos y negativas de procrear entre los indios mixes y chontales. Es por esto que el decrecimiento de la población y la definición de vida colonial aparecían relacionados. En la época postcolonial en México, la atención del embarazo tuvo su propia regulación, uno de los primeros aspectos fue el establecimiento del protomédico en 1628 quienes tenían las atribuciones de; "...Examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía... y disponía cartillas para los sangradores y parteras..." Fue hasta 1840 en que apareció el Reglamento Particular de la Enseñanza Médica, que consideró un curso sobre partos para las matronas en el hospital de San Miguel, señalando además que "Las parteras debían ser casadas (con consentimiento de sus maridos) o viudas, haber llevado el curso y practicado bajo el cuidado de una matrona por dos años". (Alfaro, et al. 2006). El estado tenía como objetivo, reemplazar a las parteras tradicionales por personal de salud entrenado, alfabetizado y más joven.

Después de la invasión y conquista europea el paulatino ingreso de médicos graduados en las universidades españolas, y una plaga de practicantes empíricos españoles, criollos y mestizos, además de los médicos indígenas, obligó a las autoridades virreinales y municipales a ejercer el control de la práctica médica mediante ordenanzas giradas por el Protomedicato y los ayuntamientos con la finalidad de regular legalmente la práctica de médicos, cirujanos, barberos, parteras y otros terapeutas³¹.

Según Nicolás de León, el ejercicio de los partos empezó a tenerse en cuenta, aunque poco durante el siglo XVIII por la medicina moderna. Para entonces ya

³¹ Campos, Roberto (1996), "Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina, estudio de México y Bolivia. Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México.

había algunos varones que ayudaban en los partos a título de “tenedores”. Fue hasta el año de 1719, con el establecimiento de la Escuela de Anatomía Práctica y Operaciones de Cirugía en el Hospital Real de Naturales de México, cuando se empezó la enseñanza de la obstetricia. Antes sólo existían algunas obras médicas escritas y publicadas primero en España como por ejemplo el libro “El parto humano” del Dr. Francisco Núñez que fue dedicado a las parteras. Más tarde, en 1768, se impartieron clases sobre el arte obstétrico en la Escuela de Cirugía.

El etnocentrismo español respecto a la atención del parto por un médico, unido al poder del clérigo, quien luchaba contra toda creencia no católica, degradó la imagen de las parteras y su persecución pública en la Nueva España, siendo víctimas de la Inquisición cuando existían sospechas de tener pacto con el diablo.

El único tipo de partera aceptado oficialmente, era el de la partera instruida en aulas médicas. La partera indígena como representante de la religión “pagana” incluía en su práctica ritos y magia para “proteger” a la parturienta. Por tanto era acusada de brujería así como de ocasionar defectos en los recién nacidos. Posiblemente los médicos de entonces criticaban tanto la actividad de la partera para obtener clientela, ya que la obstetricia, como tal, no fue reconocida como especialidad médica hasta mediados del Siglo XIX.³²

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

3.3. Época de la reforma

Desde la Conquista se iniciaron conflictos entre civiles y religiosos, estos últimos acumularon bienes y ostentaron gran poder. En el país predominó la inversión extranjera y la pugna política entre conservadores y liberales desencadenó la guerra de Reforma y como consecuencia de la misma se suscitaron cambios sociales, culturales y políticos que repercutieron sustancialmente en las

³² Leiter, Waltraud (1982) “La atención “tradicional” del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua”. Tesis de Maestría en Etnología especializada en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología, INAH-SEP., México, D.F.

costumbres y las modas³³. La desigualdad social se hizo más aparente y se agudizaron los prejuicios raciales. En 1879 se crea el gran círculo de obreros de México. En ésta época se abren fuentes de trabajo para la mujer (Nuñez, 1988).

Por otro lado la persistencia de las guerras hizo necesaria la fundación de Hospitales de Emergencia y así se logró que el Colegio de los Agustinos de San Pablo se convirtiera en el Hospital Juárez. Al ser expulsadas del país las órdenes religiosas los Hospitales quedan en manos de las mujeres del pueblo. En 1905, se inició la Carrera de Enfermería en la Ciudad de México con el requisito de ser persona del sexo femenino de preferencia viuda (Bravo, 1970). Para capacitarla se requerían tres años distribuidos en año y medio para el servicio de maternidad y el resto para consulta externa. La partera empírica en las nuevas instituciones efectuaba la atención del parto eutócico, no efectuaba control del embarazo, y se relegó al área rural.

Durante esta época se comienzan a dictar en México cursos de instrucción para parteras y en 1841, se titula la primera partera profesional. A excepción de una, las distintas escuelas de partería en México y en otras capitales de la República impartieron estos cursos sólo a mujeres jóvenes mayores de edad, a quienes se les exigía tener buenas costumbres y saber leer y escribir (Carrillo, 1988). Se comenzó estableciendo límites al campo de acción de las parteras.

En 1875, un artículo de la Gaceta Médica de México destacó la presencia de charlatanes y curanderos en el país. Señalaba que, “si bien en todos los tiempos y todas las partes han existido plagas de la humanidad, como un testimonio de ignorancia y de las preocupaciones del vulgo, tal vez en ninguna como en México está tan desarrollada”. Puntualizaba que, a pesar de la existencia de claras sanciones penales para aquellos individuos que al ejercer la práctica médica lo hacían sin tener un título legal, rara vez se aplicaba el castigo correspondiente.³⁴ Sin embargo, la comunidad médica oficial denunció la no observancia de la ley

³³ . (1981). . México, D.F., Colegio de México.

³⁴“Crónica Médica-Los charlatanes y curanderos”, en Gaceta Médica de México, Tomo 10, 1 de enero de 1875, núm. 1 p. 20-24

que traía como consecuencia que se promovieran los curanderos, yerbateros, charlatanes y parteras en el interior de la República.

El estatus de las parteras fue ambiguo. Con título o sin él, eran mujeres poderosas y apreciadas en sus comunidades. Aunque poseían un saber muy especializado y necesario, ante el gremio médico eran tenidas en poca estima.

Su aceptación popular, basada en su experiencia y en los saberes tradicionales, representaba un desafío a la institución y una competencia para los médicos. Ellas son claro testimonio de que una educación formal o incluso saber leer, no eran requisitos indispensables para tener un oficio remunerado y respetado en las comunidades. De hecho representan (en muchas localidades en la actualidad) una competencia para el médico alópata.

3.4. Época de la revolución

Al subir al poder Porfirio Díaz, la situación se agrava; la industria pasa a manos de capitalistas extranjeros quienes implantan las tiendas de raya, y se crean los latifundios (COLMEX, 1976). A la mujer la ley, le imponía la tutela del esposo, no podía votar y para celebrar contratos civiles le era forzoso contar con bienes de fortuna.

En cuestiones de salud, hubo gran desorganización en los hospitales, la evolución que había alcanzado la enfermera así como el sector salud, decayó debido a la crisis que sufría el país, sin embargo aparecen las soldaderas como enfermeras en el campo de batalla, hecho que originó entre otras cosas la enfermería militar³⁵. Aparece la Carrera de Obstetricia dependiendo de la Facultad de Medicina, con lo cual se constituyó como una profesión formal. La partera universitaria ejercía dentro de las instituciones, y en las zonas urbanas su florecimiento se dio entre los años de 1920-1950. En 1912 los estudios de las parteras profesionales se ampliaron a dos años y a partir de 1920 se formaron parteras homeopáticas en la Escuela de Medicina Homeopática.³⁶ En las zonas rurales, sobre todo en las más

³⁵Bravo, F. (1970). *Nociones de Historia de la Enfermería*. MÉXICO: 3a Edición Tipografía Comercial.

³⁶Martínez Benítez, et. al. Op. Cit.

alejadas, seguía atendiendo la partera empírica por lo cual se hace necesario su adiestramiento y éste se inicia a partir de 1930.

La mayoría de las mujeres en condiciones de dar a luz, no recibían atención durante el parto, eran auxiliadas por sus compañeras en el campo de batalla para continuar de inmediato el camino que seguían los revolucionarios.³⁷

Los recién nacidos eran alimentados al seno materno, en caso de no ser posible, existía un amplio sentido de solidaridad y al producto lo alimentaba otra mujer siempre con leche materna. La consolidación de la formación de la partera en todo este proceso se debió a la aceptación que tenía en la atención materno infantil, tanto en el hogar como en algunos centros hospitalarios; cabe hacer notar que en la medida en que la atención del parto se institucionalizó, la acción de la partera fue disminuyendo, por lo que se puede pensar que la partera es más aceptada y requerida en la comunidad, ya que culturalmente se prefiere que sea otra mujer la que asista el parto.

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

En las maternidades construidas a partir de la revolución, la enfermera partera estaba encargada del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido. Para la carrera de partera se fueron exigiendo cada vez más requisitos, hasta que, en la década de los 50, se suspendió ésta, y se empezó a hablar de que, a mediano plazo, todos los partos fuesen atendidos por médicos especialistas. Para los años 60 la partera profesional se había extinguido prácticamente. Según Martínez Benítez y colaboradores que la partera profesional fue desplazada de las

³⁷ Op cit.

ciudades, con el desarrollo del IMSS y del ISSTE por la profesión médica. El ginecólogo, el anestesiólogo y el pediatra fueron desempeñando cada vez más actividades que ellas habían realizado antes en las maternidades.

3.5. La profesionalización de partera en México

Las opciones que tenía la mujer para estudiar en el siglo XIX, se centraban principalmente en las profesiones de maestra y de partera. La mayoría de las universidades del país ofrecían la carrera de partera, con preparación muy heterogénea, por la autonomía para que los Estados legislaran acerca de la educación en forma independiente con distintos planes de estudio en las diferentes universidades.

En 1833 la Escuela de Medicina de la Ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres solamente, con educación primaria superior, la aprobación de un examen preparatorio y poseer conocimiento del idioma francés. La carrera duraba 2 años y, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo I), recibían “una enseñanza objetiva, ya fuera en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrían de pedirse a Europa”.

En esas mismas ordenanzas se ubica a las parteras dentro del personal “científico” o del “administrativo” y su salario era tres veces mayor que el de las enfermeras.

Hasta mediados del siglo XIX, sí bien la partera tenía una situación social superior al de la enfermera, lo cierto es que se encontraba en condiciones desfavorables en relación con el médico, tratando de conservar las funciones que le fueron propias hasta ese tiempo, porque la investigación experimental en el campo de la medicina, con los avances logrados despertó en los médicos, un interés creciente por los aspectos obstétricos tal como se observa en el Catálogo de Tesis de Medicina del siglo XIX publicado por la UNAM. Del total de temas abordados, el 12 % eran sobre Ginecología y Obstetricia y de este apartado el 70 % correspondían a obstetricia. No es extraño que Matilde Montoya (1859-1933) estudiara medicina

ante el acoso médico para impedirle una exitosa práctica como partera, profesión que realizó en 1873 y se tituló de médica en la Universidad Nacional de México en 1887³⁸.

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

En el transcurso de la primera mitad del siglo XIX se comienza a dictar en México cursos de instrucción para las parteras y en 1841, se titula la primera partera profesional. Con esta formación de parteras profesionales que no contaban, desde la perspectiva biomédica y oficial con las herramientas y conocimientos necesarios para una buena y segura práctica médica de atención del parto y nacimiento. La partería profesional nace entonces en México “con el doble de carácter de actividad necesaria para la profesión médica y subordinada a ella y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales (Carrillo, 1999).

La relación entre las nuevas parteras profesionales y los médicos nunca estuvo exenta de contradicciones. Se distinguía a los médicos que cumplían con la formación de parteras, pero en realidad la situación frecuente era que ellas impartieran sus conocimientos médicos. Pero estas contradicciones se agudizaron a partir de la instauración de la ginecología como especialidad médica en México en 1887, año en que se instituyó la cátedra por parteras profesionales y tradicionales respectivamente, era incompatible con el desarrollo de la especialidad obstétrica.

³⁸ Francisco de Asís Flores y Troncoso. Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente. Edición facsimilar. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p.272. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his06102.html

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

En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social y uno de sus objetivos era y sigue siendo la atención materno-infantil, lo cual quedó plasmada en el símbolo que lo caracteriza, el Sanatorio N° 1 fue el primero que contó con dos servicios de obstetricia y dada la cantidad de derecho-habientes que concurrieron a solicitar atención, la institución se vio en la necesidad de crear la Maternidad N° 2, que fue exclusiva para dar atención materno infantil.³⁹

En el Sanatorio No. 1 y Maternidad No. 2 las parteras con carrera universitaria trabajaban sin esa jerarquía; sus funciones consistían en valorar a la paciente en admisión, vigilar el trabajo de parto, atender partos eutócicos, efectuar revisiones de cavidad y proporcionar cuidados al recién nacido. El embarazo no lo controlaba la partera. Desde su inauguración de estos hospitales se decidió, que el niño al nacer fuera trasladado al cunero en donde guardaba un ayuno de 12 hs.

La mayoría de parteras universitarias atendían partos a domicilio, adaptando las técnicas hospitalarias al hogar ya que un porcentaje de mujeres no contaban con derecho a ser atendidas por alguna institución. A fines de los 40 se empieza a dar un proceso de expansión de la medicina "científica" incluyendo las pequeñas localidades; proceso que conduce a una situación contradictoria de

³⁹Benjamín, Ma. A; et. al. Los primeros años 1943 a 1944 HISTORIA DEL I.M.S.S., México.

aceptación/rechazo de las comunidades rurales hacia los servicios médicos “modernos”. Este proceso de expansión de la medicina “científica” respecto de la tradicional se manifiesta en forma no sólo indirecta, sino intencional; así a fines de este periodo comienzan a darse los primeros intentos de control sobre las parteras, acción que tendrá un continuo aunque irregular desarrollo en Yucatán. El control de estas acciones debe verse desde la perspectiva que percibe en estas acciones el desarrollo de un creciente poder y prestigio médico.

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

Así, entre los siglos XIX y XX nace y evoluciona en México la partería como una profesión sanitaria subordinada a la profesión médica. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo pasado, se clausuran sus estudios, se congelan sus plazas de trabajo y finalmente a las parteras profesionales se les prohíbe atender partos. Su atención termina siendo un procedimiento de exclusivo manejo médico⁴⁰.

El caso de la partería tradicional o empírica, es más complejo ya que por una parte se intenta controlar su ejercicio y por otra se procura mejorar su práctica (Martínez et al., 1993). Desde un punto de vista histórico se plantea que existe una estrecha relación entre el nacimiento y muerte de la profesión de partera, por un lado, y la persistencia de las parteras tradicionales junto al desarrollo de la ginecobstetricia por el otro. Las parteras tradicionales, no fueron reemplazadas por las parteras profesionales. Sin reconocimiento ni apoyo han permanecido en el campo, caracterizadas por el reconocimiento de sus comunidades y atendiendo un significativo porcentaje de los nacimientos en México. Justamente esto puede

⁴⁰ Ibid.

explicar el que las mismas instituciones de salud que antes favorecieron la eliminación de las parteras profesionales, hayan promovido cursos de capacitación a las parteras tradicionales o “empíricas”, oscilando entre la prohibición y la capacitación, el reemplazo y la integración, la institucionalización y el control (Carrillo, 1999).

En 1962 se reestructura la especialidad medica de Gineco – Obstetricia y se extiende a tres años. Como consecuencia se congelan las plazas de parteras y el Seguro Social considera, para apoyar su decisión, que el parto es una acción de alto riesgo para la paciente y por tanto, la partera esta capacitada y autorizada para efectuar cirugía ni extender certificados de defunción respectivamente.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario. Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal de la vida, a la de ver al embarazo como un proceso patológico de orden biológico y desvinculada de los cuidados de una partera. Pero aun con esta fuerte campaña en contra de las parteras o a favor de la salud materna existen datos como los de COPLAMAR en el cual se pueden observar que de 1970 a 1975 la atención institucional de partos aumentó en un 41% en números absolutos, a partir de 1975 se observó un notable descenso en la tasa de partos atendidos en las instituciones de salud (de 478.8 x 1000 nacidos vivos registrados en 1975, a 326.1 por los mismos 1000 en 1978). Según cálculos de esta institución, el 70% de los partos no eran atendidos por instituciones de salud.⁴¹

En 1976 se promulgó el Reglamento para parteros⁴² empíricos especializados que buscaba autorizar su práctica convirtiéndolos en auxiliares de la salud en obstetricia.

⁴¹COPLAMAR. Necesidades esenciales de México. Salud. Situación y perspectivas al año 2000. S. XX1 1983.

⁴²SSA. Reglamento de Parteras Empíricos Especializados. 1976.

Un año después de que se dio a conocer el Programa Nacional de Planificación Familiar, es decir en 1977, se inició en las zonas rurales un programa denominado “Parteras Capacitadas y Controladas”, que buscaba reducir la mortalidad materno-infantil e incorporar la planificación familiar a las prácticas tradicionales de atención a la mujer.⁴³

En Guerrero un programa de capacitación comenzó con un curso de 1978. Luego se dio otro en 1979 y dos más en 1980. La formación de las parteras estuvo a cargo de la SSA y del IMSS. Extender la planificación familiar era uno de sus objetivos; otro, reducir la mortalidad materno infantil. Los encargados del programa reportaron rechazo de la población a los servicios que brinda el personal médico y de enfermería.⁴⁴

El programa IMSS-COPLAMAR capacitó parteras en las zonas rurales, de 1979 en que fue fundado, a 1983, año de su desaparición. Sus objetivos, al igual que los de otros programas, eran reducir la morbilidad materno-infantil y ampliar el programa de control natal. Este programa de capacitación de parteras reportó que durante 1984 las unidades médicas cubrían el 18.5% de los partos de las zonas donde trabajaban las parteras tradicionales el 81.5% restante.⁴⁵ Otros programas han sido impulsados por el antes llamado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (IMPI), por la Confederación Nacional Campesina, el Consejo Nacional de Población y la Cruz Roja.

Cuando se habla de capacitar a las parteras tradicionales, se piensa en combatir prácticas nocivas que varían de país en país y de región en región, así como el hecho de que utilicen instrumental no esterilizado para cortar el cordón umbilical o el vendaje del mismo con material sucio. También se busca enseñar a las parteras a identificar las complicaciones en los embarazos y referirlos a centros de salud u

⁴³Zittle Ferro, Evangelina, Camarena García, Rosa. “Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional (SS).” En: SSA/UNICEF. p. 11-12

⁴⁴Chávez Cernas, Teófila. “Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero”. En: SSA/UNICEF. p. 16-17.

⁴⁵Reyes Catillo, Manuel, González, Laura Rosa. “El modelo de atención integral a la salud del programa IMSS COPLAMAR y la partera empírica (IMSS). En SSA/UNICEF. P. 20-23

hospitales y convertirlas en promotoras de los métodos modernos de planificación familiar.

La Fundación Rockefeller empezó a estar interesada en el control de la población en los países subdesarrollados desde 1930.⁴⁶ Dicho control se realizó originalmente por los servicios institucionales de salud, pero para llegar a los sectores que no acuden a ellos, y que son justamente los que más le interesan, a partir de 1960 la Federación Internacional de Planificación Familiar comenzó a estudiar el uso de las parteras tradicionales en los programas de control natal.

En 1976, bajo el gobierno de Luis Echeverría, se adoptan medidas para promover la formación capacitación, capacitación y adiestramiento de “parteros empíricos”. La nueva política demográfica coincidió con el Reglamento de parteros empíricos especializados, el cual buscaba autorizar su práctica convirtiéndolos en auxiliares de salud en obstetricia. (El reglamento quedó integrado al código sanitario y 10 años después fue absorbido por la Ley General de Salud.⁴⁷

En México existen programas especiales (más aún en esta década) de interacción institucional con los médicos indígenas. El IMSS-Solidaridad, el Instituto Nacional Indigenista (INI) y la DGCP mantienen proyectos que tienden a la promoción, desarrollo y ampliación de los espacios sociales donde se desenvuelven los médicos indígenas en las distintas regiones del país.

En el país, estos programas de utilización de parteras tradicionales para el control natal se han visto especialmente favorecidos desde 1976 en que se promulgó la Ley General de Población la cual sentó las bases jurídicas para la instrumentación de una nueva política demográfica, y con más énfasis desde 1983, año en que se elevó el derecho de la planificación familiar tenía carácter prioritario.⁴⁸⁴⁹

⁴⁶Barklay, William. “Control de la población en el Tercer Mundo”. En: Imperialismo y control de la población. Buenos Aires. Periferia. 1973. p.151-195.

⁴⁷Carrillo, Ana Ma. “Los cursos de capacitación de parteras empíricas y tradicionales” en prensa.

⁴⁸Poder Ejecutivo Federal. Ley General de Salud. México. Libros Económicos. 1984. p.30.

⁴⁹Artículo 4º. Constitucional. “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Así, las parteras tradicionales no sólo permiten a los programas de control de la población llegar a sectores de otro modo difícilmente accesibles, sino, además, hacerlo con un bajo costo. Cabe señalar que aunque formalmente estas instituciones digan que hay respeto a las prácticas, existe una evidente contradicción entre lo que plantean, lo que dicen hacer los doctores que lo aplican y lo que realmente sucede en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones (“tratamos de no influir y que no abandonen sus prácticas”) pero en los cursos y seminarios y otros eventos, los doctores proponen mediante la capacitación y adiestramiento a una “reorientación” en la forma y contenido de su praxis y sus conocimientos.

Por otro lado, en lo referente a la normalidad y anormalidad demográfica responden a la opinión de la clase en el poder, de acuerdo a las necesidades del momento histórico. Así, a principios de siglo cuando, como resultado de la revolución, la población era escasa y se necesitaba mano de obra para el desarrollo del sistema capitalista, tener hijos era hacer patria. Cuando el aumento de la población se ve como peligroso para la estabilidad política, tener pocos hijos es ser responsable.⁵⁰

El perfil de la partera se ha modificado a lo largo del tiempo. Esto se ha debido principalmente al impacto que han tenido los programas, primero de atención materno infantil, posteriormente de planificación familiar y maternidad sin riesgos y en la última década con el impulso de los programas de salud reproductiva.

3.6. Reflexiones parciales

Existieron tiempos en los que las mujeres parían acompañadas de las parteras en su propia casa o en algún sitio específico dentro de su grupo o núcleo familiar. Esto, al igual que otros ritos les posibilitaba sostener un espacio de intimidad operando además como pasaje de conocimiento y transmisión de saberes propios de su cultura. De hecho, el nacimiento era celebrado como uno de los rituales más

⁵⁰Gómez Jara, Francisco. “Multinacionales, anticonceptivos y políticas demográfica”. Material de Lectura. Serie Ensayo. Núm. 2. México. UNAM. SFP.

significativos antiguamente; el cual ponía de manifiesto el lugar que se le atribuía al cuerpo y lo corporal en cada grupo y en donde además el vínculo con la naturaleza y sus leyes, adquiriría un lugar fundamental.

A partir de estos antecedentes, se hace latente la institucionalización de la medicina tradicional en particular las prácticas de parteras en México, como un espacio clave donde las tensiones entre necesidades nacionales, prioridades estatales y realidades locales están confluyendo.

Si se rastrea el tema a lo largo de la historia de México, se puede comprobar que la imagen social de la partera ha cambiado, más allá de que para ciertos grupos humanos su importancia y la trascendencia de su labor se haya mantenido. En el mundo rural mexicano, desde épocas anteriores a la llegada de los españoles hasta nuestros días, la partera posee una importancia cuantitativa y cualitativa notable dentro del grupo de terapeutas que se encargan de la atención a la salud. La restricción de su actividad a los embarazos y partos normales es, en realidad, una característica impresa por los modernos programas institucionales de atención a la madre y al niño.

A lo largo de este capítulo trato de demostrar cómo la formación de la partera muestra una gran capacidad de permanencia, su saber han sido sujeto a presiones institucionales que aún continúan. Durante la colonia se pretendió regular su práctica; en el siglo XIX y también en el presente siglo, sustituirlas por personal capacitado en tanto se formaban en el país suficientes médicos; hoy se busca capacitar a las parteras tradicionales, limitando el tipo de embarazos que pueden atender, y despojando su práctica de los aspectos sociales y culturales.

En las designaciones populares dadas a las parteras, es posible determinar cómo se ha venido conformando esa imagen social que las poblaciones han construido y que en la actualidad se presenta como un mosaico de rasgos, funciones y nombres dados a esta terapeuta reflejan la influencia de distintas tradiciones médicas o culturales: la partera curandera, la partera hierbatera, la partera sobadora (no solamente de embarazadas), entre otras son designaciones que

aluden a la pluralidad de actividades de un mismo terapeuta. En otras palabras, el remanente actual de la antigua partera médica.

4. LA CULTURA DEL PARTO Y SUS REPRESENTACIONES

La intención principal de este capítulo es mostrar cómo durante el parto se ponen en juego los diferentes representaciones médicos, antropológicos y educativos que muchas veces se encuentran en contradicción, en el contexto de la vida cotidiana de las instituciones modernas.

En un primer momento, es prudente definir ¿qué es el parto? se utiliza el término "científico" en el sentido de que se busca "controlar a la madre y al feto de la mejor manera posible", teniéndolos siempre bien vigilados para que no haya ninguna probabilidad de que surja "una sorpresa desagradable que pueda provocar graves prejuicios tanto a ella como a su descendencia". Una nueva técnica denominada parto científico humanizado ha comenzado a aplicarse como una opción para aquellas mujeres que prefieren un alumbramiento natural, ya que defiende su proceso fisiológico y el tiempo de dilatación de la gestante en el contexto de grandes avances tecnológicos comienza a profesionalizarse la atención al parto con la introducción de instrumental médico como los fórceps, diseñados para intervenir en los alumbramientos anormales, con lo cual, como es lógico suponer, se inaugura el concepto de "anormalidad en el parto" como representación, legitimándose, por otra parte, a los hombres cirujanos como profesionales aptos para atender estos procesos, excluyéndose por tanto a las mujeres, tal y como describen Susana Narotzky (1995:60) y Adrienne Rich (1996:227). De este modo, la obstetricia queda constituida, fijada como un área de la ginecología dirigida al estudio de la gestación, el parto y el puerperio, junto con todas las patologías que se deriven de estos procesos. Y los hombres quedan a su vez fijados como responsables para atender las "anormalidades" que pudieran presentarse.

En algunos lugares en México, las parteras han tenido un importante papel en dicho proceso de medicalización, ya que muchas llegan a ser el primer agente de salud que visitan las mujeres ante un problema de salud. Como primer contacto, las parteras han facilitado el camino para que las embarazadas acepten y busquen atención médica formal. Sin embargo, los distintos momentos en los cuales se

establece una relación entre parteras e instituciones de salud han tenido repercusiones en el proceso de la atención médica institucional y en la forma en que las parteras prestan sus servicios, estableciéndose así un efecto en ambos sentidos.

Hasta hace apenas pocos años, el trabajo de parto y el parto en sí, fueron acontecimientos familiares compartidos en la comunidad. Tenían lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales.

En la mayoría de las sociedades occidentales, a mediados del siglo pasado, la atención del embarazo, parto y del puerperio deja de ser atendido por parteras y comadronas, sin formación médica que trabajan fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital, como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las mujeres, naturalizado, donde ya no es un fenómeno social compartido por la mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario – principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes, y donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización (Sadler, 2003; cit. por Blázquez, 2005:5).

Una serie de procedimientos rutinarios y estandarizaciones que tienen por objeto asegurar el control de la mayor cantidad de variables médicas, suele dejar de lado la consideración de las características individuales, que incluyen la dimensión psicológica y cultural, y que muchas veces pueden estar en la base de lo que aparentemente puede diagnosticarse y tratarse médicamente como si fuera una enfermedad. En otras palabras el médico lleva al nacimiento al campo del riesgo y del experimento, mientras que la atención al parto de la partera basada en la prácticas comunitarias estaba, y sigue estando, en el campo de la armonía y de la vida.

Uno de los primeros rasgos de la tecnologización como representación del parto por así llamarlo es la hospitalización de la parturienta, en donde la sala de maternidad es un ambiente extraño para la mujer que va a dar a luz, donde pasa el proceso sólo en un ambiente rígido, estandarizado y rodeada de extraños; junto a otras mujeres en la misma situación lo cual a veces provoca angustia colectiva.

Esta atención, donde una persona hace el primer tacto,⁵¹ otra aplica la anestesia, un especialista recibe al bebé, otro lo atiende hasta los 28 días, etc., también provoca que se diluyan las responsabilidades y cambié la percepción de dar a luz a una nueva vida y que el hecho se pierda en procedimientos y normatividades.

En el caso de las parteras tradicionales, por lo general, atienden a la parturienta en su propia casa, donde ella está rodeada, dependiendo de la cultura, de su madre, vecinas o de su esposo y la acompañan días después del nacimiento dando consejos y cuidados, en vez de ordenes y recetas.

Este tipo de atención puede analizarse desde el proceso de constitución del concepto de civilización de Norbert Elias, así como su función y significado son diferentes para Inglaterra, Francia y Alemania, así para las dos primeras civilizaciones designó en términos genéricos una mejora en el trato y las costumbres; en cambio, en Alemania, por oposición, se concibió como “cultura”, en alusión al hombre cultivado.

Norbert Elias realiza su análisis de los cambios graduales que se dan en la conducta, las costumbres y el carácter psicológico de las personas a través de la literatura, los libros de consejos y los manuales de *courtoise*, donde se manifiesta la diversidad de códigos y reglas para la configuración de las “buenas costumbres”, es decir, el proceso de modelación de los comportamientos hacia costumbres menos rudas en situaciones como la compostura en la mesa, la realización de las necesidades fisiológicas, el modo de sonarse o de escupir, el comportamiento en el dormitorio, las relaciones sociales y en el manejo y represión de la agresividad.

De este modo demuestra que el comportamiento de los hombres medievales podría calificarse de infantil (desde un punto de vista actual) con escasa represión de los instintos y de las necesidades fisiológicas tan naturales para ellos que no veían la necesidad de reprimirlas o hacerlas en soledad. Era una sociedad en la que los sentimientos actuaban de una forma más libre o espontánea e intensa,

⁵¹Tacto: entendido como la exploración digital de la vagina.

con oscilaciones muy extremas, en este caso como el comportamiento y prácticas de las parteras tradicionales hasta antes de la institucionalización de la práctica del parto.

A partir de las fuentes mencionadas Elias nos muestra la manera como una costumbre, aceptada en un tiempo, posteriormente deja de serlo debido a su hipótesis de que los “umbrales de la vergüenza” avanzan gradualmente como parte del proceso civilizador. Puede observarse que muchas conductas eran frecuentes y no causaban vergüenza porque no se consideraban descorteses o simplemente porque no se estaba informado de su nuevo significado reprobatorio: tomar la comida con las manos, limpiarse los dientes con el cuchillo, chuparse los dedos, eructar, desnudarse delante de otros. En el caso muy particular de las parteras el cortar el cordón umbilical con un ocote, enterrar la placenta en el patio, darle infusiones a la embarazada durante el parto, poner a la parturienta en posición de cunclillas. Es el desplazamiento de los umbrales de vergüenza y de sensibilidad hacia los otros lo que dispara el afán de los reformadores en “prohibirlas”, señalándolas como inapropiadas o inaceptables, es decir, como “incivilizadas”.

4.1. La institucionalización del parto como representación.

La institucionalización esta representación del parto surgió como producto de los cambios sociales, de la adquisición de conocimientos y tecnologías, lo cual llevó al abandono del parto domiciliario en un intento de garantizar y brindar mejores resultados, con lo cual se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico y técnico totalmente desvinculada de los cuidados de la partera.

La atención de embarazo se encuentra acaparada por el discurso médico, en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de la tecnología médica y el desarrollo de los servicios de salud. Menéndez (1984): *“El Estado garantiza la*

hegemonía (...) del poder técnico y profesional de los médicos (...) que cumple sobre todo funciones de control y legitimación”

La tendencia intervencionista predomina, ya que las pacientes no sólo aceptan el uso de las técnicas en sus partos sino que las piden; la mujer confía en “su médico” del que espera le indique qué hacer, cuándo y cómo. Sin embargo hay que destacar que una gran parte de intervenciones médicas realizadas en los partos tienen la finalidad de reducir su duración.

Aunque normalmente parezca que desde el sector salud la importancia se centra en el componente biológico, existe otra explicación centrada en la lógica de la producción de capital humano para capitalizar la fuerza de trabajo. Es decir, que la importancia de los aspectos biológicos está dada también por el interés en asegurar que se perpetúe la fuerza de trabajo, procurando que los individuos que se reproduzcan, lo hagan en condiciones óptimas, que permitan introducir a los nuevos sujetos en una determinada dinámica social. Desde esta visión es posible comprender la centralidad de la reproducción en cualquier sociedad y el interés que existe por su control (Blázquez , 2005).

Por otro lado, Eduardo Menéndez (1992) plantea que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica, y aunque el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras propuestas alternativas, en la práctica social éstos son apropiados o transformados constituyéndose en derivados conflictivos y/o complementarios de los modelos hospitalarios.

4.2 El parto en los Hospitales

El sistema médico se ha apropiado del parto y ha impuesto su discurso de forma que hoy, social y profesionalmente, es aceptado que el parto es un asunto que necesita de su intervención. En donde las funciones del cuerpo deben ser controladas por la medicina –obstétrica- para llevar a cabo el parto. El parto y nacimiento sucede en y desde el cuerpo de las mujeres, pero esto no necesariamente, se interpreta que sea realizado por ellas.

La representación del parto en los hospitales tiene integrada la concepción de un dolor insufrible pero evitable, digamos que la proximidad del encuentro con el bebé cambia su significado, se entiende su naturaleza y el temor disminuye, aunque permanece latente. La analgesia en el parto es una gran ayuda para las mujeres que así lo eligieron, pero también es un alivio para los médicos.

El hospital como institución tiene unas reglas y, específicamente el área de partos. Las mujeres que acuden a los hospitales públicos confían en el médico y en los recursos con que cuentan.

El riesgo es una de las principales representaciones con las que se construye el parto por lo que se justifica debe realizarse en el hospital y la necesidad de profesionales médicos preparados para su prevención o tratamiento.

Las mujeres acuden al hospital por su propia decisión, cuando las contracciones que presentan les hacen suponer que el parto ha comenzado. Entrarán por el servicio de urgencias, entran solas en un espacio restringido, al que contadas personas tienen acceso. Las mujeres colaboran y facilitan el proceso; permiten sin cuestionar la exploración de su cuerpo y cumplen órdenes; Se eliminarán la ropa y todos los adornos de su cuerpo, que sustituirá por una bata del hospital; la mujer queda convertida en paciente entendiendo que son necesarias estas y otras prácticas para la realización del parto.

Los procedimientos habituales que se realizan de rutina son:

- Rasurado bulbar y enema evacuante.
- Inducción de las contracciones por medios farmacológicos (intravaginales o por goteo intravenoso).
- Limitación de la movilidad de la mujer al mantenerla acostada.
- Conducción farmacológica de las contracciones con un goteo intravenoso de oxitócina (refuerza la inmovilidad).

- Auscultación (monitoreo) electrónico permanente de los latidos cardíacos del feto. (refuerza más la inmovilidad).
- Control de signos vitales (temperatura, pulso y tensión arterial) cada 4 horas.
- Control de la dinámica uterina.
- Tacto vaginal cada 20 minutos a 2 horas de acuerdo a la dilatación cervical.
- Anestesia peridural de rutina.
- Posición de litotomía en sala de partos. (Acostada y con las piernas elevadas y sujetas en estribos).
- Episiotomía de rutina.
- Ligadura precoz del cordón umbilical.
- Inmediata separación del recién nacido de la vista y el contacto con la madre.
- Realización sistemática de procedimientos y maniobras sobre el recién nacido sin evaluación de su estricta necesidad.

En hospitales y sanatorios, es común el uso del **goteo para inducir el parto**. La Organización Mundial de la Salud considera que sólo el 10% de los partos presenta la necesidad real de inducción, pero en la realidad el porcentaje sube mucho más, respondiendo a apuros institucionales o del profesional. Otro punto de diferencia es la postura que se nos permite adoptar: mientras que en instituciones contamos con la cama o en el mejor de los casos, el sillón de parto; si estamos en casa podemos optar por adoptar la postura que nos surja instintivamente e incluso hacerlo desde el agua. Mencionábamos la episiotomía, el corte que se realiza en el extremo de la vagina, sobre el periné, para disminuir la tensión de los pujos. Citando nuevamente a la OMS, sólo sería necesaria en el 20% de los casos, pero en países como México se aplica al 90% de las mamás primerizas. Otra costumbre que se han tomado en hospitales es indicar un enema antes del parto y rasurar el vello púbico para hacer más sencilla la sutura que a veces se hace posteriormente al parto. Se ha comprobado que ninguna de estas medidas es realmente necesaria en ningún caso.

El rasurado de la zona púbica o tricotomía como se le llama, en países desarrollados ya está eliminado, pero en México todavía es una regla, que no solamente es muy molesta para la mujer, sino que lacera folículos pilosos de la zona púbica, causando pequeñas cortaduras, pudiendo ser éstas en algunos casos causa de infecciones, precisamente lo que se trata de evitar.

También se utiliza un suero vía intravenosa, que quizá vaya a necesitarse en una de cada 10 mujeres y que no sólo es inútil en las nuevas restantes, sino que, como una interferencia extraña más, provoca angustia en ellas, siendo ésta enemiga principal en la relajación necesaria para el buen éxito del parto.

Otra rutina es la de los tactos continuos, que son especialmente repetidos en los hospitales públicos debidos a que son donde los estudiantes aprenden, provocando edema de la región y a veces retrasando el parto. Estas tres prácticas: tricotomía, utilización de sueros y tactos continuos, no son realizados por las parteras empíricas.

En forma rutinaria también se emplean en el hospital oxitócicos⁵² que, ciertamente, pueden ser muy útiles cuando el útero de la mujer no responde, en ocasiones puede ser peligrosa porque reduce la cantidad de oxígeno disponible para el feto y provoca desaceleración del ritmo cardíaco fetal. Es posible que esto sea causa de lesiones cerebrales y deje secuelas neurológicas. Importante es notar que no hay una dosis de oxitócina estándar que sea segura, ya que la única manera de saber la cantidad que se necesita va a variar en cada paciente ya que depende de la cantidad que el feto es capaz de tolerar. Ya que se pretende que el parto no dure más de 24, 12 u 8 horas, por eso muchas de las veces se recurre a los oxitócicos y también a la amniotomía⁵³ como forma de abreviar la primera etapa del parto y sin justificación, lo cual suprime los efectos protectores de las membranas, en particular sobre la cabeza del feto, con posibles lesiones para madre y niño siendo las principales que reduce la oxigenación cerebral en el feto, produce riesgo de infección postparto y neonatal(si transcurren más de 6 horas hasta el nacimiento),

⁵² Hormona artificial que estimula al útero a contraerse.

⁵³ Ruptura de las membranas fetales que encierran al feto y al líquido amniótico.

aumenta desaceleración precoz del ritmo cardíaco fetal y , aunque no está demostrado, es posible que aumente el riesgo de retraso mental.⁵⁴

En el estado de Colima se observa un incremento en el número de cesáreas y por otro lado también existe un incremento en asfixias neonatales y muertes de recién nacidos.

**Principales Causas de Mortalidad Infantil en el Estado de Colima
2007**

No.	Causa	Defunciones	Tasa*
	Total	136	1336.35
1	Asfixia y trauma al nacimiento	39	383.22
2	Bajo peso al nacimiento y prematurez	10	98.26
3	Malformaciones congénitas del corazón	9	88.43
4	Enfermedades infecciosas intestinales	4	39.30
5	Anencefalia y malformaciones similares	3	29.48
6	Agenesia renal	2	19.65
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	2	19.65
8	Anemia	1	9.83
9	Caidas accidentales	1	9.83
10	Defectos de la pared abdominal	1	9.83
11	Desnutrición calórico protéica	1	9.83
12	Labio leporino	1	9.83
13	Leucemia	1	9.83
14	Meningitis	1	9.83
15	Nefritis y nefrosis	1	9.83
16	Síndrome de Down	1	9.83
	Las demás Causas	58	569.91

* Tasa por 100,000 nacimientos estimados

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2007. Proyecciones de la Población de México, 2006 - 2050.

Existe una investigación de los nacimientos en Gran Bretaña la cual afirma que el trabajo de parto prolongado no es causa de mayor mortalidad neonatal,⁵⁵ siempre y cuando el parto sea natural. Cualquier intervención obstétrica muchas de las veces a menos de que sea moderada, tiende a producir una situación en que se requiera otra intervención posterior hasta llegar a la necesidad de usar fórceps o terminar en Cesárea.

La posición de cubito dorsal⁵⁶ llamada ginecológica es la habitual ya que es la más adecuada para la vigilancia y la intervención médica en el proceso del parto, pero

⁵⁴Schuarcs, Ricardo. Caldeyro-Barcia, R. Amniotomy. Uruguay. OPS/OMS/CLAP. Publicación científica 931.1982

⁵⁵Mortalidad neonatal: se dice que es neonato entre los 0 y 28 días de nacido.

⁵⁶Sobre la espalda

no es natural. Por ello los músculos perineales⁵⁷ pueden ser forzados y desgarrarse con facilidad. Estudios hechos en hospitales de América Latina, en 324 partos bajo riesgo, mostraron que en posición vertical se reducía la duración del período de dilatación en 25 % en el total de mujeres, y en 36% en el caso de las primíparas.⁵⁸

Uno de los elementos más significativos en la atención del parto en los servicios institucionales de salud es la anestesia, que se hace necesaria porque la mujer no está preparada ni física, ni psíquicamente para el parto natural.

Estar anestesiadas les acerca definitivamente a la escena del parto. La técnica se ha realizado en la sala y sobre la mesa donde nacerá el bebé y en la que permanecerá, de nuevo, por un tiempo indefinido. Cuando el parto es inminente, el espacio se llena de gente, luces, se pierde toda intimidad, se le colocan ropas estériles y en posición de litotomía; se le pide que colabore en la expulsión del producto pujando, Si la mujer se queja de dolor, primero se le recrimina. Cómo se realiza la salida o extracción del feto tendrá que ver con múltiples factores que pueden estar relacionados tanto con los procesos físicos del parto, como con los profesionales de la salud, con fines educativos se corta el cordón umbilical, el bebé es recogido por la enfermera que, después de enseñárselo brevemente a la madre, se lo lleva a un espacio en el que es limpiado, secado, pesado e identificado y se le pone la medicación protocolarizada; posteriormente, es devuelto a su madre, o se deposita en una cuna.

La salida de la placenta también está bajo control médico. Su tiempo será de un máximo de 30 minutos. Aparte del interés médico por su integridad, la placenta es hoy considerada como un desecho del cuerpo. En la actualidad, se deshacen de ella como del resto de los útiles del parto.

Las prácticas analizadas hasta ahora responden a las habituales que se dan en la asistencia a los partos tanto en los hospitales públicos como privados. Otro

⁵⁷ Músculos que se encuentran situados entre el subpubis y la punta del coxis

⁵⁸ Caldeyro-Barcia r. Op. Cit.

ejemplo de las variadas formas de afrontar el nacimiento es la práctica de la cesárea por elección de la mujer.

Este modelo de atención se caracteriza por establecer una relación asimétrica entre la mujer que es atendida y el personal de salud. Este último, tiene el control, establece los tiempos que se consideran adecuados y utiliza una serie de recursos para monitorear y asegurar que el proceso ocurra de las normas y estándares establecidos por ellos mismos. La atención hospitalocéntrica, se caracteriza por la desposesión de la mujer a quien a su ingreso se le retiran sus ropas, sus zapatos y otras posesiones personales, mientras se le viste uniformadamente como a cualquier otro enfermo. Se normalizan sus comidas, sus horas de reposo y actividad, los espacios permitidos, las horas de visita, etc. Y a la, larga, todo el conjunto se observa como la expropiación de la mujer de su propio cuerpo y de su experiencia del parto. En donde el padre es excluido del proceso ya que puede desempeñar el papel de un molesto observador con riesgo de alterar o cuestionar el orden que se mantiene en el parto como problema o enfermedad.

Cuando las nuevas formas de comportamiento son imitadas por las clases medias se pierde el carácter de diferenciación con lo cual se impulsa en las clases altas una nueva fase de refinamiento y elaboración de comportamientos para mantener su prestigio diferenciador. Elias lo ejemplifica en el cambio de la nobleza caballeresca (s. XI-XVI) hacia la aristocracia cortesana-absolutista (s. XVII-XVIII) y de ésta al ascenso de la burguesía tras la Revolución Francesa. Son fases del proceso civilizador general en las que estos grupos lideran las transformaciones de las costumbres, destacando el importante papel de la corte, sobre todo la francesa, para la domesticación y pacificación de las costumbres nobiliarias, irradiando su influencia al resto de cortes europeas.

«En principio son las personas situadas más alto en la jerarquía social, las que de una u otra forma, exigen una regulación más exacta de los impulsos, así como la represión de éstos y la continencia en los afectos. Se lo exigen a sus inferiores y, desde luego, a sus iguales sociales. Sólo bastante más tarde, cuando las clases burguesas [...] se convirtieron en clase alta, en clase dominante, pasó la familia a ser el centro único o, mejor dicho, el centro

primario y dominante de la represión de los impulsos. Únicamente a partir de este momento la dependencia social del niño con respecto a los padres, pasó a convertirse en una fuerza especialmente importante e intensiva de la regulación y la modelación emotivas socialmente necesarias.» (Elias, 1987: 179)

Así como en el caso de las parteras los Ginecoobstetras han regido y marcado las pautas para la nueva atención del parto, en el hospital y con prácticas distintas a las tradicionales. La estructuración que introdujo el monopolio médico científico occidental y desplazó otras posibilidades y prácticas de atención, así como la instauración del modelo hospitalario de atención para el parto.

4.3 La cultura y la representación del miedo

La idea de no conocer lo que sucederá en el parto puede atemorizar. Si a esto le añadimos las representaciones de los discursos hegemónicos sobre los supuestos riesgos y el dolor que le amenaza, el parto se presenta muy poco atractivo. El dolor es una de las principales representaciones con las que se construye el parto por lo que se justifica debe realizarse en el hospital y la necesidad de profesionales médicos preparados para su prevención o tratamiento. (J. Pérez-Cajaraville¹, 2005)

Desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor. Este compañero innato de la vida, que la acompaña desde el origen –tal como legitima la bíblica frase “Parirás con dolor”– también fue definido con cierta poesía por Albert Schweitzer que lo llamó “el más terrible de los Señores de la Humanidad”.⁵⁹ Hoy tener acceso a la técnica de la epidural es un deseo manifestado por casi todas, y los profesionales de la salud lo respaldan resaltando sus beneficios.

Al inicio de la Colonia, los cronistas españoles hablaban de la facilidad que para parir tenían las mujeres en la Nueva España. Sin embargo, con la práctica y el saber médico hispanos llegó la asociación del parto con el dolor, idea que dominó

⁵⁹ PEREZ-CAJARAVILLE, J., ABEJON, D., ORTIZ, J. R. *et al.* El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, ago.-sep. 2005, vol.12, no.6, p.373-384.

en la Edad Media como herencia de la medicina hebrea antigua. Donde cada nacimiento recordaba el pecado original que debía ser expiado por medio del sufrimiento al parir.

Es lógico que después del el aprendizaje profesional obtenido en la academia, centrado en las alteraciones, la gran mayoría de médicos vean en todos los partos una situación de riesgo potencial: *“Los partos son arriesgados ¿No dicen que es el viaje más corto y más peligroso que hacemos en la vida?”* (Dr.2); o *“Todo procedimiento tiene sus riesgos, es de esperarse que un parto sea eutócico si se ha llevado un buen control pero aun así no hay certeza que las cosas salgan bien”* (Dr.3). *“Ese riesgo potencial existe siempre. Yo creo que ése es el gran problema para el parto, es decir, que cualquier situación en un momento determinado puede enredarse y ¡puede enredarse mucho en pocos minutos!”* (Dr.4). Los médicos que fungen como informantes trabajan en los centros de salud y el hospital regional del Municipio de Tecomán Colima, lugares en los que tienen lugar los partos bajo su responsabilidad.

Por lo anterior se puede decir que los ginecobstetras publican cientos de trabajos sobre anomalías y complicaciones en el parto, y los estudiantes de medicina esperan que éstas se presenten. En general, el sistema de atención está orientado hacia la enfermedad.

La Cesárea por otro lado se percibe como más segura, la anestesia permite la cirugía y salvar muchas vidas que en otros tiempos se habrían perdido, además que es más rápida y permite tener todo bajo control

4.4. El parto en las comunidades y su representación socio-cultural

Las parteras entregan una lista de todo lo necesario, como paños de tela, compresas, plástico para proteger, cojines, luz, palangana y otros utensilios.

Los riesgos o alteraciones no sólo son relacionados con lo biológico si no que están relacionados con los factores sociales, psicológicos, emocionales y espirituales. La posibilidad de que el riesgo haga su aparición es contemplada,

pero no se convierte en el eje, sino que ocupa un lugar entre los otros muchos acontecimientos del nacimiento

La expresión de que el grito, igual que la fuerza del parir, no lo hace la mujer, sino que sale de dentro refieren

No hay prisa para el nacimiento, la partera no interviene, se entiende que cada mujer necesita un tiempo diferente, respeta el proceso fisiológico y mantiene una actitud expectante y cuidadosa de protección. Si la mujer lo permite, puede que le dé ánimos a la vez que le coge de la mano o le retira el pelo de la cara permaneciendo físicamente cerca por si necesita apoyo o contacto. En este modelo de asistencia al parto, contrariamente a lo que generalmente sucede en los hospitales, las comadronas se muestran próximas y los límites del contacto del cuerpo desaparecen al servicio de las necesidades de las mujeres.

No sólo se recupera la palabra de la “paciente” sino que es elemental conocer su forma de entender el nacimiento y conocer sus necesidades ya que, respondiéndolas, parece controlarse la presencia del riesgo. Tampoco hay posiciones preestablecidas y las mujeres van optando entre algunas diferentes. La partera puede que dé algunos consejos, esto depende de lo que necesita cada mujer; utilizar palabras de aliento y confianza, o transmitir su presencia a través del tacto si la mujer lo permite. Está preparada y alerta para recibir al bebé. El ambiente es de calma y expectación hasta el nacimiento que es anunciado con el potente grito de la madre y el deslizamiento de la cabeza fuera de vagina. La emoción y alegría se hacen presentes en el espacio en el que sólo se escuchan las expresiones de bienvenida y recibimiento de la madre a su criatura.

Cuándo el cordón es cortado algunas refieren que debe ser cortado cuando deja de latir y es guardado y entregado a la madre, en ocasiones este será cortado por el padre y poco más tarde saldrá la placenta tras lo cual, se limpia su cuerpo, algunas prefieren bañarse. También se revisa al bebé sin separarlo de su madre y se cura el ombligo. Si se visten o no, tanto la madre como el bebé, es una elección de ella. Finalmente, se le ofrece algún alimento o bebida para recuperar fuerzas.

El destino de la placenta también se decidió antes del parto. Hay quienes la cuidan como “la casa” que ha protegido y colaborado en el crecimiento del bebé con lo que, la entierran y en el mismo lugar plantan un árbol “*para que crezcan juntos*” (informante casual). Otros, no teniendo tierra propia, la guardan hasta que puedan desplazarse al campo o la entierran en una maceta. Es un producto humano y es tratado como tal. También, hay que cuidarla porque puede repercutir en el recién nacido.

4.5. La tradición cultural

La partera es quien diagnostica el embarazo mediante el pulso o las palpaciones abdominales para saber si la matriz se encuentra ya ocupada. Posteriormente, cuando han transcurrido tres o cuatro meses de embarazo, las mujeres son visitadas en su propia casa, o éstas acuden a casa de la partera en algunos casos. La embarazada se acuesta boca arriba sobre una manta colocada en el piso sobre una almohada en la nuca y otra en la espalda, la partera entonces le palpa el vientre para localizar la cabeza del niño y determinar su posición. Estas sobadas tienen también la finalidad de relajar los músculos y aliviar la incomodidad, si esta posición no es la correcta, con movimiento giratorio en dirección de la posición adecuada. Los masajes a fines del embarazo permiten a la partera establecer la fecha probable del nacimiento. Durante el tiempo que dura la sesión ambas mujeres conversan diferentes asuntos relacionados con la vida cotidiana de cada una así como los acontecimientos que suceden en la comunidad.

La atención del parto.

El lugar ideal para atender a la parturienta en su propia casa, sitio que ella encuentra propicio para la resolución del parto. En cuanto al espacio destinado para el parto dentro de la casa de la parturienta, siendo el suelo como el más común. La posición preferida para el parto es muy variada, puede ser sentada, parada, acostada, hincada, o en cuclillas, dependiendo de la comodidad de la parturienta. Respecto a la manera en que las parteras identifican que una mujer

está embarazada es a través de signos tales como la palidez y el adelgazamiento y porque los ojos se le hundan. Las parteras tratan de que las mujeres embarazadas tengan un control de su estado para la adecuada atención de su parto y motivan a las mujeres a visitarlas.

Las parteras perciben que el parto está próximo generalmente guiados por la frecuencia de las contracciones:

Ah, pues este, este, como diré, este, le dan más, este sí, cuando se entiesan le dan seguido [las contracciones], y cuando ya va a nacer, le dan más seguido, le damos unas yerbas para que le den más dolores... (E1).

En cuanto a la higiene, limpian el lugar donde se atenderá el parto, bañan a la parturienta, le colocan un plástico y encima colocan una sábana limpia, y en el momento en el que nace el bebé cortan el cordón umbilical con carrizo o navaja; algunas parteras sin embargo, han incorporado el uso de tijeras respondiendo más al esquema institucional que al tradicional. Ligan el cordón con cinta o hilo, o con el mismo cordón umbilical, posteriormente bañan al bebé y a la mujer le lavan sus genitales con agua y jabón.

Proporcionan remedios para el dolor a las mujeres después del parto, le indican reposo por lo menos de 8 días y le sugieren baños. Participan también sobando (dando masajes) a las puérperas, cuidándolas y a veces preparándoles los alimentos, así como vigilando posibles complicaciones:

Pues mire, ya cuando uno se alivia se le soba, se está unos días en la cama, bueno, yo creo que recostando porque hay señoras que aunque se les diga que esté acostada se levantan, yo les recomiendo la cuarentena pues, después del parto yo les digo que no barran, alcen cosas pesadas, nada, porque pues muchas veces por alzar cosas pesadas o barren es cuando se les viene, se les baja la matriz, se les viene la sangre, bueno las hemorragias... [E4]

Dentro de las complicaciones más frecuentes referidas por las parteras se cuenta la caída de la matriz, el bebé parado (posición podálica), el nacimiento de gemelos y el rompimiento de la fuente (ruptura prematura de membranas corionicas).

Dificultades que no siempre pueden enfrentar de manera favorable, en algunas ocasiones con sus conocimientos los resuelven, pero cuando la situación les sobrepasa las refieren a alguna institución de salud cercana:

Este, pues ahí, el parto más difícil, digo yo, porque a la señora se le pasaron los dolores nació uno y tenía dos horas y ya no sentía nada de dolor, de nada, ya no la atendí, me la lleve al centro de salud, pero ella se alivió ya hasta el otro día, en el hospital, dijeron que porque le faltaba tiempo a la criatura, más por eso se le detuvieron los dolores, bueno este, eso dijeron los doctores de allá.....(E4)

Una alimentación adecuada es básica, asegurando con ello la recuperación de la mujer después del parto y una adecuada producción de leche para el amamantamiento del recién nacido, lográndose ello a través de alimentos que se encuentran accesibles dentro de su comunidad.

Creencias y mitos sobre el embarazo, el parto y el puerperio

En este estudio se identificaron algunas creencias que revelan las preocupaciones de las mujeres y de las parteras, sobre la salud del niño y de la madre, así como el significado que se le atribuyen a ciertas costumbres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que a continuación se describen. Las parteras también desempeñan un papel importante en los aspectos rituales y religiosos del nacimiento que van desde la predicción del sexo del niño, hasta el desecho de la placenta y del muñón umbilical, cuando éste cae. A las parteras a menudo se les pide consejos para el tratamiento de la esterilidad y como evitar el embarazo indeseado.

4.6. Reflexiones parcialesLa atención sanitaria que actualmente se da al parto en Tecomán se caracteriza por verse enmarcada en el sistema biomédico: consta de controles o visitas a los centros de salud desde el inicio del embarazo, sitúa el parto y el nacimiento en el hospital y verifica controles durante el posparto.

La idea de que la tecnificación del parto favorece la seguridad de la mujer, ha sembrado la creencia que es un evento de alto riesgo para la salud, generando un

temor en las mujeres que las induce a preferir las cesáreas ante la posibilidad de una atención de parto natural, concibiendo al nacimiento como un evento patológico, clasificando lo y atendiéndolo como tal donde la cirugía, es el justo y merecido final del proceso de atención, sin considerar las implicaciones, secuelas y costos, (no solo económicos, sino también emocionales), de este nivel de intervención. Con ello se favorece el inquietante aumento de cesáreas, no sólo en México, donde se llega a un alarmante 70% de los nacimientos totales⁶⁰, sino que esta situación también se repite en diversos países de América Latina

En México, como otros países económica y políticamente subdesarrollados, existe un subdesarrollo de la salud. Este se puede observar en las tasas de morbimortalidad de la población, especialmente de los niños y las mujeres.

Se han impulsado, por ello, políticas de carácter popular, a las que se conoce como extensión de cobertura y atención primaria de salud, que pretenden cubrir las necesidades del pueblo en materia de salud, con las que el estado trata de cumplir.

Incluso, la posición oficial ha cambiado desde principios de la década de los 70, en que la OMS empezó a marcar políticas que ven la necesidad de utilizar los recursos de la medicina tradicional de cada país, para lograr cobertura de atención médica universal. Estos programas no han tenido éxito pues es difícil que la medicina tradicional apoye a programas institucionales, ya que se rige por una lógica diferente a la de éstos y se basa en otra filosofía del mundo y de la vida.

Otro problema han sido las autoridades sanitarias y el equipo de salud que, en los hechos, no han cambiado su actitud negativa hacia los médicos tradicionales. Sobre todo en el caso de las parteras empíricas quienes son objeto de la descalificación del sistema biomédico.

⁶⁰Informe “la atención intercultural a las mujeres en el trabajo de parto en el estado de Oaxaca” 2007
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN
SALUD

Así como se pretende que si hay espaciamiento entre los hijos se va a acabar con la pobreza, se sostiene que con la atención institucional de los partos se va a reflejar en la disminución de la mortalidad materno-infantil. El problema central de la atención oficial del parto consiste en que se le ve como un evento médico, y no como un evento natural de la vida.

Como el método científico da valor sólo a lo que puede reproducir en condiciones iguales o similares, a aquello que puede ser medido y comprobado objetivamente, a lo generalizable, la asistencia materno-infantil fundada en el saber científico lleva a cabo experimentos y rutinas que, en ocasiones provocan iatrogenias ya que no toman en cuenta que cada nacimiento es único y, por lo tanto irrepetible.

En el caso del control sobre el saber y la práctica en torno al embarazo, al parto y al cuidado del recién nacido no se trata sólo del dominio de unas clases sobre otras, sino del poder del sexo masculino sobre el femenino. La medicalización del proceso fisiológico del nacimiento se ha vuelto contra la madre y el recién nacido porque las normas se oponen a la individualidad, y porque el médico ha ejercido un control rígido como si el embarazo y el parto fuesen enfermedades.

Hay una distancia muy grande entre las concepciones medicalizadas sobre el parto y aquellas de culturas populares a la que pertenecen esas parteras. Si bien estas han incorporado muchos elementos de la medicina oficial, eso suele ocurrir de forma fragmentada o a través de procesos de resignificación, ya que esos elementos se insertan dentro de nuevos universos simbólicos. Entre los elementos incorporados se puede destacar el uso de algunos medicamentos, inyecciones, guantes y la tendencia a encaminar a las parturientas con problemas a las instituciones hospitalarias cercanas. Sin embargo, son muchos los relatos de situaciones límite referidos a la mala asistencia médica en ese escenario: carencia de camas, malos tratos, prohibiciones y errores provocados por la demora en la asistencia. Eso explica que no es raro que la parturienta quiera quedarse en su hogar y se niegue a desplazarse hasta el hospital prefiriendo la ayuda de la partera.

5. LAS REPRESENTACIONES SOBRE ATENCIÓN DEL PARTO Y LA FORMACIÓN DE LA PARTERA

Existe una marcada relación entre la integración de las parteras empíricas al sistema de salud y la invalidación de culturas tradicionales en procesos de modernización a través de la civilización del otro. Esta forma de civilización a través de la racionalización de los conocimientos adquiridos, propone que la modernización no es un proceso que se restringe al área económica y de infraestructura sino que abarca todos los ámbitos de la vida de una sociedad, incluso la construcción de la misma identidad y subjetividad de los sujetos. La vida cotidiana, las relaciones entre los sujetos y hasta su forma de ser y de pensar, su subjetividad, conforman ámbitos centrales de los procesos de modernización por ser parte primordial de las orientaciones de las representaciones sociales que se forma el sujeto de manera social e individual.

De este modo, el realizar un análisis de la cultura del parto a través del estudio de la formación de la partera es capaz de aportar información sobre las formas de representación social a través de la civilización del otro en comunidades rurales.

En virtud de ello, el objetivo de este capítulo es comprender el proceso educativo en torno a cómo las parteras construyen su saber en el ámbito de la salud materna y, como se lleva a cabo el proceso de vinculación institucional, a través del cómo han establecido relación con el personal de salud y con las mujeres que atienden

5.1.- El proceso de formación de la partera en el contexto de dos representaciones

Las parteras adquieren sus conocimientos de diversas maneras, con múltiples componentes: el vivencial, la experiencia vivida de la propia maternidad, el genérico, el entrenamiento cotidiano en el cuidado de los otros y la especialización en la maternidad, el de la medicina doméstica o familiar transmitida por tradición oral, con el uso de remedios tradicionales orientado por concepciones del mundo acerca de la reproducción, el proveniente de la medicina hegemónica, el simbólico, el mítico, el mágico y el religioso (Modena, M.E: 1990).

Podemos decir que el saber de las parteras no es homogéneo, depende de la forma como ellas lo han adquirido, de si saben leer y escribir, si hablan alguna lengua propia de los pueblos originarios o la dominante, si se encuentran cerca de los centros urbanos, de quien o quienes las enseñaron a atender los partos.

El saber de las parteras que se han formado en el sistema educativo como enfermeras corresponde técnicamente al de la medicina hospitalaria. Pero también el sistema de salud oficial capacita a las parteras tradicionales, por lo que es común, que muchas de ellas manejen conocimientos de la medicina hegemónica y aunque estos puedan modificar algunos aspectos de su saber y de su práctica, no quiere decir que ellas descarten el bagaje cultural y la experiencia que tienen en el cuidado de la mujer y el niño. Esto último es uno de los sustentos fundamentales de su práctica.

La formación de la partera se transmite fundamentalmente por el aprendizaje genérico, en el cuidado de los otros y la vivencia de la propia maternidad. Sin embargo, constituirse como partera es algo complejo que involucra tanto fenómenos culturales y educativos como subjetivos, internos.

Los mecanismos de transmisión de la formación de la mujer-partera son: a) predestinación, b) linaje, c) la herencia, d) la capacitación formal e informal en el sistema médico dominante, e) la experiencia vivida, f) el condicionamiento genérico, g) las tradiciones, h) el don. (Tesis)

En el presente estudio las parteras adquirieron su formación de partear mediante la herencia 2, la experiencia vivida 1, la capacitación formal e informal en el sistema médico dominante.

La herencia de este proceso formativo que se trasmite de madres a hijas, suele ser uno de los mecanismos más frecuentes en la preparación de las parteras. Las hijas mujeres y después lo hacen solas. En cambio el aprendizaje formal e informal en el sistema médico hegemónico. En algunos casos la partera se ha formado dentro del sistema médico ya sea realizando estudios formales de

enfermería o por un entrenamiento no formal que ha adquirido trabajando en las instituciones como auxiliar de enfermería o clínicas rurales oficiales o en instituciones particulares.

También la partera aprende a partir de la experiencia vivida de la propia maternidad. Es la vivencia de la maternidad la que les da sabiduría para vivir, para comprender mejor a los demás y es fundamental en la formación de las parteras rurales. Muchos de los saberes de la mujer – partera se transmiten por tradición oral y son producto de la memoria colectiva vivida por las mujeres, y forman parte de su saber genérico. La forma de cuidar un embarazo, las técnicas para atender un parto, la producción de la leche, el cuidado de los hijos son conocimientos basados en la práctica y en la tradición y constituyen parte de la medicina doméstica.

Algunos autores han clasificado a las parteras de acuerdo a sus saberes limitado al campo de su quehacer profesional como: parteras tradicionales, parteras empíricas no adiestradas y parteras adiestradas (Mellado, V. 1989). Dos grandes categorías de parteras se desprenden de esta relación, las parteras que participan con las instituciones de salud y las que no lo hacen. El tomar en cuenta esta clasificación toca aspectos importantes de la práctica de la partera que determinan el tipo de recursos con que ellas disponen en su vida privada y en su práctica profesional

El parto ha estado en la cultura occidental, históricamente asociado al dolor, y pareciera que la función del médico al respecto, es la necesidad de eliminar el dolor en cualquier circunstancia de la vida, e igualmente en el parto.

El dolor en el parto, aunque es un dolor que no es resultado de alguna patología, se presenta como un fantasma sin forma ni límites definidos. La homogenización de las representaciones negativas del dolor (Menéndez, 1998:46), el auge del uso de técnicas para evitarlo en el parto y el consenso social generalizado, lleva a estas embarazadas a la pregunta de ¿podré soportarlo? A todas les han llegado experiencias no gratificantes de otras mujeres.

La no intervención de las parteras, su presencia silenciosa, el respeto a los deseos y decisiones de la madre etc., son aspectos que alivian o reducen el dolor. Menéndez (1998) parte del *“reconocimiento de que el dolor se construye en gran medida a partir de representaciones y prácticas sociales”*

5.2. Hacia una re-significación sociocultural del proceso de formación de la partera.

Los discursos en torno a la superioridad de la medicina moderna y de los médicos como únicos expertos autorizados para atender a la población, general y en este caso en particular a la población femenina, no surtieron efecto apenas meses o años después de la impartición de talleres a las parteras tradicionales. Los primeros resultados se generaron al momento de impartirse los cursos cuando las parteras empezaron a verse a sí mismas y las demás participantes desde la óptica “moderna” propuesta. A partir de estos parámetros empezaron a resignificar sus relaciones sociales, sus formas de ser y de hacer. Redefinieron su estatus y el de sus compañeras a partir de su cercanía o lejanía con el discurso médico, los resultados de los exámenes o en función de la recepción de reconocimientos por parte de la institución o de los mismos médicos. Darse un lugar dentro de este universo nuevo provocó la fragmentación del grupo de parteras participantes: se generan procesos de distanciamiento o de acercamiento que giraron en torno a los ejes paradigmáticos propuestos por el discurso: la incompatibilidad entre tradición y modernidad. Algunas parteras se identificaron como parteras “adestradas”, “modernas”, con esto ellas sentían reivindicarse ante la “autoridad médica” y con derecho de estigmatizar a otras compañeras como “anticuadas”, “ciegas” y “obstinadas”.

La diferenciación impulsada por la revaloración de la práctica de la partera por medio de las mismas, demuestra que los discursos invalidantes de una tradición cultural cobran fuerza real en el momento en que los sujetos “sometidos” y “civilizados” o “colonizados”, empiezan a difundir ellos mismos las bondades de las nuevas formas de pensar y hacer, por tanto a resignificarse.

Cada individuo al elaborar nuevas representaciones sociales sobre su cultura, se convierte desde este instante preciso en un nuevo centro del poder que promueve y elogia formas de saberes y de interacción dominantes. Planteado de este modo, se aprecia que la modernización en el ámbito sanitario fue planeada, con el objetivo de “modernizar” la tradición, es decir hasta cierto punto desbaratarla y reemplazarla por la “cultura moderna”, por lo menos en lo referente a la Salud reproductiva.

5.3. Reflexiones parciales

A lo largo de este capítulo se ha puntualizado los aspectos positivos de los métodos tradicionales de atención del parto y al recién nacido, y criticando, en cambio, la práctica obstétrica y pediátrica hegemónica, no es porque en esta última no veamos nada positivo o creamos que la primera es perfecta, sino porque los servicios médicos oficiales censuran la práctica de las parteras tradicionales. Por otro lado se entiende que gracias a los avances de la biomedicina, es posible detectar anomalías fetales, evaluar la maduración pulmonar, y controlar la integridad anatómica de cualquier órgano, lograr que sobrevivan recién nacidos de un kilo medio y prevenir problemas de incompatibilidad sanguínea, se pueden hacer mucho más seguros el parto en las mujeres hipertensas y con diabetes en consecuencia disminuir la mortalidad materno-fetal.

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

El no compartir las mismas representaciones y significados hace difícil la comunicación y, en ocasiones, desde el poder legítimo surgen discursos paternalistas utilizando el miedo como amenaza, explícita o no, como medio de disuasión para el abandono de estas prácticas empíricas.

Abordar esta problemática es una tarea compleja, debido a que las parteras construyen su conocimiento a partir de un saber tradicional que han adquirido por medio de su experiencia o por transmisión intergeneracional, lo que supone una forma de tratar los problemas de salud muy distinta a la que tienen los sistemas médicos. Estos dos actores actúan bajo visiones del mundo diferentes: el saber médico y el tradicional. Cabe señalar que, históricamente, las parteras han jugado un papel fundamental en los procesos de salud-enfermedad de la población femenina y, por este motivo, las instituciones de salud se han interesado en su quehacer.

Para analizar cómo se relacionan estas dos formas de percibir la misma realidad fue necesario recuperar las voces de los diferentes agentes de salud que trabajan en las zonas rurales de México.

Cualquier comprensión o modelo de explicación y atención que se tenga en torno al nacimiento de un nuevo ser, responderá a una determinada concepción del cuerpo y del entorno que se tenga.

En general, se acepta y se reconoce el saber y poder de la biomedicina y es a partir de sus definiciones que construyen representaciones desde las que entienden la reproducción más normalizada e integrada en las funciones biológicas del cuerpo y, por lo tanto, accesible para ellas. Se consideran los posibles riesgos, el miedo y el dolor, y se comparte el proyecto con profesionales que les dan apoyo. Pero sin embargo hay poca capacidad en la atención hospitalaria para aguardar con paciencia a la naturaleza, ya que el parto en la mayoría de los casos siempre es espontáneo y el niño nace no por la intervención de alguien sino por el trabajo de parto mismo. Por eso hay quien dice que el arte del buen parir es el arte del buen esperar.

Las gestoras del nacimiento y el parto como fenómeno biológico, social y cultural han sido tradicionalmente las mujeres, parteras sin formación académica y matronas tituladas que se han encargado de cuidar de la salud de las mujeres y

sus hijos durante el embarazo, parto y puerperio desde que la humanidad guarda memoria.

Los conocimientos sobre el embarazo y el parto circulan entre las mujeres: ellas conocen las dinámicas propias de todo el proceso y, muchas veces, dan a luz solas. No obstante, como se ha visto, eso no excluye la existencia de personas especializadas en la atención del parto. En general, se acude a las más viejas en casos difíciles pues son quienes conocen las técnicas que deben ser usadas en los partos más laboriosos y complejos. Ante los relatos que se registraron, se puede decir que toda mujer es una partera en potencia. Las que no ejercen ese oficio propiamente dicho, pero muestran un interés especial y pueden ayudar en una emergencia son las llamadas *curiosas*. Muchas de las parteras comenzaron su trabajo de esta manera y fueron reconocidas como capaces de seguir el oficio.

Las especialistas son mujeres que han seguido un llamado divino revelado en un sueño o que fueron instruidas por otra partera con más experiencia que las designó como *teniendo el don de partear*.

El marcado carácter androcéntrico de la sociedad en la que vivimos se ha encargado de hacer invisibles a estas mujeres y parteras, no dándole el valor y reconocimiento que les corresponde y prestando poca atención al estudio de los conocimientos que adquirieron por transmisión oral de mujer a mujer como las parteras de este trabajo. Los hombres en general y la medicina en particular han relegado a las mujeres que se han dedicado a la asistencia del nacimiento a un segundo plano por lo que creo necesario contribuir a rescatar la identidad y las relaciones de las mujeres que ejercieron, bien desde el empirismo primigenio o desde la profesionalidad de los cuidados, la práctica de la asistencia a la maternidad. Son muchas las investigadoras e investigadores que han rescatado de fuentes documentales primarias la formación y el trabajo de parteras a lo largo de la historia así como las relaciones que han mantenido con otros profesionales por delimitar un espacio de intervención propio.

El reto deviene entonces en dar a luz a un nuevo paradigma que nazca de la fecundación de ambos modelos “ancestral” y “occidental” con todas las declinaciones o variantes que señalamos anteriormente. Podemos también adelantar que se tiene que trabajar por lo menos a dos niveles complementarios que permitan forjar este nuevo paradigma: a nivel individual donde cada cual tiene que enfrentarse con su rigidez interna que contribuye a bloquear el surgimiento de nuevas formas inspiradoras de vida y salud colectiva.

La atención a los procesos de salud y enfermedad dentro de este modelo biomédico, ha ido evolucionando y consolidándose, de modo que en la actualidad el sistema sanitario funciona como la institución portadora de los conocimientos y de la autoridad necesarios a la hora de regular todo lo concerniente a los procesos de atención del nacimiento. Entre sus “objetivos” se pueden nombrar los de explicar los significados sobre la reproducción o modelar cómo las mujeres deben situarse ante su embarazo y parto, porque lo que está en juego no es un asunto personal de las mujeres, sino la reproducción de la sociedad destinada a conseguir individuos, trabajadores, sujetos de derechos y de deberes. Y tan delicada tarea no puede dejarse al azar.

A pesar de que esta forma de asistencia, basada en la medicalización de los procesos, se presenta a ojos vista como la más normal, como la forma natural de atención, no siempre ha ocurrido así; tampoco es la única forma de atención existente en nuestra sociedad, y a su vez difiere de ciertos modelos que pueden hallarse. Por tanto, la atención actual al proceso del nacimiento no es otra cosa que un proceso histórico y socialmente construido y por tanto, un proceso cambiante, en el que las bases biomédicas que lo apuntalan son orientadas de acuerdo a las visiones socioculturales de los actores y grupos sociales que en él intervienen.

CONCLUSIONES GENERALES

Frente a la tensión que involucra reconocer los beneficios biológicos de la medicina del Estado, y dejar las prácticas culturales ancestrales, la mujer ha tenido que construir un mundo de significaciones para adaptar su conducta cultural a un espacio ajeno ya sea el hospital o el consultorio médico, a nuevos personajes que controlan su cuerpo y privacidad –el médico, la enfermera-, y a nuevas tecnologías y procedimientos –la sala de parto, el quirófano y el instrumental obstétrico-. En este proceso hasta cierto punto forzado y hegemónico de adaptación, es que la pérdida paulatina del conocimiento como patrimonio cultural alcanza un nivel crítico para la sociedad dominada o “civilizada”. Este cambio de significaciones y conceptos se dirigen hacia una forma híbrida del conocimiento tradicional, es un cambio en esencia epistemológico y de las lógicas de las explicaciones sobre las prácticas del parto.

Cada uno de los capítulos que conforman la presente investigación, nos ha acercado un poco más a la comprensión de los procesos Educativos en torno a la Construcción de las representaciones en torno a la salud reproductiva que han vivido las parteras del Municipio de Tecomán, lo que ha conformado sus concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio, las cuáles se ve reflejado en sus prácticas y su relación actual con el sistema de salud institucional.

Al analizar el impacto de las políticas y las prácticas en torno a la salud reproductiva por parte de la medicina institucional, se ha puesto de manifiesto un secreto a voces, que las concepciones por parte de la medicina institucional y las políticas de Estado se encuentran muy lejos de entender a la salud en un concepto amplio, así las acciones que se toman son de carácter remedial y atendiendo demandas internacionales que no tienen su origen en las demandas y necesidades comunitarias, así se pretende que la noción de un cuerpo –maquina- sea acogida por parte de las comunidades. Entonces queda claro que lo que se pretende con las estrategias de Promoción y Educación para la Salud por parte del

Estado y sus instituciones, es Homogeneizar la Salud, es decir la estandarización del concepto salud, por tanto de las formas de enfermarse o morir, y en consecuencia las prácticas para atenderla, por lo tanto dentro de esta estandarización entra la atención al embarazo como un estado patológico de la mujer y no como una parte de su ciclo biológico el cual debe estar controlado y supervisado.

En nuestro país esta política de estandarización se manifiesta en los programas que se han desarrollado, estos en todos los casos dejan de lado los factores culturales de la población, y en el caso de “tomarlos en cuenta”, como sucede con el “reconocimiento a la medicina tradicional” y sus actores en este caso las parteras tradicionales, se hace únicamente para reducir los gastos en servicios médicos.

En la actualidad, las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, en el contexto de la reproducción humana, confluyen en un nuevo fenómeno sociopolítico y cultural, la interculturalidad en salud, concebida como la posibilidad de un diálogo entre ambas prácticas, o trato igualitario, entre los sistemas de salud tradicional y biomédico.

Respecto al parto, se aprecia un importante cambio en las prácticas culturales de la región de Tecomán dado a consecuencia de la profesionalización de la atención a la embarazada. A pesar de que el parto domiciliario se ha suprimido totalmente en las comunidades de este estudio, en el discurso de las mujeres aún está presente el contenido de los relatos de las parteras, quienes tenían sus hijos en casa, ayudadas por matronas empíricas. Al respecto, mencionan la pérdida de al menos cuatro elementos culturales considerados vitales para la embarazada y su hijo(a): el acompañamiento y apoyo de mujeres experimentadas durante el parto, la lectura y disposición de la placenta, el cuidado con los fluidos corporales y la alimentación tradicional para recuperar las fuerzas de la mujer.

El modelo médico de atención del parto por vía vaginal, sin complicaciones, ha sido objeto de creciente escrutinio,¹⁻³ debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Tal es el caso del municipio de Tecomán en el estado de Colima donde la pérdida de la práctica del parto y exceso del uso de la tecnología ha disminuido la mortalidad materna sin en cambio, la salud neonatal se ha visto mermada al observar un incremento en el número de muertes neonatales e ingresos al cuero patológico por afecciones del nacimiento. Las estrategias desarrolladas en el ámbito de la salud materno-infantil han logrado importantes progresos en la reducción de la mortalidad, sin embargo se ha caído en un exceso del manejo de la tecnología y la aparición de otros indicadores en salud como es la mortalidad perinatal por diversas complicaciones durante el parto.

A través de este estudio se pretendió evidenciar la alternativa de la medicina tradicional en este caso específico de la reincorporación de la partera al servicio de salud, como respuesta a la medicina hegemónica, que responde a niveles económicos, aculturación y modernización y la cuál está apegada a los organismos mundiales y alejándose de las políticas nacionales de salud y modelos de atención a la salud.

Se sostiene pues, que la prohibición de una práctica cultural resulta insuficiente para hacerla desaparecer dado que la cultura –entendida como conjunto de saberes, prácticas y orientaciones de acción a disposición de un grupo social- no es externa a los individuos sino actúa desde el “interior” de los sujetos donde participa en la regulación de la motivación, en la construcción de las expectativas y los deseos subjetivos hacia sí mismos y el mundo social, en la selección de aquellos momentos que fungen como satisfactorios, en la percepción y en la valoración de fenómenos externos e internos, en la construcción y reconstrucción de los principios éticos y morales, en la identificación de algo como problema y en la creación de soluciones, en la identificación tendrá solo efecto a mediano y largo plazo si las normas, valores, cosmovisiones, actitudes y prácticas propuestas

lograren penetrar el sistema de personalidad de los actores y si tuviesen la fuerza y capacidad de instalarse ahí mismo. En calidad de seres reflexivos, dotados de capacidades cognitivas, los individuos son capaces de evaluar y juzgar propuestas dadas o novedades en función de las tareas a solucionar en el presente y las experiencias acumuladas en el pasado. Por consiguiente, no basta que un organismo proponga una innovación sociocultural; es asimismo necesario que aporten un conjunto de argumentos que legitiman el reemplazo de las respuestas tradicionales.

De lo anterior debe concluirse que la invalidación cultural constituye un mero acto cognitivo donde se sopesaran racionalmente los argumentos a favor o en contra de una práctica social determinada y donde se procuraría establecer un análisis racional de las ventajas y desventajas que presenta frente a su contraparte “modernizadora” o “civilizadora”.

Como demostró este estudio, la interacción entre los agentes modernizadores (médicos, promotores de salud y personal administrativo) y las parteras, se inserta en un contexto de desigualdades estructurales (trazado por la clase social, escolaridad, ingresos, prestigio, estilos de vida y estatus sociales, por mencionar algunos).

De lo anterior se infiere que la invalidación cultural nunca se reduce a un proceso cognitivo, este es un medio solamente. Como parte de una “civilización del otro” impuesta desde afuera, la invalidación cultural es organizada por las instituciones a cargo del proyecto modernizador mediante la creación de un ambiente psicosocial que favorece la transferencia del mensaje civilizatorio. En concreto, se trata de generar entre los individuos ciertos sentimientos y actitudes “positivos” o, por lo menos, tolerantes hacia los discursos y prácticas promovidos en este caso el parto medicalizado. Por ello es posible afirmar que la “civilización del otro” no se plantea como una transferencia de información. Para que los sujetos sociales se adhieran a los nuevos discursos deben estar convencidos de que las nuevas formas de pensar y actuar representarían, un avance frente a su manera tradicional

con que resuelven un problema. En este caso sin embargo, la labor de convencimiento no se reduce a una discusión racional acerca de los alcances y desventajas de las prácticas y saberes modernos frente a los tradicionales, sino se acompaña por la creación de una atmósfera psicosocial que pretende predisponer a los sujetos tradicionales a aceptar la propuesta modernizadora. La modernización opera, por ello, sobre los aspectos psicosociales de los individuos: constituye una intervención en su forma de ser, su modo de percibir, de conceptualizar, de pensar, de representarse y de sentirse a sí mismos y a los demás.

A lo largo de toda la investigación se ha venido apuntando que el nacimiento hoy, en el contexto de nuestro estudio, se inscribe en la ideología del modelo de atención del sistema médico hegemónico, lo que puede dar a primera vista la percepción de homogeneidad tanto en las representaciones como en las prácticas.

Conocía desde el inicio la existencia de otras formas de representarlo y proporcionar cuidados pero, ha sido a través del relato de las parteras y médicos que este horizonte ha ido enriqueciéndose y ampliando sus límites con múltiples iniciativas de diferentes categorías que los médicos y las parteras, nos han aportado. El desglosamiento de las representaciones con que se construyen los discursos y el análisis en la observación de las prácticas nos permite asegurar que, aunque incorporadas en el modelo biomédico, se dan variaciones significativas que construyen diferentes formas de pensarlo y practicarlo, tanto entre las mujeres como entre los y las profesionales, con lo que reafirmamos que se puede hablar en plural de “culturas” del nacimiento en nuestro contexto de estudio.

Durante esta investigación fue de interés buscar la diversidad de las posibles situaciones médicas, culturales y educativas que se pueden dar con la intención de mostrar la pluralidad en las formas de entender y practicar el nacimiento. La importancia del tema radica en que con este trabajo se pretenden hacer visibles las formas de crear conocimiento médico a partir del método empírico tradicional,

y compararlo con las formas de generar conocimiento científico; de ese modo se llegará a la conclusión de que ambos métodos tienen mucho en común, aunque se diferencien en aspectos culturales, tanto de las prácticas como la de connotación que se les otorgan a las mismas.

Expresiones culturalmente distintas surgen al tratar de definir el cuidado de la salud en poblaciones como la nuestra que tienen un carácter multicultural y contextos también pluriétnicos. Por consiguiente la expresión de culturas diferentes las cuales tienen a su vez comportamientos diferentes convergen necesariamente en el autocuidado y los cuidados transculturales que de ellas se extrapolan o preservan como ha sucedido en el caso de las parteras tradicionales. Las representaciones sociales ocupan un lugar importante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos ante la ausencia de explicaciones científicas y, desde un pensamiento lógico, se interpretan los fenómenos naturales y sociales, aunque no correspondan a verdades científicas, como sería el caso de las concepciones diferentes sobre el cuidado de la salud y la atención del parto que conciben las parteras tradicionales del estado de Colima.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRIC, Jean-Claude. (1994). *Pratiques sociales et representations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ACHILLI, Elena (2005). *Investigar en antropología social*. Los desafíos de transmitir un oficio. Laborde Editor, Rosario.
- AGOSTINI, C. (2001) *Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriano*, G. Cano y G. José Valenzuela (Coord.) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*. México, Miguel Ángel Porrúa/UNAM.
- AGUIRRE-BELTRÁN, G. (1980) *Programas de salud en la situación intercultural*. México.: IMSS (Col. Salud y Seguridad Social).
- AGUIRRE-BELTRÁN, G. (1994) *Antropología Médica. Obra Antropológica Vol. XIII México*. Fondo de Cultura Económica.
- ALFARO, Noé et. al. (2006). *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo*. INVESTIGACION EN SALUD, abril, año/vol. VIII, número 001, 50-53.
- BARKLAY, William. (1973) "Control de la población en el Tercer Mundo". En: *Imperialismo y control de la población*. Buenos Aires. Periferia.. p.151-195.
- ., M. (1971). *Historia de la medicina: su problemática actual*. México, Impresiones Modernas.
- BENJAMÍN, Ma. Antonieta et. al. *Los primeros años 1943 a 1944 HISTORIA DEL I.M.S.S*. IMSS México.
- BLAZQUEZ, María Isabel (2005); *Aproximación a la antropología de la reproducción*. Revista de Antropología Iberoamericana. AIBR. Ed. Electrónica. N. 42
- BRAVO, F. (1970). *Nociones de Historia de la Enfermería*. MÉXICO: 3a Edición Tipografía Comercial.
- CALDEYRO, B. R., Poseiro, J. J., Schwarcz, R., Duverges, C. A., Diaz, A. G., & Fescina, R. H. (January 01, 1986). Fenómenos activos del trabajo de parto. *Obstetricia*
- CALIXTO, Raúl (2008). "Representaciones sociales del medio ambiente", *Perfiles Educativos*, vol. XXX, núm. 120, pp. 33-62.

CAMPOS, Roberto (1996), *“Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina, estudio de México y Bolivia.* Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México.

_____. (1999) *La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina.* Salud Problema; Año 4(7). México.

CAMPOS Thomas, TH (2000) *Antropología médica: contextos textos y pretextos: Propuesta teórico metodológica para el estudio de sistemas etiológicos terapéuticos coexistentes,* México, UNAM.

CARRILLO, A. M. (1988). *Parirás con alegría un estudio sobre la persistencia de las parteras tradicionales en México.* México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

_____. (1999) *Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México.* *Dynamis.* 19, 167-190.

_____. (2000) *Las parteras tradicionales. Su contribución a la humanidad desde la prehistoria al siglo XXI,* en prensa

CASTAÑEDA-CAMEY, X (1992) *Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos.* *Rev. Salud Publica* 34. México

. (1981).

COMELLES Y MARTINEZ (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina.* Madrid: Eudema.

COMINSKY, S (1992). *“La atención del parto y la antropología médica” en Roberto Campos Navarro (Comp.), La antropología médica en México,* Instituto Mora México.

CONAPO (2001) *Demanda futura de los servicios de salud reproductiva en La situación demográfica de México,* CONAPO, México.

COPLAMAR. *Necesidades esenciales de México. Salud. Situación y perspectivas al año 2000.* S. XX1 1983.

CHÁVEZ, Teófila. *“Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero”.* En: SSA/UNICEF. p. 16-17. CHÁZARO, L.

(2005) *Introducción. Historia, Medicina y ciencia: pasado y presente de sus relaciones*, Cházaro García L. (editora). *Medicina, Ciencia y Sociedad en el S. XIX*. México El Colegio de Michoacán y Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo.

DÁVALOS, M. (1998) *Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas* Revista Dimensión Antropológica. Volumen No.13 CONACULTA. INAH. México

DUARTE, Luis F. D. "Pessoa e Dor no Occidente(o 'holismo metodológico' na Antropologia da Saúde e Doença)". XX Reunião Brasileira de Antropologia - ABA, Salvador. 1996.

DURAN, Gonzales, L., Hernández, M. Díaz, L y José, Becerra (1993), Educación para la salud. Una estrategia integradora. En Perfiles Educativos, octubre-diciembre, número 62 Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F.

ELIAS, Norbert (1993): *El proceso de la civilización*. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas, México, Fondo de Cultura Económica. 1ª reimp. de la 2ª edición

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Colima. Instituto Nacional de Salud Pública. México. D. F.

ERICKSON, Frederick. "Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza". En: Wittrock, Merlin. *La investigación de la enseñanza*, II. Métodos cualitativos y de observación. Barcelona, Paidós- M. E.C., 1997

ESPINOZA, H. y cols. (2003). "Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación" *Perinatol Reprod Hum*; vol. 17 No. 4: 193-24

ESTRADA, R. (2005) "*La inevitable lujuria masculina, la natural castidad femenina*". En *el umbral de los cuerpos. Estudio de antropología e historia*. Cházaro, L. y R. Estrada, (editoras) México, Colegio de Michoacán y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

FLORES, A y Valladolid, R (1997). "*Educación para la salud. Aplicaciones metodológicas*", en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades.

FOUCAULT M, (1978) 'Historia de la medicalización', *La cultura en México. Suplemento de la revista Siempre*, No. 835, México

- FOUCAULT, M, (1966) *El nacimiento de la clínica*, México, siglo XXI, en Díaz, L. et. al (2007) *Las parteras del siglo XIX: el despojo de su arte*. Revista DYAMIS. Vol. XX. Granada España.
- GADAMER, HG (1996) *El estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa.
- GARCÍA, J. (1997). “*La capacitación en el Programa IMSS Oportunidades*” en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS Oportunidades, México.
- GÓMEZ, Francisco. “Multinacionales, anticonceptivos y políticas demográfica”. Material de Lectura. Serie Ensayo. Núm. 2. México. UNAM. SFP.
- GRIMBERG, Mabel. (1998). “VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía”. Proyecto LUSIDA PNUD. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación de Buenos Aires.
- GUADARRAMA, R. *Las paradojas actuales de la investigación cualitativa en ciencias sociales*. En: Canales A. y Lerner S. (coordinadores). Desafíos teóricos y metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio. El Colegio de México, Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Demografía. México, 2003:162-176.
- GÜÉMEZ PINEDA, M. *La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas*. Universidad Autónoma de Yucatán. Rev. Mesoamérica, 2000; 21(39):305-33
- HABERMAS, Jürgen (1990) *El discurso filosófico de la Modernidad*. Taurus, Argentina
- _____ (1992). *La reconstrucción del materialismo histórico*. Madrid: Taurus
- HERNÁNDEZ-LLAMAS H. (1980) *Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980*. En: Ortiz F, ed. *Vida y muerte del mexicano*. México, DF.
- IMSS (1992) *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales*, Dirección General. Programa IMSS-Solidaridad, IMSS, México.
- IMSS (2002). *Concentrado Nacional del Registro de Actividades de Parteras Rurales*, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. División de Planificación Familiar, IMSS, México.

- IMSS-SSA (1994). *Directorio Nacional de Parteras Rurales. Información por Estado, Municipio, Localidad, Edad y Capacitación*, IMSS, México.
- INEGI-INM (2002). *Mujeres y hombres en México 2002*, INEGI, México.
- JODELET, D. (1989). Représentations sociales: Un domaine en expansion. En D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales*. Paris: PUF
- JUÁREZ Fátima et al., *Barreras para la Maternidad Segura en México*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010. Disponible en www.guttmacher.org
- LEFEBVRE, Henry (1983) *La presencia y la ausencia. Contribución a la teoría de las representaciones*, México, Fondo de Cultura Económica.
- LEITER, Waltraud (1982) “*La atención “tradicional” del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*”. Tesis de Maestría en Etnología especializada en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología, INAH-SEP., México, D.F.
- LEÓN, Nicolás. (1910) *La obstetricia en México*, México, Vda. de F. Díaz de León.
- LÓPEZ, JUAN CRISTÓBAL. (2005). *La hermenéutica en la antropología, una experiencia y propuesta de trabajo etnográfico: la descripción densa de Clifford Geertz*. Ra Ximhai. Universidad Autónoma Indígena de México.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=46110204>.
- LÓPEZ, Alfredo (1999) *Un día en la vida de... Una partera mexicana*, ilustraciones de Guillermo de Gante, México, Dirección General de Publicaciones del Conaculta/Editoriale Jaca Book.
- LOZOYA X. (1980) *Medica Tradicional*. México, D.F.: CEESTEM- IMPEPLAM
- , M. M., et. al (1985). *Sociología de una profesión: el caso de enfermería*. México, D.F., Centro de Estudios Educativos.
- MELLADO, V et al. (1989). *La atención del embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.

_____. (1992) *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales*. En: Campos, Roberto (comp.). *La antropología médica en México*. Tomo 1. Instituto Mora. México.

_____. (1998). "Saber local y toma de decisiones" en Armando Haro y De Keijzer, Benno (Coord.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora, México.

_____. (2005). "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos". En Perdiguero.; Comelles. (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra, 163-188.

MENÉNDEZ, Eduardo.; DI PARDO, Renée. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Ciesas. México: Casa Chata.

MOSCOVICI, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.

Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Cien .

NUÑEZ, I. C. (1988). *Síntesis histórica de la partera en el Valle de México: en Revista de Enfermería, IMSS, VOL 1 N. 1*. México: IMSS.

Organización Mundial de la Salud. (1978) *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. En: *Atención Primaria a la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud; 1978 Alma Ata URSS*. 6-12 septiembre. Ginebra: OMS

PEREZ-CAJARAVILLE, J., ABEJON, D., ORTIZ, J. R. *et al*. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, ago.-sep. 2005, vol.12, no.6, p.373-384.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. (1984) *Ley General de Salud*. México. Libros Económicos.. p.30.

REYES CATILLO, Manuel, González, Laura Rosa. "El modelo de atención integral a la salud del programa IMSS COPLAMAR y la partera empírica (IMSS). En SSA/UNICEF.

- RODRÍGUEZ SALAZAR, T., GARCÍA CUIEL, M. D. L., & JODELET, D. (2007). *Representaciones sociales: teoría e investigación*. Guadalajara, Jalisco, México, Universidad de Guadalajara.
- SADLER, Michelle, (2004). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto*. En Sadler, Acuña y Obach, _acer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66.
- SAHAGÚN, Fray Bernardino. (1979) *Colección de datos de México Prehispánico*. Editorial Poma 4ª Edición
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1976) Reglamento de Parteras Empíricos Especializados.
- SECRETARÍA DE SALUD. (1993) Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, México, D.F., 1993.
- _____. (2001) Manual de atención de embarazo saludable, parto y puerperio seguros recién nacido sano, México, D.F., 2001.
- _____. (2002). Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud. México, D, F.: SSA.
- _____. (2006) “La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias” México, pp. 16.
- SIEGLIN, V. (2001) “*De humillaciones, abandonos y maltratos: las instituciones y servicios de salud pública desde la perspectiva de las mujeres campesinas*”, Consejo para la Cultura de Nuevo León (CONARTE), Consejo Nacional de Cultura y Artes (CONACULTA).
- TAYLOR, STEVE J. y BOGDAN, ROBERT (1994) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Editorial Paidós. Buenos Aires y Barcelona.
- VARGAS, L.A y ALVA, M. (1973), El embarazo y el parto en el México prehispánico. An. Antrop., 10:297-310, UNAM, México.
- VINIEGRA, F. (1895 “Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas,” Tesis de la Escuela Nacional de Medicina de México.
- Zittle Ferro, Evangelina, Camarena García, Rosa. (1977) “Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional (SS).” En: SSA/UNICEF. p. 11-12

REFERENCIAS EN INTERNET

http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his06102.html

<http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx>

<http://www.registrocivil.col.gob.mx/noticia.php?ib=21743>

<http://inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/anu.asp?mpob161393>

http://inegi.gob.mx/wb2_egobierno.eguridad.

<http://inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?msai04c3354>

ANEXOS

ANEXO 1.

GUIÓN DE ENTREVISTA A COMADRONAS Y MÉDICOS

EMBARAZO

Control del embarazo: ¿En qué medida considera que es necesario? ¿Qué protocolo se sigue?
¿Quién decide estos protocolos? ¿Son modificables por la matrona o médico? ¿Se siguen en la asistencia privada?

¿Qué similitudes o diferencias se establecen en la atención entre la asistencia pública o privada?

El embarazo ¿Se considera una situación de riesgo? ¿Por qué? En la práctica ¿Es así?

¿Qué opina sobre las pruebas que se realizan? ¿Se consideran totalmente necesarias?

¿Cambiaría algo? ¿Cuál?

¿Participan las mujeres en el seguimiento del embarazo? ¿De qué manera?

¿Considera que tienen o no autonomía? ¿Opinan las mujeres sobre las recomendaciones o cuidados que se les ofrece? ¿Y sus parejas? ¿Cumplen las mujeres con las recomendaciones?

¿Se han encontrado con planteamientos u opiniones diferentes por parte de las mujeres?

El padre en las consultas: ¿Qué función considera que desempeña? ¿Es aconsejable su presencia?

La preparación al parto ¿La recomienda? ¿La considera necesaria o útil?

¿Aconsejaría la presencia de la pareja? ¿Encuentra diferencias en los partos de mujeres preparadas y las que no? ¿Cuáles? ¿Las que no? ¿Cuáles?

¿Considera que trabajan en equipo: médico/matrona? ¿Cree que sería necesario introducir cambios? ¿Cuáles?

DEL PARTO:

¿Qué se considera un buen parto? ¿Qué funciones tiene al médico en el parto? ¿Y la partera? (en la asistencia pública y privada)

En general ¿Qué le parece importante de sus funciones en la asistencia a los partos?

¿Qué opinión tiene sobre los riesgos?

La mujer ¿Puede participar en la reducción de riesgos? Si es así, ¿Cómo? ¿Se informa a las mujeres en este sentido? ¿Y a las parejas?

El dolor ¿Qué opinión tiene respecto al alivio del dolor? Considera necesario el uso sistemático de la epidural? ¿Y/o de otros calmantes?

El padre ¿Considera necesaria su presencia en el parto? ¿Participa de alguna manera? ¿Qué se espera de él? ¿Por qué el padre y no otra persona?

Las parteras: ¿Tienen o no autonomía en su hacer? ¿Cómo asisten los partos? ¿Qué funciones desempeñan? ¿Cambiaría algo respecto a la asistencia al parto? ¿Cuál?

DEL PUERPERIO

Durante la estancia en el hospital: ¿Cómo se cuida a la mujer?

¿Qué opina respecto a la forma de alimentación de la criatura? ¿Y de la lactancia materna?

¿Informa a las mujeres respecto a esto?

Cuidados a las mujeres a lo largo de todo el puerperio.

ANEXO 2.

GLOSARIO DE TERMINOS MEDICOS

LITOTOMIA: Esta posición se utiliza para cirugía vaginal, perineal, urología y rectal. La paciente se halla acostada boca arriba. Las piernas colocadas sobre los estribos de la mesa de exploración, los muslos están flexionados en ligera abducción mientras que las rodillas lo están mucho más.

DEHISCENCIA: separación de las capas de una herida quirúrgica. Las capas de la superficie se separan o se abre la división de la herida por completo.

EPISIOTOMIA: incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende entre el ano y el orificio vaginal) para facilitar la salida del feto, durante el parto.

EPISIORRAFIA: es la reparación, mediante el uso de suturas, de la herida dejada por la episiotomía.

ECLAMPSIA: condición grave que pone en peligro la vida de la mujer y que se presenta en etapas avanzadas del embarazo; produce convulsiones a causa de una presión de la sangre muy elevada.

ANESTESIA PERIDURAL: La anestesia raquídea y epidural se utilizan para adormecer a los pacientes quirúrgicos desde el pecho hasta las piernas. Tanto la anestesia raquídea como la epidural implican colocar medicamentos directamente en la zona de la médula.

FETO: Producto de la concepción posterior al período embrionario cuando ya se ha iniciado el desarrollo de las principales características estructurales, habitualmente desde la octava semana después de la fecundación hasta el momento del parto.

PUERPERIO: es el periodo que sigue al parto, ya sea por vía vaginal o cesárea. Dura aproximadamente 40 días o 6 semanas, por eso también se llama cuarentena. Durante este período los cambios efectuados por el embarazo (fisiológicos, anatómicos y endocrinos desaparecerán poco a poco).

ABREVIATURAS

SSA Secretaría de Salud y Asistencia

ANEXO 3.

ENTREVISTA “DOÑA PACHITA”. LUGAR: AFUERA DE LA IGLESIA DE LA COMUNIDAD DE CALERAS (SALIENDO DE MISA POR MIÉRCOLES DE CENIZA POR NOCHE)

1: Buenas noches, yo me llamo Tania, soy la doctora del Centro de Salud de Cerro

2: Ah! si....

1: Yo estoy haciendo un trabajo para la escuela y me interesa mucho saber sobre usted, quiero que usted me ayude platicándome ¿Cómo aprendió todo sobre curar a las personas?, ¿Cómo supo que se iba a dedicar a esto?, ¿Cómo aprendió de todo?, ¿usted platíqueme!

2: Muy bien madre. ¿Y me va a grabar?! (risas)

1: Sí lo que pasa es que tengo muy mala memoria y luego no me acuerdo de cosas, pero usted no se preocupe platíqueme ¿quién le enseñó a sobar?

2: Es que.... este Yo, mi mamá y una tía sabían sobar, tenían unos libros. Cuando se caían, se descomponían, se quebraban, se contractaban y que estaba astillado o estaba salido el huesito o así entonces me dijeron a mi “mira hija nosotras ya estamos muy viejas vamos a morir”, así por que no me enseñan,” si quieres sí, vente” y ándele! Yo y mi bocota y yo madre pus lo gordo la carne no se me puede deteptar bien como si se me astillo o se me quebró o que se le revolcó el huesito de la rodilla, en fin entonces me fueron diciendo tú no lastimes, tu toca y si truena y si le duele mucho es que esta astillado o esta quebrado si ves que se dobla rápido fácilmente esta es que esta quebrado y si no posiblemente se safaron los nervitos se inflamo y por eso ella no puede caminar no puede mover nada frágil la rodilla, entonces comencé a tallarles y ay la señora golpeada que fue le dice afloja tu cuerpo tu para sobar a una persona así debes de dejarla en el piso suelta y floja floja y ve tentándole como la señora consienta del lado donde esta fracturado o del lado donde esta desviado su contorno rodilla, el huesito que se safa la como se puede decir madre la panochita o ¿Cómo se llama esto? (señalando la rodilla)

1: rodilla, rotula

2: Aja ándele esa madre, que se desclavo hasta acá (señalando un lado de la rodilla), entonces ya iba y veía los libros y a lado de los libros como yo ya supe leer grande comenzaba a decir una cosa y otra y así y me aplique una cosa y otra y así y me aplique mucho a enseñarme a leer y escribir y ya me comencé a saber el abecedario y que mas y comencé a ver que mas que esta rotura fulana, sutana y este la piel cuando se quebra fácil se hace una bola y así ese liquido de la sangre cuando se coagula en lo quebrado, entonces uno no debe de mover nada nada nada hasta que ya la lleven al médico para ver sino se está tirando el liquido con toda y la sangre entonces se lleva al doctor por que ya es operación, por que ya no puede el sobador ya lo tocante a las quemaduras ah bueno entonces lo doblaban bien así mis padres me decían, la sobadora y la otra que me enseñó así mira comadrita comadrita, a lo rancho le ponían una mata que le decían suelda con suelda, la machaaban bien bien machacadita triaba un montón de hojarasca, y le ponían panocha o piloncillo madre de ese le ponían piloncillo y ya 2 a 3 claras de huevo y bueno bien que se lo ponían en la herida y casi duraban 4 días, dándole árnica tomada con sábila tomada duraban como cuatro o cinco días en la mañana y tarde les daban y no comer nada con grasa puro frijolito cocido, también esto se le daba a comer a un quebraduro, de su pie o de su brazo. Entonces cuando se caiban y se desvían sus esos que es la espina dorsal salen como se llama madre y se le desvían.

1: las vértebras.

2: si las vértebras por parte de los nervios por que los nervios luego se hacen bola o luego esta inflamado y no te puedes ni mover y sientes que se te pega y te jala madre, hasta el huesito de la columna entonces es cuando la persona no puede, entonces tocante de eso de lo que yo se de eso, pero tocante de sobar de susto, de empacho, de fiebre, la fiebre se hace pues con calentura, mucha temperatura, en estomago, nosotros le poníamos lavativas pero ahora que es adema o ¿cómo? Nosotros le poníamos una lavativa ya después de la lavativa ya dejábamos por la mañana cocíamos fresno y lo dabanos con agua tibiecita antes de que saliera el sol bien tapadita y si no se le quitaba l calentura o tenia de vuelta así malestares y escalofrío poníamos la cazuela le echábamos manteca y poníamos cinco limones calientes, le poníamos una bolita de alcanfor.....

INTERRUPCIÓN

2: entonces ya de allí, nosotros para lo que le decíamos el paludismo y eso poníamos, agarrábanos xocoahuistes y mi papa lo molía en el metate y hacíanos una agüita

1: el xocoahuiste es una planta

2: una planta madre, una planta que tu ves así que son como un conito de puerco (refiriéndose al rabo del puerco), muy rojo (haciendo espirales con los dedos de la mano) hay nos amarillos y otros blancos agarraba y lo molíamos y en la mañanita nos hacía una purga mi papa, una purga nos daba y nos colaba y todo y voitelas, ya nos daba la purga y ahora si a beberse el atole blanco por que con eso vamos a purgar y con eso teníamos; con eso por tres días y ya a los 3 días si en la tarde ya no te daba calentura madre era porque ya se cortó la infección, se cortó la fiebre y hacíamos cataplasmas de piloncillo este con cachaxa, todo esto se hacían lavativas nos metíanos y nos ponían en esto de aquí y en esto de acá.

1: ah en la cabeza, en la nuca y en el estómago.

2: aja, acá en el vientre madre y en la rabadilla y ya se te quitó la calentura y ya el atole blanco y lista para que te dieran arroz molido o el puro juguito sin sal sin nada lo tomaba así para que se te cortara la diarrea, el chorrillo que le decían y ya así al siguiente día otro día ya nos ponían para llenar entonces ya nos hacían un sopito así con frijolitos recién hechos y jitomate y ya se comenzó con el caldo del arroz y se sudaba la enfermedad madre ya entonces cuando ya están relajados de empacho cuando ya no quieren comer y también tienen calentura entonces dábamos una sobada en la mañana en lo que esto de acá (sobándose el ombligo) le damos por acá entonces si su pancita deja de hacer ruidos como que ya no borbotea es porque el niño ya se curo con 2 o 3 tallones que le das así en ayunas y entonces te embrocabas bien bien a las criaturas y si le veías, tenían sumidito aquí (tocándose la cabeza)...

1: la mollera.

2: si la mollera, aja lo que es la mollera, le metes estos deditos y a veces cuando se asustan, o se caen pa tras, se les abre aquí aunque sea una mínima parte se les abre su cabecita, madre entonces así que el niño tiene una vasca y soltura verde y no esta bien con temperatura entonces mi tía nos decía " agarra la criatura siéntalo bien y apriétalo como si fuera un tecomatito, y se cierra así como cuando el niño ya esta de grande, porque esta abierta su cabecita y lo soban lo soban con sábila este bálsamo, lo esparces en tu mano ah y cebo, y así así y lo agarras de su cabeza y lo componemos todo esto de aquí y acá y todo lo sobas y si ves que el niño y si el niño no se compone entonces agarras 3 o 4 limones, y los pones en una charola a la lumbre, tantita manteca y le echas los limones si ves que están calientes ya los sacas y le pones tantito y el chiste es echarlo por toda la cabeza.

NIETO: ya llegaron por nosotros

2: si ahorita.

2: entonces ya usted le amarras un trapito y le frotas con alcohol con tu boca y ya madre es para curar de esto de la mollera y el empacho.

1: ¿Oiga y también sabe sobar embarazadas?

2: Las embarazadas se acuestan bien bien madre y le pones sus pies parados como cuando se van a aliviar y le sobas todo esto las entrepiernas, aja si y el niño se afloja en primer lugar vas a dar aquí (señalando las ingles) y el niño brinca entonces ya le vas sobando tu mismo y lo vas tocando con los dedos a ver como lo sientes, la manita, la cabecita los piecitos su colita, a veces aquí esta la colita y aquí la cabecita y a veces tiene acá los piecitos y aquí la cabecita hay como duele madre cuando esta así.

1: ¿Cuándo viene atravesado?

2: Si se quejan las madres bueno hasta se les hinchan los pies

1: ¿Cuándo vienen atravesados se les hinchan los pies?

2: Si se les hinchan los pies cuando vienen embrocados, pero puedes sobarlos cuando esta tierna la luna, entonces lo sobas y tu le hablas al niño le dices que se este quieto y lo sobas pa el lado contrario y lo sobas hasta que se acomoda pero tiene que estar tierna la luna, se acomoda pero depende si esta encuetado o como esta, le hechas aceitito y si no afloja y esta duro entonces la pones con cuidado, con mucho cuidado boca abajo y la pones que la señora este suelta y le das con tus manos así así en sus nalgas, en su espalda, hasta que truena y se afloja.

Para que el niño se te voltiera pero que ella se cuelgue bien bien y se oye bien cuando el niño se compone

1: ¿Y por qué les ponen seguros y listones rojos?

2: Ah por el eclipse por el eclipse por que fíjese madre que si cierto una puerca que iba a tener, mi tía hay como quiera la ponía y un eclipse pesado que se comió la tierra la luna, ándele madre tuvo cinco puercos muertos y otros 2 que salieron todo esto comido (señalando un costado de la cabeza),

1: La mitad de la cara

2: Hey y entonces otra tía que tenía dijo ya mi puercos ya se aliviaron que le pone un cadenon y un trapo rojo de aquí a sí. (haciendo la señalización con la mano) madre trajo 8 puerquitos todos sanitos, o será la voluntad de dios te digo porque dios como? ellos aclamaron mucho a dios, porque así dice madre como estaban diciendo aquí madre yo creo en dios , esta bien pero sus padres nos dijeron más antes que la ceniza era el fierro de Jesucristo, por eso dicen cuando se mueren o es el fin del mundo que tiene que ser, no va a morir uno viejo, este luego te dicen, a que acudiste, a que fuites, cuantas veces acudistes a la ceniza, te pusieron el fierro mijo para que fueras hijo de dios si no como, que hiciste la penitencia pero ya no te dicen eso por eso ya Jesucristo es como el ganadero es ganadero entonces va a poner el fierro a los animales, no Jesucristo anda poniendo el fierro a todos nosotros por eso dicen así como dijieron eres polvo y en polvo te convertirás, pero Jesucristo porque Jesucristo leyó mucho, los padres leyeron mucho pasaron por los libros así como ustedes que son doctoras, pasaron por muchos libros y sin embargo ellos no pasan por muchos libros, y sin embargo los dejan que nos pongan la ceniza porque si claro son como uno como un igual pero no estudiadas., el que estudia mucho sabe yo ahorita madre, que te puedo decir yo ni se ni la o redonda hago bien, y sin embargo todo lo que no se y aunque uno lea mucho yo no se nada.

1: Pero usted ayuda a mucha gente curándola

2: Si sobando si pero eso es penitencia de uno mismo porque si uno mismo soba a una persona la gente dice doña pachita ya sabe o doña Maria ya sabe, y ella sabe sobar y ya no necesita, diosito nos ayuda por eso, cuando subo, por eso hay muchos sobadores que murieron en este mundo ya fueron buenos, doctores buenos madre entonces cuando uno va a sobar los aclama uno a ellos entonces "ánimas del purgatorio ve lo que me está pasando ayúdame ahora que voy a sobar a estas personas", si vas a hacer sanacion para ellos, "cruzo mis brazos y todo y como los puso la madre santísima o los medicos ayudanos y si dios ya permite te sanas madre, y si no yo les digo mira yo no les cobro mucho una señora les cobra 150, yo no cobro mucho que tanto son 30 pesos, y yo pongo el aceite y pongo el alcohol no se me hace muy caro, mucho porque los pongo y dicen no si doña Pachita usted cóbrenos, no digo yo no eso a mi no, a veces a los niño los veo asi con la cabecita colgando mira bien sumida, lo agarro esta así madre el niño con su mollerita toda hundida, que siente bien feo la cabeza y hay viene la calentura y la vasca, y si ya no lo soba de aquí o le levanta uno de aquí y ya esta se le levanta, yo hago eso y de lo que se yo hago eso

1: Y cuando le llegan los partos, Como aprendió a atender partos,

2: Si me toco cuando estaba el doctor Arturo el que ahorita esta en Tecomán, por que el doctor Arturo se intereso en que yo me enseñara se todo sobre la venda se poner inyecciones y el me decía de los auxilios para poner vendajes, todo eso, y yo le decía hay doctor pero yo no se leer y el me decía vengase yo le voy a enseñar, y yo le ayudaba, y hubo una vez que llego una señora a aliviarse al centro de salud, se alivio le alivio la criatura en el centro y así aprendí, se le vino su niño bien chiquitito, y el me decía usted me va ayudar doña pachita yo no sabia vi en los libros, pero no es igual verlo en los libros que verlo ahí y el me dijo como mocharle el ombligo y donde, y como agarrar el niño, ese el lo peso, lo baño en ese rato

1: Entonces usted atendió partos cuando el doctor estaba

2: Si el doctor siempre estaba cuando atendía partos, por que solito le toco, yo le ayude al doctor Arturo, el doctor hizo su servicio aquí como ustedes entonces venia y me decía doña pachita me ayuda, si doctor como no aquí entonces me decía tienes que aprender no vayas a matar una persona (en vos bajita), hay yo digo pero si usted es medico y le digo si me da miedo doctor entonces el me dijo no tenga miedo doña Pachita el que va a morir muere.

2: Pero le hablo a usted por que sabia que usted curaba a la gente de aquí.

1: Hey si me ayudo además 2 3 veces sobe a ese doctor, sobe a otro huerito, y a otro que se llama Francisco Daniel que le entro un calentaron madre, y me dijo ya tome un montón de pastillas ya me inyectaron y no se me quita, de una gripa, y no se quería curar y me llevo la señora mariana.

1: Así que también curo a los médicos, y mariana la que hace el aseo en el centro de salud la llevo.

2: Si la que hace el aseo me llevo, ven pachita me dijo, y ya dije bueno esta bien y luego una doctora María se me hace que se llamaba, una morenita ella le di una sobada y ándele al otro día me mando hablar que estaba rete a gusto, y que comía hay doctora le dije (riéndose), si quiere yo le traigo que le haga mariana, hay si que puedo comer, no puede comer grasa, por que la grasa si le cae de vuelta al estomago de vuelta sigue con esos males, pero usted no se apure tómese una canelita, si ve que le cae bien, una avenita y mientras, le digo, si usted quiere que le hagan un arroquito cocido y se toma el juguito, si doña pachita como no y ya le di de comer y la doctora se curo, y me dice mire doña pachita que a gusto me siento pero eso si le cosí unos limones y le sobe bien sus piezas y de la espalda y la arropo bien bien hay doña pachita me dice me voy a dormir bien mucho y pobre y con eso se quedo bien dormida, y es que antes a uno le pegaba la influencia y eso que le dicen el trancazo, todo esto te queda adolorido y sobre todo si esta frío

1: En los brazos y la espalda.

2: Si en la espalda, tarda mucho el dolor pero con eso, un maestro también, me dice que voy a ser pachita ya fui con el medico y no se quita, hay maestro pues se deja si pachita hágame lo que sea, le empiezo calentando lo dejo bien empapadito de limón caliente y ya otros tres días días mira que bien se siente mira bien a gusto. Bendito sea dios

1: Oiga y usted nació aquí en caleras

2: No madre en Ixtlahuacan pero aquí me crie mi papa ordeñaba vacas aquí en colima, el padre de la mora Juan de la mora, estuvo trabajando aquí con, jorge peralta, mi papa trabajo aquí en manzanillo con un este del tren, de esos y hay en campos ordeñaba las vacas hacia casas como mi mama se vino de allá del lado, de, pobre madre no había que comer, cuando aquí lo que pizcaba había que comer acá había agua sembradíos,

1: Ya estaba la Cómo se llama?

2: LA APASCO!

1: NO LA HACIENDA

2: Ah si! cuando llegamos ESTABA EN ABUNDANCIA MADRE TODO ESTO ERA ESTE

1: PARTE DE LA HACIENDA

2: No todo esto era monte y luego para allá también aquí era ganado, lo que tenía la hacienda mulas, todo esto había un japonés aquí en la entrada allá otro chino, yo cuando llegue había aquí como cuatro cinco chinos, y todo esto, había aquí una jacalera, por allá otros por acá otros, cuando llegue madre no había muchos, mi padre y mi madre, cuando llegamos aquí yo ya había estado en colima yo ya había vivido en manzanillo madre, mi padre ya había trabajo de cómo se dice de esquivador de los barcos, cuando nos vinimos yo tenia como unos diez años cuando caí aquí, el rancho muy arruinado, había mucho guacho, y luego donde quiera se mataban donde quiera había muertos mi hermano me decía no salgas una casita así con palapitas para que si llovía no nos mojáramos, uhm madre tan pobre nosotros y ya con el tiempo me case y ahí es mi casa bendito sea dios con mi marido y ya.

Así fue pasando y ya llegue que se me murió y quede viuda y con una hija yo no quería tener muchas hijas, por que yo vía, como estaba el tiempo y digo mi esposo andar como burro, y yo con ocho de familia y yo sin saber leer yo sin nada, con que con que le podía ayudar solo con puro lavar barrer y trapear, pues no y ya me dijo ni modo y me fui a buscar un empleo y ya me juntaba una enfermera que estaba aquí y llego aquí otro doctor que se llamaba Landin y me dijo doña pachita, que paso dice cuantos hijos.. dure madre tres años yo me iba a ayudarle a la huerta y a todos lados yo andaba con el como mozo, yo podía yo estaba joven yo me sentía pizcaba madre yo , bajaba mucho fríjol y lo alzaba en el trinche le dábamos de leñazos, y de ahí si paso, a los dos años me tumbo una mula venia yo paca y me tumbo una mula, cuando se espanto, caí madre el golpe que me di, sentí que me había rompido tres costillas y una pierna y quería caminar y no podía madre moretones así de grandes y mi madre me dice te voy a llevar con el doctor o con una señora que curaba le dije con quien quieras yo ya no aguantaba yo me ponía fomentos de papa, nombre madre me dolía, entonces la enfermera me dice no te pego tu esposo, no le dije no me hizo nada le dije me aventó una mula, esta bien y me dio una sobada a gusto me sentí, y me sentí a gusto y a los pocos días como que comía y se me entumía, y como que se me subía y como que me quería provocar, hay estoy en ayunas pero yo no me fijaba madre que yo no reglaba madre yo nada, bueno entonces ya tenia como cuatro meces cuando me mi esposo me dijo oyes estas engordando mucho órale le dije pus que pus como que no te veo bien, y le digo es que yo le dije como que me siento apretada de la panza, si te veo rara, y mira madre yo iba a cortar coco así,

madre, ándele que voy hiendo con el doctor y que me dice hay señora y le digo hay doctor me duele mucho la rabadilla y la espalda, le duele si ya me voltio y me dice que cree su esposo donde esta, afuera le dije, usted tiene cuatro meses de embarazo, hay doctor si le digo, si señora 4 meses tiene la criatura iiih! Que no le hayan dicho eso a mi marido estaba bien emocionado, que ya no quiso que yo fuera a ningún lado con el, cuatro meses yo tenia con razón sentía el estomago así que me faltaba el aire madre, decía me muero tomaba avena tomaba el aire y me sentía toda desesperada yo, pues era el embarazo madre, y ya

1: Entonces empezó a curar ya grande, aprendió chica pero empezó ya grande?

2: Si aprendí a los 16 años pero empecé ya grande yo iba con mi tía pero aprendí ya todo además mi tía me decía tienes que aprender de todo porque te van a poner una inyección y hasta te van a cobrar tres pesos, que me tapo y a la señora le daban 5 pesos de esos blancos yo decía no creo y me decía si mija enséñate enséñate, mi ama no quiso nada y yo si madre le daba por aquí y le daba por allá para aprender

Nieto: vámonos ya!

2: Si vámonos. Bueno doctora

1: Bueno muchas gracias

2: No me despido por aquí nos vemos

1: Ok luego seguimos platicando doña pachita gracias.

2: Ándele cuando quiera, ya sabe dónde vivo.