

00464



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

1
2ej.

**FACULTAD DE CIENCIAS
POLITICAS Y SOCIALES**

**EL SABER Y EL QUEHACER DE LAS PARTERAS
EN EL MEDIO RURAL MEXICANO**

T E S I S
para obtener el grado de Maestría en
S O C I O L O G I A
p r e s e n t a

María Isabel de Fátima Luengas Aguirre

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Enero 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TUTORA:
DRA. MARCELA LAGARDE
PROFESORA DE POSGRADO FACULTAD DE
CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES.UNAM**

Agradecimientos

Quisiera hacer patente mi agradecimiento a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco por haberme otorgado la beca de superación académica para concluir la maestría.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social Región Puebla por las facilidades que me dio al realizar este trabajo en particular al Dr. Fausto Fernández Coordinador Médico Regional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y a su esposa Enfermera Juana Vela Coordinadora Regional de Enfermería de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, por haberme brindado su apoyo, sus experiencias y comentarios que enriquecieron este trabajo.

A las enfermeras Tomasa Castillejos Coordinadora Zonal de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y Lourdes Cortés quienes siempre me orientaron en el trabajo de campo y ampliaron con sus experiencias y profesionalismos el enfoque de la investigación. Y por su trato cálido y solidario durante el mismo.

A mi asesora Dra. Marcela Lagarde quien con gran paciencia y sabiduría me ha guiado teórica y metodológicamente durante la elaboración de la tesis y la maestría.

Al grupo de parteras de Nuevo Necaxa (la Sierra Norte de Puebla) por permitirme compartir sus recuerdos y vivencias (a veces dolorosos), por su generosidad al hablarme de su práctica; de sus remedios y "secretos profesionales", por su trato sencillo y cariñoso durante el tiempo que compartí con ellas.

A José Rivas V., Jorge Federico y Fátima Rivas Luengas quienes dan un mayor sentido a este trabajo.

Y a todas las personas que han contribuido directa o indirectamente a concluir la investigación.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCION.....	7

Capítulo I LA MUJER-PARTERA

1.	La cuidadora; la partera.....	12
1.1	Las cuidadoras	15
1.2	La partera como intelectual de la reproducción....	15
1.2.1	El conflicto entre la permanencia y el cambio.....	15
1.2.2	La maternidad colectiva y simbólica.....	16
1.2.3	El manejo sobrenatural.....	17
1.2.4	Una profesional especializada.....	17
1.2.5	Una institución de la sociedad civil.....	17
1.2.6	La cobertura.....	17
1.3	El saber de las parteras.....	18
1.4	Los mecanismos de transmisión del oficio.....	19
2.	Hacia una tipología.....	21
2.1	Partera clase y étnica.....	22
2.2	La pertenencia étnica.....	26
3	Las dimensiones genéricas del sujeto.....	27
3.1	El cuerpo de la mujer y la reproducción social.....	27
4.	El saber invisible y la pedagogía invisible.....	29
5	La partera y la identidad genérica.....	30

Capítulo II

LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER EN EL MEDIO RURAL MEXICANO

1.	Algunas consideraciones sobre la salud.....	33
1.2	La salud de las mujeres.....	34
2..	Las condiciones de salud de las mujeres en México..	35
2.1	Demografía y salud.....	35
3	La salud y la maternidad.....	36
3.1	Mujer fecundidad, nupcialidad y anticoncepción.....	39
3.1.2	Salud, cultura y lengua.....	43
3.1.3	El embarazo.....	44
3.1.4	El parto.....	49
3.1.5	El puerperio.....	51
3.1.6	Alimentación y lactancia.....	54
3.1.7	El aborto.....	57
3.1.8	Mortalidad materna.....	60
4.1	El cáncer.....	62
5.1	SIDA.....	63
6.1	Violencia y violación.....	65
7.1	La salud mental.....	68
8.1	Mujer salud y ancianidad.....	69

Ubicación de la zona de estudio.....	71
Ubicación del Estado de Puebla en la República mexicana...	72
Colindancias del Estado de Puebla y ubicación de la Sierra Norte.....	73
Poblaciones principales de la Sierra Norte de Puebla.....	74
Municipios de donde provienen las parteras.....	75

Capítulo III

LA PARTERA Y LAS POLITICAS DE SALUD

1. Las políticas de salud en el modelo neoliberal.....	76
1.1 Antecedentes.....	76
1.2 La respuesta social a la enfermedad.....	78
1.3 Las políticas de sanitarias en el modelo neoliberal	83
2. Las modalidades en la capacitación a parteras y los nuevos modelos de atención.	86
2.1 Políticas sanitarias internacionales.....	86
2.2 Evolución en la capacitación a parteras en México....	89
3 Las parteras y las instituciones.....	91
4 La legislación.....	94
5. Los modelos mixtos de atención.....	94
6 Los mecanismos de "articulación".....	96

Capítulo IV

LOS DETERMINANTES MACRO Y MICRO SOCIALES DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA

1. Las características actuales del modelo de desarrollo socioeconómico en México.....	98
1.2 Las modificaciones al artículo 27.....	102
2 La Sierra Norte de Puebla.....	104
2.1 Características socioeconómicas y demográficas.....	104
3 La cobertura de servicios médicos y otros satisfactorios.....	107
3.1 Recursos humanos en la atención sanitaria.....	107
3.2 La condiciones de salud.....	109

Capítulo V

LAS PARTERAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA

1. El grupo de parteras.....	111
1.1 Antecedentes.....	111
1.2 El perfil de las parteras.....	112
2. La vida de la mujer-partera.....	116
2.1 El proceso de formación de las parteras.....	116
2.1.1. El ciclo de vida.....	116
2.2.1 El matrimonio y la vida conyugal.....	117
2.2.2 La maternidad.....	119

2.3.1	La tradición familiar y otros mecanismos de transmisión.....	120
2.4.1	El proceso interno en la constitución de la partera.....	121
3.	La práctica profesional.....	121
3.1	La atención perinatal.....	121
3.1.1	Cómo atienden los embarazos, los partos y los puerperios.....	121
3.2	Las complicaciones.....	125
3.3	Los problemas de fertilidad.....	126
3.4	El control de la fertilidad.....	128
3.5	Otros aspectos de la curación.....	128
3.6	El saber.....	129
4.1	La autoimagen.....	129
5.	La relación de la mujeres-parteras con las instituciones de salud.....	130
5.1	La relación con el IMSS.....	130
5.2	El Programa de capacitación de Puebla.....	131
5.3	El desarrollo del curso.....	133
5.4.	La evaluación.....	136
5.5.	El seguimiento.....	139
5.6	Otros aspectos del Programa.....	139
6.1	La superación.....	139
6.2	Los límites del Programa.....	140
7.1	La autoidentidad.....	141
	Reflexiones finales.....	142
	Apéndice metodológico.....	147
	Anexo I. Perfiles individuales de algunas parteras del grupo.....	151
	BIBLIOGRAFIA.....	170

INTRODUCCION

La salud como proceso que se polariza en lá enfermedad, muestra la complejidad del desarrollo de la existencia de los sujetos sociales y particulares. Ella articula diferentes niveles que van desde lo económico, lo social, lo cultural, lo político. Pero también expresa en lo individual y subjetivo, el conflicto de la propia existencia.

En el presente trabajo parto para abordar este vasto problema de la salud , de mi experiencia profesional previa y del contacto cotidiano con pacientes. Es decir de la confluencia entre teoría y praxis de la salud.

Por otra parte, mi propia condición de mujer y madre me llevó a reflexionar sobre la forma de vida de las mujeres en la sociedad patriarcal y la importancia del trabajo femenino en la reproducción y la preservación de la vida, por ende de la salud.

Esta expresión particular de trabajo no tiene socialmente ningún reconocimiento . Constituye parte importante del saber y quehacer genéricos, invisibles, de las mujeres. La experiencia me mostraba la complejidad y diversidad del trabajo implicado en el cuidado de los otros.

En el campo específico de la reproducción se conjuntaban el entrenamiento genérico, las tradiciones de cuidado familiares, los conocimientos médicos hegemónicos, así como lo "instintivo"(con que se ha dado en calificar éste trabajo) y las reflexiones teóricas que desde una plataforma contestataria se han venido realizando sobre la condición de la mujer.

Cuando inicié la investigación me guiaba el objetivo de hablar de las mujeres que se dedican al cuidado de la reproducción en el medio rural mexicano como especialistas; las parteras rurales.

Por mi experiencia profesional previa estaba atrapada en un enfoque institucional y permeada por la ideología patriarcal, y no veía a las parteras: no las consideraba como los sujetos, las protagonistas principales , las intelectuales del cuidado materno. Por el contrario las visualizaba desde las instituciones hegemónicas como meros agentes de salud, a pesar de que mi intención era hablar de ellas como mujeres, desde la teoría de la condición de la mujer en el momento social e histórico actuales. Fue durante el desarrollo de la investigación, cuando integré la lectura con el contacto con las terapeutas y logré entonces una transformación importante de mis puntos de vista y las mujeres se hicieron visibles.

Numerosos trabajos acerca de las creencias y prácticas terapéuticas sobre el ciclo de vida, y las médicas tradicionales o parteras provienen de la antropología y la sociología médica desde una visión generalmente culturalista. Yo me propuse entender la reproducción y sus cuidados desde las mujeres.

La condición de la mujer como base del análisis sociológico necesariamente lleva consigo una perspectiva amplia que involucra cuestiones subjetivas, íntimas del sujeto, puesto que, sólo desde ahí se pueden entender comportamientos particulares de la mujer.

Por otro lado cuando las mujeres desde una perspectiva científica reflexionamos sobre nuestra condición, establecemos un diálogo intenso con nosotras mismas, con nuestra forma de vida, nuestra relación con los otros. Así el proceso de investigación se convierte necesariamente en un cuestionamiento y una fuente de autoconocimiento, llenos de contradicciones y emociones que a veces dificultan o complican el avance. De esta manera, el acercarse y separarse al sujeto de estudio mediante el proceso de análisis, es un ejercicio que al tiempo que provoca angustia es en sí liberador de ella.

Las parteras rurales en el ámbito público ejercen como especialidad: el cuidado de la reproducción sexual, social y cultural. Ellas han desarrollado conocimientos atribuidos al género profesionalmente, en tanto, aunados al acervo de la medicina tradicional, son los recursos por excelencia de su quehacer terapéutico.

Las parteras han logrado trasladar su saber y su quehacer fuera del ámbito doméstico, así su trabajo es reconocido, valorado y pagado, a diferencia del trabajo de las demás mujeres que es definido como "natural", "instintivo", "invisible", "destino de toda mujer", por la sociedad patriarcal. Son las parteras de la Sierra quienes con escasos o mínimos recursos materiales, escolares, pero con una gran capacidad de sobrevivencia han logrado modificar una relación de opresión, en una relación que las valoriza. Y aunque su trabajo reafirma la condición de la mujer lo hace desde otro espacio transformando con ello el hecho.

Por su clase social las parteras son trabajadoras agrícolas, su profesión como cuidadoras la ejercen como parte de sus actividades cotidianas y no en forma exclusiva. La mayoría de ellas son analfabetas, muchas monolingües, han vivido múltiples embarazos y abortos y tienen un gran número de hijos, al igual que muchas mujeres de su comunidad.

Es evidente que como miembros de las clases subalternas y como mujeres, las parteras están sometidas a una doble subordinación. Pero a pesar de ello su experiencia de vida y las relaciones que han establecido dentro y fuera de su comunidad les han permitido valorarse como mujeres y como profesionales. Estas terapeutas han incorporado elementos innovadores que facilitan el cambio de actitudes tradicionales en ellas mismas, y que sirven de ejemplo a las mujeres de su grupo. Ellas como líderes encarnan el conflicto entre la permanencia y el cambio.

En la Sierra Norte de Puebla encontré que las condiciones de vida y trabajo de las parteras eran representativas de las de las parteras pobres del ámbito rural mexicano. Aquí también resultó propicio para los objetivos de mi investigación que ellas iniciaban un proceso de acercamiento y capacitación con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es decir que se habían mantenido de alguna manera lejos de la influencia institucional.

La intención fundamental del presente trabajo es ofrecer una nueva lectura sobre las mujeres-parteras rurales en México, proyectando la importancia del saber y el quehacer genéricos en las dimensiones: social, económica y política.

En el curso de mi investigación me propuse caracterizar a las parteras en su vida pública y privada, en tanto mujeres y especialistas, como miembros de las clases subalternas; asimismo considerar su pertenencia étnica. Además intenté reconstruir el proceso social e íntimo a través del cual estas mujeres se constituyen como parteras.

Conocí diversos elementos que conforman su saber, el vivencial -la experiencia de la maternidad-, el genérico - el cuidado de los otros-, el de la medicina tradicional, el de la medicina hegemónica, el religioso, el místico, el mítico, el ritual, el mágico.

Desentrañé su práctica que así como su saber, conforma un mosaico de cuidados y manejos, disímbolos y variados, proveniente de las diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad que ellas conocen.

En este proceso fue necesario contextualizar el objeto que también es sujeto de trabajo de las parteras; las mujeres.

Este trabajo necesariamente habla sobre las condiciones de salud de las mujeres del campo, de los límites que éste impone y de las posibilidades que propicia al trabajo de las parteras.

Fue necesario también revelar el proceso de articulación entre las parteras rurales y las instituciones, así como la expropiación y apropiación que hacen estas últimas del trabajo de las parteras; así mismo señalar los beneficios que para las ellas significa el contacto con las instituciones y la capacitación que de ello se deriva.

Comencé definiendo a la mujer-partera y me pregunté: ¿ Quien es? ¿ qué hace? ¿ cómo se constituye? ¿ qué elementos conforman su saber y su quehacer en la sociedad patriarcal?. Traté de penetrar en la conformación íntima subjetiva de las mujeres que determina en mucho su relación consigo mismas y con los demás, y que tiene expresiones muy concretas en su trabajo en la esfera pública (capítulo 1).

En el capítulo 2 abordé el tema de la salud de las mujeres y discutí algunos criterios del saber médico como elementos que conforman el saber de las parteras y como referencia obligada de los saberes subalternos. Recurrí al análisis de las estadísticas sanitarias actuales para ejemplificar el problema.

Las parteras actúan en un contexto amplio determinado por la estructura social, así, tuve que ubicar sus saberes y sus quehaceres en el modelo de desarrollo neoliberal en México y traté de dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿cuáles son las posibilidades de permanencia de las parteras en el campo, en el marco del creciente proceso de expansión de la práctica médica? ¿ cuáles son los límites y posibilidades de trabajo de éstas terapeutas frente a las condiciones de salud de las mujeres del medio rural mexicano? (capítulo 3), ¿ cómo se articulan las parteras con las instituciones sanitarias oficiales?, ¿ qué lugar ocupa el trabajo de las ellas en el modelo económico neoliberal, ya que son los únicos recursos no "institucionales" de salud que tienen un lugar bien establecido en el sistema oficial? (capítulo 3 y 5) ¿qué significa para las parteras de la Sierra Norte de Puebla como mujeres y como terapeutas su participación en las instituciones hegemónicas de salud? y ¿ cómo se da éste proceso de articulación a través de la capacitación con el IMSS? (capítulo 3 y 5).

Estas cuestiones implicaron una reflexión sobre el modelo económico neoliberal y las políticas derivadas de él para entender los determinantes de la salud de la mujeres del campo y ubicar la práctica de las parteras en lo concreto y desde las instituciones dominantes. Asimismo fue necesario hacer una semblanza de la zona estudiada para tener una aproximación más adecuada del medio en el cual las parteras de la Sierra Norte de Puebla realizan su trabajo (capítulos 3 y 4).

Esta visión más amplia y comprensiva sobre las parteras, sus saberes y quehaceres, su identidad genérica , de clase y étnica y las limitaciones que les imponen a su trabajo las condiciones de salud de las mujeres y las políticas sanitarias, podría contribuir a mejorar la capacitación a ellas y en consecuencia la atención materno infantil en el medio rural. Pero también podría ayudar a revalorar la acción de estas mujeres por las instituciones sanitarias. Este trabajo ofrece una nueva lectura sobre la importancia del cuidado de las mujeres en la salud y la necesidad de hacerlo visible para las propias mujeres.

LA MUJER-PARTERA.

CAPITULO I

1. La cuidadora, la partera rural.

La partera rural realiza como especialidad en el ámbito público lo que se considera el saber y el quehacer de las mujeres: el cuidado de la reproducción sexual, social y cultural. Con ello, transforma el trabajo "natural", "instintivo", de la mujer en un trabajo reconocido, profesional y pagado. El destino genérico, la maternidad y el cuidado de los otros, que a pesar de su carga vital fundamentan la ancestral opresión de la mujer, la partera al ejercerlo como oficio, convierte dicha relación opresiva en un hecho positivo que le da una identidad, un lugar, un estatus y recursos diferentes a los de las demás mujeres. No obstante su actividad pública por ser un quehacer culturalmente definido como femenino, reafirma su condición de mujer en la sociedad patriarcal.

La mujer traslada al mundo público su condición, " la selección de una profesión se orienta por las cualidades genéricas con que la define la cultura y prolonga las tareas que le han correspondido en la distribución de funciones por sexo" . Muchas de las actividades que las parteras han realizado como mujeres, madresposas, son en gran medida, parte de su entrenamiento y vocación profesionales (OMS. 1985. Lagarde, M. 1990).

La partera rural es la mujer de campo, que en general, no ha tenido acceso a la educación, y que desarrolla en su lucha por sobrevivir como especialización la actividad genérica.

Partera quiere decir, mujer que asiste a la que pare (Larousse, 1976), este concepto hace referencia únicamente a la ayuda entre mujeres durante el parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la partera rural, tradicional, empírica, recogedora, comadrona, indígena, hilot, dai, dunkun, como se le ha llamado "como una persona (habitualmente una mujer), que asiste a la madre en el curso del parto y que inicialmente adquirió sus aptitudes atendiendo ella misma a partos o trabajando con otras parteras tradicionales". Esta definición según la OMS es limitada y no revela el conjunto de actividades que lleva a cabo la partera, como son: "los cuidados básicos a las mujeres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención al recién nacido, la promoción de métodos modernos de planificación familiar, la intervención en otras actividades de atención primaria la identificación y el envío de pacientes de elevado riesgo". Este último listado de

actividades corresponde a las realizadas por las parteras capacitadas (OMS. 1979). Sin embargo, muchas de ellas que no lo están y no realizan las actividades señaladas al final.

Ser terapeuta es parte de la condición femenina, las mujeres en el ámbito doméstico son las que llevan a cabo acciones que modifican el estado de salud de la familia. Son las mujeres quienes dan mayor asistencia sanitaria a nivel mundial, la mayoría de las enfermeras son mujeres (OMS, 1985). Ellas se ocupan generalmente del cuidado de los enfermos, niños y ancianos. Las mujeres son las médicas de la vida cotidiana; su trabajo terapéutico es parte indisoluble de su quehacer genérico. Son ellas los principales recursos de la medicina doméstica o familiar, la que se hace puerta adentro. "La asistencia femenina en la enfermedad es una de tantas esferas del trabajo doméstico, de reproducción de la vida y de cuidado y apropiación de los hijos.. Puericultura y Pediatría son actividades de la madre de familia"(Modena, M. E.1990).

De esta manera los saberes y quehaceres de las parteras tienen como referencia los de las mujeres de su grupo, de su comunidad. Pero ellas han adquirido conocimientos y experiencias , desarrollado habilidades y destrezas en la atención perinatal, que las constituyen como especialistas y esto marca una diferencia con las otras mujeres.

Así ,las prácticas profesionales de las parteras rurales tienen atributos particulares como son: la calidad de sus saberes, el reconocimiento que tienen como profesionales, la relación asimétrica que existe entre ellas y las pacientes en el acto médico, y la mediación de la relación mercantil, monetaria.

La calidad de los saberes de las parteras rurales en relación con las otras mujeres puede ser discutible, ya que muchas mujeres en el medio rural han atendido partos. Sin embargo, el que aquellas sean solicitadas por la gente de su comunidad para que "cuiden"(éste término es el usado por las parteras para definir su trabajo) a las parturientas, y reciban un pago por sus servicios, implica un reconocimiento público de su trabajo.

No obstante el liderazgo público de las parteras, en la esfera privada como mujeres y madre-esposas comparten con las otras la condición de opresión (Lagarde, M. 1990).

Las parteras son líderes en su comunidad, por ello las instituciones patriarcales, en particular las de salud, les ofrecen un trato distinto al que reciben las otras mujeres.

El IMSS las ha incorporado a la institución. Este proceso de acercamiento se debe en parte, a que el Seguro Social les reconoce su quehacer como un trabajo complejo, y no como un atributo natural. Desde esta perspectiva el trabajo de las parteras adquiere una dimensión económica, social, política y cultural.

Pero el trabajo de la partera va más allá de la atención perinatal, ella con su saber y su quehacer permite la reproducción de la cultura, del mundo simbólico, del ritual, funciones que comparte con las mujeres de su grupo, desde ámbitos distintos.

Las mujeres y las parteras reproducen el sistema de mitos, ritos, creencias, cuidados y costumbres sobre el ciclo de vida; las primeras lo hacen en el mundo privado y la otras en el público. Ambos trabajos tienen gran importancia para la sobrevivencia y permanencia del grupo; mujeres y parteras reproducen a los sujetos particulares y a los sujetos sociales, y permiten la continuidad de las formas de vida.

Ser mujer en la sociedad patriarcal implica una condición social e histórica que constituye al sujeto mujer y la conforma subjetiva, genéricamente. La condición genérica es por eso la categoría más amplia y subordina a las otras categorías. Para nosotros es el hilo conductor que nos permite analizar a las parteras en su vida pública y privada: como especialistas y como mujeres.

La condición de la mujer está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres, independientemente de su voluntad y su consciencia. Por las formas en que participan en ellas. Por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las concepciones del mundo que las interpretan. Por la concepción que tienen de sí mismas, de lo que son y la manera de relacionarse con los otros (Lagarde, M. 1990).

La condición de la mujer se redefine en situaciones específicas de clase, etnia, edad, etc. Dicha condición se expresa de manera diferente para cada mujer o grupo de mujeres.

Así las parteras rurales son las exponentes de la situación 1 de las mujeres de su comunidad. Sin embargo, existen circunstancias específicas ocurridas en las vidas de estas mujeres que las han impulsado a dar el paso del mundo privado al público.

1 La situación es el conjunto de características que tienen las mujeres -en este caso las parteras- de su condición genérica en determinadas circunstancias histórico sociales e individuales. (Lagarde, M. 1990).

La condición de la mujer, como condición histórica, requiere ser contextualizada en el marco de las relaciones sociales y económicas particulares donde se analice. En nuestro caso son la referencia obligada para entender a las parteras rurales de la Sierra Norte de Puebla.

1.1 Las cuidadoras.

Las parteras rurales se definen a sí mismas como "cuidadoras". Ser cuidadora revela: un oficio, una identidad, un autoreconocimiento, una distinción, una pertenencia, una misión, un destino, un lugar diferente al de las otras mujeres de su comunidad.

El trabajo de las cuidadoras es muy amplio. Ellas además de acompañar a las mujeres durante el trance del parto, es decir conducir a madres e hijos en una situación de vida o muerte, brindan solidariamente a las mujeres, ayuda en las tareas domésticas mientras estas se recuperan, o cuando no tienen quien las auxilie. Las parteras dan atención perinatal, bañan a las mujeres con sus criaturas, las visitan periódicamente después del parto. Si muere la madre, el hijo o ambos, ellas organizan el ritual de la muerte. Sus cuidados, saberes y consejos son solicitados para cualquier problema de salud. El trabajo de las parteras se proyecta mucho más allá de la atención perinatal.

1.2 La partera como intelectual de la reproducción.

1.2.1 El conflicto entre la permanencia y el cambio.

La mujer-partera es la médica, la cuidadora, la sanadora, la educadora, en suma es una intelectual de la reproducción 2.

La partera es la heredera de la tradición de la antigua *ticitl*, la médica prehispánica. No obstante la partera es un personaje que se construye y reconstruye a lo largo de la historia; la partera de hoy ya no es la misma, y aunque utilice algunas terapias prehispánicas como el temazcal, ha cambiado el entorno histórico social donde desarrolla su quehacer. Las prácticas y saberes que sustentan el trabajo de las parteras se han modificado y refuncionalizado desde la época colonial y en forma muy importante por la medicina moderna (Mellado, 1989. Modena, M.E. 1990).

2 Como intelectual de la reproducción la partera rural ayuda a que se reproduzcan; los sujetos individuales y sociales, así como las relaciones en las que están inmersos, el mundo material, sobrenatural y simbólico (Gramsci, 1988).

Las parteras con su trabajo reafirman el orden establecido, la ideología dominante. Ellas "cuidan" que se perpetúe la condición de la mujer. Las parteras se muestran como "representantes de una continuidad histórica ininterrumpida hasta por las más radicales transformaciones de las formas políticas y sociales". Este concepto elaborado por Gramsci para describir al intelectual tradicional; define parcialmente a las parteras, en tanto ellas han permanecido porque han sabido cambiar. Las parteras rurales se encargan de modificar e introducir nuevos saberes, de incorporar y refuncionalizar técnicas, rituales, conocimientos, medicamentos .

Las parteras rurales encarnan el conflicto entre la permanencia y el cambio. Ellas, con su saber y su quehacer le dan vida a una forma de atención desarrollada y establecida por el grupo. Cumplen con ello un papel social muy importante: darle continuidad, cohesión, trascendencia y posibilidades de sobrevivencia al grupo. Las costumbres en la atención perinatal permiten una manera de identidad del individuo con su comunidad, no son algo privado sino compartido, dan coherencia a la articulación de los individuos entre sí y con los demás (los que no pertenecen al grupo). Así estas costumbres le dan sentido y ritmo a la vida, dan a cada uno un lugar, un espacio, un tiempo (Gum, P. 1987).

Las parteras rurales por su liderazgo funcionan como enlaces entre su comunidad y las instituciones dominantes. En particular las instituciones sanitarias. Ellas son captadas fundamentalmente para ser capacitadas. En algunos programas como el del IMSS, la institución establece una relación permanente con las parteras como ya mencionamos. El contacto permanente entre ellas y la institución favorece experiencias que les permiten ampliar sus horizontes, modificar sus puntos de vista, ampliar y transformar sus saberes, viajar, volverse independientes, sus actitudes no corresponden a las de una mujer tradicional del campo. Su forma de vida muestra opciones diferentes, su ejemplo sirve a otras mujeres.

1.2.2 La maternidad colectiva y simbólica.

Las parteras rurales ejercen una maternidad simbólica y real con los miembros de su grupo. Ellas abren las puertas de la vida; "yo lo traje al mundo", dicen las parteras, "ya mis nietos están grandecitos", los nietos son los niños a los que ella ayudó a nacer, la partera es "la abuela de ombligo", la madre. Los nietos son los testimonios vivientes de su quehacer. Por ello las parteras tienen un ascendiente muy importante en su comunidad, que constatan cotidianamente.

1.2.3. El manejo sobrenatural.

La mujer-partera tiene un lugar protagónico de un hecho trascendental, el nacimiento. Ahí se dirimen cuestiones fundamentales de la existencia humana, a nivel individual y colectivo, que atañen la capacidad del grupo por permanecer, por sobrevivir, por afirmar su cultura, su forma de vida, su identidad. El parto es un acontecer dialéctico, la mujer se expone a la muerte para dar la vida.

En ese entorno cultural la partera rural participa en un momento de vida o muerte. Su saber y su quehacer involucran aspectos que van más allá de lo terreno, que tocan lo sagrado, lo sobrenatural, así, el trabajo de la cuidadora se coloca entre dos mundos, y tiene eficacia aquí y allá. " El ritual, la ceremonia, lo sagrado, organizan la vida y permean las relaciones sociales" (Takaelel, 1992). La partera se encarga de los rituales del nacimiento y de la muerte. Ellos son componentes indisolubles de la atención perinatal que ellas brindan en el campo mexicano.

1.2.4 Una profesional especializada.

La partera rural es una profesional especializada, porque ha desarrollado habilidades, conocimientos y destrezas para manejar el complejo sistema de atención a la mujer y al niño. Este sistema está conformado por: los rezos, la manteada, la sobada, el temazcal, el tratamiento de la placenta, las versiones in útero, el uso de medicamentos (Kelly, I. 1955 Cosminsky, S. 1977) entre otros.

1.2.5 Una institución de la sociedad civil.

La mujer-partera constituye una institución de la sociedad civil que se ha formado, mantenido y evolucionado históricamente, ante la ausencia de otras alternativas de atención a la reproducción, sobre todo en el campo. La permanencia de la partera rural nos indica el acceso desigual de la población a la asistencia médica institucionalizada, así como a manifestaciones y preferencias culturales de campesinas e indígenas.

1.2.6 La cobertura.

El impacto y el reconocimiento del trabajo de las parteras por las instituciones dominantes se debe en gran medida a la cobertura que brindan todavía en nuestro país hoy día. La Encuesta Nacional de Fecundidad reporta que el 45% de los partos que ocurren en el medio rural son atendidos por las parteras empíricas (ENFES, 1990).

Las parteras rurales mantienen un lugar significativo en la atención al parto, son en ocasiones el único recurso disponible para la atención materno infantil para un número todavía importante de mujeres en el campo.

1.3 EL saber de las parteras.

El saber de las parteras es un complejo de conocimientos, saberes y técnicas de diferente índole, transmitidas de diversa manera, 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 dominante, el simbólico, el ritual, el mítico, el mágico y el religioso (Modena, M.E: 1990).

El bagaje que conforma el saber de las parteras rurales proviene de interpretaciones diferentes y contradictorias sobre como abordar y resolver los problemas de salud. En general estas interpretaciones no les crean conflictos, por el contrario constituyen recursos terapéuticos disponibles para enfrentar la enfermedad y la muerte (Modena, M.E. 1990. Lagarde, M). De la manera como las parteras conjugan e interpretan los variados elementos, es decir de la manera que usan sus recursos, depende en gran medida la calidad de sus saberes y sus quehaceres.

Pero el saber de las parteras rurales no es homogéneo, depende de la forma como ellas lo han adquirido, de si saben leer y escribir, si hablan la lengua materna y la dominante, si se encuentran cerca de los centros urbanos, de quien o quienes las enseñaron atender los partos.

El saber de las parteras que se han formado en el sistema educativo como enfermeras corresponde técnicamente al de la medicina dominante. Pero también el sistema sanitario oficial capacita a las parteras rurales, por lo tanto, muchas de ellas manejan 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.

Para las parteras el componente religioso es el que puede ocasionarles mayores problemas en su quehacer profesional. La práctica religiosa reordena y organiza la vida de los sujetos particulares y de las comunidades sobre todo en el medio rural. La mayoría de las parteras rurales de nuestro estudio

son católicas. Algunas de ellas que son protestantes han enfrentado en las comunidades donde los habitantes en su mayoría son católicos, situaciones de rechazo o violencia, lo que restringe su trabajo a nivel comunitario y su ascendiente. Asimismo pone límites a su acción terapéutica.

Algunas creencias religiosas pueden impulsar a las parteras rurales a modificar su quehacer, ya que existen religiones que prohíben el uso de anticonceptivos, otras las transfusiones sanguíneas 3.

1.4 Los mecanismos de transmisión del oficio.

El oficio de 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 como subjetivos, internos.

Los mecanismos de transmisión del oficio de la mujer-partera son: a) la predestinación, b) el 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.

a) La predestinación. En algunas comunidades indígenas el oficio de partera se adquiere por predestinación o por revelación, indicios o señales como la fecha de nacimiento, los sueños, el encuentro con determinados objetos o el padecer ciertas enfermedades, son interpretados como mensajes para que la mujer se dedique a la curación o la atención al parto (Kelly, I 1955. Cosminsky, S 1977).

b) El linaje. El linaje es muy importante en la formación de la partera ser miembro de una familiar de curanderos o parteras es significativo, aunque no se haya vivido con ellos o conocido directamente. La facultad de curar se trae en la "sangre".

c) La tradición familiar. La tradición familiar, la herencia del oficio de madres a hijas, suele ser uno de los mecanismos más frecuentes en la formación de las parteras. Las hijas ayudan a las madres a veces desde niñas a atender a otras mujeres y después lo hacen solas.

3 La entrada de religiones como las protestantes han modificado el modo de vida de muchos de sus adeptos y en algunos casos han alentado la división y el enfrentamiento entre individuos y comunidades. Sin embargo no todos los cambios han sido negativos ya que muchos de los seguidores de algunas religiones tienen prohibido tomar, p.e. o mantienen sus casas más limpias (Lalive de"Epina y 1968 citado por Modena, M.E. 1990).

d) 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 en clínicas rurales oficiales o en instituciones particulares.

e) La experiencia vivida. La partera aprende a serlo mediante la experiencia vivida de la propia maternidad. La vivencia es una manera de aprendizaje no suficientemente valorado por las sociedades patriarcales. Es la vivencia de la maternidad la que da sabiduría para vivir, para comprender mejor a los demás y es fundamental en la formación de las parteras rurales.

f) El condicionamiento genérico. Muchos de los saberes de la mujer-partera son transmitidos por tradición oral y corresponden a la memoria colectiva, viva y vivida por las mujeres, y forman parte de su saber genérico. Los remedios para evitar los hijos, la forma de cuidar un embarazo, las técnicas para atender un parto, la producción de leche, el cuidado de los hijos son conocimientos basados en la práctica y en la tradición y constituyen parte de la medicina doméstica o familiar.

g) Las tradiciones. Dentro de la tradición cultural en algunas comunidades rurales e indígenas, las abuelas o las suegras tienen como tarea atender a sus hijas o nueras en el momento del parto. Y se hacen parteras por una necesidad familiar y cultural. Incluso en el caso de algunas etnias como los tarahumaras las mujeres tienen por costumbre atenderse solas en una choza en el bosque o en un lugar escondido de éste, pero no todas son parteras (Aguirre, Beltrán, G. 1988). En estos casos la asistencia al parto se ejerce en el ámbito privado, en el hogar y constituye parte del trabajo "invisible" de las mujeres, de la medicina doméstica o familiar y no media pago alguno. Las terapias empleadas por la madre y la partera pueden ser similares. Sin embargo aquellas atienden a la parturienta por el lugar que ocupan en la familia, por su experiencia vital, o por la imprevisibilidad en la presentación del parto y no como un trabajo profesional. Aunque este puede ser el inicio de su trabajo como especialista.

h) El don. Ser partera quiere decir tener un "don", haber sido signada, señalada tener consciencia de su misión, asumir un destino y haber tenido la posibilidad de desarrollar habilidades y conocimientos después de atender partos.

Ser partera es haber recibido la iluminación, la inspiración para actuar oportunamente. Las parteras describen el momento en el que recibieron el don como un diálogo consigo mismas y con Dios. Así lo expresan las de la Sierra Norte de Puebla " a mí no me enseñó nadie, yo aprendí solita. Sólo Dios, mi cabeza y yo". Tampoco ellas "ven" su saber.

2. Hacia una tipología.

Algunos autores han clasificado a las parteras de acuerdo a sus saberes como: parteras tradicionales, parteras empíricas no adiestradas y parteras adiestradas (Mellado,V. 1989).

Si bien esta clasificación toca aspectos importantes de la práctica de las parteras, es una clasificación limitada al campo de su quehacer profesional. Para nuestro trabajo fué necesario considerarlas no sólo como profesionales sino como mujeres, mujeres que tienen una pertenencia étnica y de clase.

El tomar en cuenta todos estos aspectos es importante para ver a las parteras en la complejidad de sus vidas, en las múltiples identidades que desarrollan como: mujeres, madres, esposas, hijas, parteras, campesinas e indígenas. Su condición étnica y de clase determinan en mucho la calidad y tipo de recursos con que ellas disponen en su vida privada y en su práctica profesional.

Así, la vida cotidiana permitió seguir a estas terapeutas, a través de sus múltiples facetas. Asimismo facilitó registrar el proceso de formación de las parteras rurales de nuestro estudio. Tuvimos que hacer referencia a sus antecedentes familiares, el oficio de los padres o tutores, su situación conyugal, maternal, la manera como ellas se miran y se definen a sí mismas, es decir la autoidentidad, así como el uso que han hecho de sus recursos vitales en sus vidas privadas y profesionales.

En el ámbito público, nos interesó su relación profesional con las instituciones de salud. En particular analizamos sus vínculos con el IMSS . Las nuevas tendencias y políticas del sistema sanitario prevén una participación más activa de las parteras con éste, en lo que sería, según los directivos de la política oficial un sistema integral de atención a la salud. La articulación de las parteras rurales con las instituciones de salud marca el nuevo perfil de las parteras rurales. Y esta situación tiende a fortalecerlas profesionalmente(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. Sobre las modalidades de articulación de las parteras con el sistema sanitario regresaremos más adelante.

2.1 Partera, clase y etnia.

La mayoría de las parteras de nuestro estudio son campesinas pobres. La clase social muestra las relaciones de ellas en el modelo social imperante, así como las formas de explotación a las que estén expuestas, como mujeres y campesinas.

No existe un tipo de mujer indígena o campesina existen características en las formas de vida y de ser de estas mujeres que se pueden resumir así: la mayoría viven en las zonas rurales, tienen menor acceso a la atención médica, educación, vivienda, justicia social, servicios (agua, luz, drenaje, seguridad). Son campesinas, jornaleras o artesanas, tienen jornadas de trabajo muy largas, de 16 a 18 horas promedio diarias (CIDHAL,1985), desde niñas se incorporan al trabajo doméstico y al cuidado de sus hermanos menores. El ciclo reproductivo se inicia desde los primeros años de la pubertad (11 o 12 años), participan en el trabajo remunerado a través del trabajo familiar por lo que no reciben pago (a excepción de las jornaleras que se contratan directamente), tienen cargas de trabajo extraordinarias, participan marginalmente en la toma de decisiones y en la política, reciben un trato discriminatorio por parte de las gentes que pertenecen a las clases dominantes. Las mujeres indígenas tienen además una lengua y una cultura no hegemónicas.

En la economía familiar las mujeres campesinas tienen una participación fundamental. El trabajo agrícola según Lourdes Arizpe " debe conceptualizarse como un conjunto de unidades de producción cuya principal actividad, la agricultura, depende de que se lleven a cabo una serie de actividades complementarias: obtención de ingresos, transformación de alimentos, recolección de los mismos". El mantenimiento de la unidad agrícola requiere de trabajos muy diversos como: transformación de la materia prima en alimentos, elaboración y mantenimiento de la ropa en condiciones de uso, crianza de animales domésticos, provisión de agua y leña al hogar, cultivo de alimentos y plantas medicinales, aplicación de remedios caseros, educación, crianza y gestación de los hijos. El trabajo agrícola no es nada más la suma de actividades, éstas se llevan a cabo en medio de relaciones complejas y jerarquizadas, donde la carga de trabajo y el disfrute del producto de este se distribuyen de una manera desigual al interior del grupo familiar.

Las múltiples tareas que tienen que realizar las mujeres para que se reproduzca la unidad agrícola, la división tradicional del trabajo y la carencia de servicios básicos, hacen que la conservación de aquella recaiga en forma muy importante sobre las espaldas de las mujeres, lo que redundará en un aumento de sus cargas de trabajo, con el consecuente desgaste de su energía vital y deterioro de sus condiciones de vida y de salud.

Numerosos estudios hacen referencia a que la pobreza afecta en forma diferencial a los habitantes del campo; es más notable en las mujeres y en los niños (Calva, J.L. 1988). En este sentido tenemos que considerar que a más bajo salario, se requiere mayor cantidad de trabajo doméstico para producir los servicios necesarios para la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo 4.

La unidad agrícola familiar absorbe mucho del costo social de la fuerza de trabajo que se realiza en el mercado fabril o agrícola. Esta capacidad de la familia campesina de absorber por períodos a la fuerza de trabajo, implica un importante ahorro para el capital, quien aprovecha una mano de obra barata, temporal y poco combativa.

En la agricultura las mujeres participan en forma significativa. Se ha estimado que la mujer realiza del 60 al 80% del trabajo agrícola y en algunas regiones del planeta hasta el 90% (Joekes.S. 1987). En México el Censo de 1980 estimó que la participación de la mujer en el sector primario se había incrementado en un 25% en esa década. La mujer genera una gran cantidad de riqueza social, como trabajadora y como reproductora, es quien participa en forma importante en la producción de alimentos a nivel mundial, pero no se apropia de bienes y riquezas con equidad.

El trabajo que las mujeres realizan en el campo se considera parte del trabajo familiar, y no reciben pago alguno. Los hombres se contratan para trabajar a destajo en el corte del café, y aunque todos los familiares participaban en éste la remuneración, la reciben sólo los hombres. En el caso de que las mujeres se contraten libremente como jornalera, sí reciben su salario. En los dos primeros ejemplos las mujeres no aparecen como trabajadoras, tampoco ellas se reconoce como tales.

4 El salario del trabajador es para que se reproduzca él y su familia. Si no se contara con el trabajo de la mujer en el hogar la reproducción no sería posible. El capital mantiene bajos salarios porque hay una fuerza de trabajo que no paga que está incorporada al mantenimiento del obrero o del campesino. El trabajo que la mujer realiza debería ser retribuido por el capitalista como capital variable, el no

Aunque las mujeres contribuyen en mayor medida al trabajo agrícola familiar, éste también constituye como apuntamos anteriormente trabajo "invisible," pero en un sentido distinto al trabajo doméstico. En el trabajo agrícola sí hay objetos tangibles, productos, que se intercambian como mercancías. Sin embargo, el trabajo de las mujeres en el campo no se considera independiente de las tareas que tienen que cumplir como parte de su responsabilidad familiar.

En un estudio realizado por Carmen Magallón con las mujeres de la Organización de los Pueblos del Altiplano (OPA) encontró que el 55% de las mujeres entrevistadas efectuaban trabajo agrícola y de estas sólo el 15% percibía un salario (1987).

Las mujeres recibe en general a nivel mundial los mas bajos salarios. En un estudio hecho en 25 países en 1982 en donde se comparo los salarios masculino y femenino en la industria manufacturera, resultó que las mujeres ganaban tres cuartas partes menos salarios que los hombres en los países en desarrollo y que esta diferencia era un poco menor en los países desarrollados (Siuad,1985. citado por Joeques, 1987).

El trabajo agrícola a destajo o jornal no crea derechos, tampoco se paga lo establecido por la ley en cuanto a salarios mínimos y no se cumplen las prestaciones previstas por ella; parcialmente se cumplen en algunos cultivos como el de la caña en donde directamente no participan las mujeres.

En los programas de desarrollo al campo sólo se contemplan como sujetos de crédito a los hombres. Ellos son quienes tienen acceso a la herramientas que facilitan el trabajo agrícola. De lo cual se desprende que el trabajo de la mujer en el campo queda reducido a labores manuales, más pesadas y mal remuneradas. (Moreno, M. 1987)

Las mujeres no toman decisiones sobre la producción de la tierra esto en la sociedad agrícola corresponde los hombres.

Según el estudio de Joeques (1987) " las mujeres están concentradas en trabajos no especializados, repetitivos y sin responsabilidad formal...tienen menos perspectivas de promoción y progreso".

4 pagarlo constituye un ahorro significativo para éste. " El trabajo en la esfera pública se intercambia por el salario, éste por mercancías y servicios, a estas mercancías y servicio el ama de casa incorpora una jornada igual a la remunerada" (De Barbieri, T. 1984). El capital se beneficia de la condición de la mujer.

El derecho por la tierra es patrilineal y se le da preferencia a los hombres para acceder a su posesión. En México ante la ley hombre y mujer son iguales, no obstante en el campo, la cultura privilegia a los hombres para que mantenga la posesión o la propiedad sobre la tierra. Las viudas son las más afectadas por esta situación, ya que la tierra que había sido su patrimonio familiar la pierden en momentos críticos de su vida, cuando están viejas y cansadas, o cuando tienen hijos pequeños que mantener (Moreno, M. 1987). A nivel mundial la mujer como propietaria solo aparece en un 1% de los casos segun datos de la ONU en 1990.

La aplicación parcial de la ley en nuestro país no obedece únicamente a la ideología patriarcal sino a intereses políticos y económicos, que ignoran en los hechos la "ley escrita y que sólo la aplican en caso de presión" (Moreno, M. 1987). Actualmente el acceso a la posesión de la tierra se torna mas difícil por las reformas al artículo 27 constitucional.

Para las mujeres de campo, la reproducción y cuidado de los hijos siguen siendo una tarea fundamental sobre la que asume una responsabilidad casi absoluta. En la vida de la mujer rural se entremezclan de manera indisoluble prácticamente la producción agrícola y la reproducción familiar. Aún cuando se contraten como jornaleras, llevan siempre en brazos o a su lado a sus hijos 5.

Las mujeres en el campo no se conciben sin hijos, no sólo por la importancia de la participación de éstos en el trabajo familiar, sino como un destino "natural" e implacable. Las culturas basadas en la agricultura manejan concepciones del mundo en relación a la naturaleza y su referencias a la vida humana. En ellas las diferencias entre hombre y mujer son naturales, obedecen a un determinado orden en el universo. Ambos son complemento, a cada uno le toca un trabajo específico. No estan pensados como núcleo de conflicto (Condori, E. et al. 1988).

5 En palabras de una indígena guayaquiri citada por Margarita Gamio que relata su vida cotidiana nos dice, "no más nosotras vamos con un canasto de trastos a la espalda, un muchacho al pecho y otro sobre el canasto; ellos (los hombres) se van a flechar un pajarero o un pez y nosotras cavamos y reventamos en la sembratera; ellos a la tarde vuelven sin carga alguna y nosotras, a mas de la carga de nuestros hijos, llevamos las raíces para comer y el maíz para la bebida; ellos llegando a la casa se van a hablar con sus amigos y nosotras, a buscar leña, traer agua y hacerles la cena; en cenando, ellos se echan a dormir, mas nosotras, casi toda la noche estamos moliendo el maíz.... (Gamio, M. 1957).

2.2 La pertenencia étnica.

Una parte importante de las parteras de nuestro estudio son indígenas y monolingües. Las mujeres-parteras rurales por su pertenencia étnica tienen una lengua diferente de la lengua dominante. La lengua organiza el mundo real y mental. "Las palabras son instrumentos para nombrar realidades que se conciben de manera distinta" (Avila, R. 1993). Las parteras indígenas comparten con su grupo una cultura en común, una visión del mundo, una identidad no hegemónicas. Recibe sus enseñanzas por un orden tradicional, en donde la tradición oral es fundamental. "La tradición oral es una voz viviente atemporal que instruye cómo ubicarse en las diferentes situaciones de la vida; siempre hay una historia que enseña sobre cada momento vital: el cocinar, el sembrar, el nacer, el morir" (Tiakaelel, 1992)

La cultura en el caso de las mujeres indígenas atañe a un destino, el de la maternidad, misión que no se cuestiona, puesto que no es una decisión propia, es parte del mandato de la naturaleza, algo sagrado a cumplir, el transgredir el mandato puede traer problemas. Dicen los mixtecos " las puertas de la gloria no se abren para la mujer soltera o casada que no ha tenido hijos " (Citado por Aguirre Beltrán, 1980).

En lo referente a la relación de las mujeres indígenas y la sociedad dominante el monolingüismo es una barrera, la mayoría de ellas, no hablan el español, algunas lo entienden pero no lo hablan; la palabra les ha sido negada, también el acceso a la educación. Una partera indígena de Puebla comentaba "mi papá nunca me mandó a la escuela, decía que la escuela de la mujer es la tortilla" .

Cuando a una mujer indígena se le pregunta su nombre se cubre la boca y en un tono apagado y de una manera casi incomprensible, lo dice por fin. Los hombres tienen más entrenamiento en las relaciones con la sociedad dominante, la mayoría de ellos son bilingües.

La lengua es para la mujer una manera de mantener la identidad, la pertenencia a un grupo, a una cultura, de no perderse en un mundo que le es ajeno, frente al cual esta en desventaja. Pero el no hablar la lengua dominante confina a la mujer, reduce en forma muy importante su universo, sus posibilidades de trabajo y de movilidad social, y le ofrece una relación con la sociedad dominante totalmente subordinada.

3. Las dimensiones genéricas del sujeto

3.1 El cuerpo de la mujer y la reproducción social.

La mujer es la especialista de la reproducción: por su capacidad reproductiva particular que le permite concebir, gestar, parir y lactar, por una construcción subjetiva, interiorizada, genérica, que desde edad temprana estructura a las mujeres para desear y aceptar como un destino natural la maternidad y el cuidado de los otros; y por una condición opresiva que de dicha capacidad reproductiva fundamenta la sociedad patriarcal.

Así el conflicto social se expresa a través del cuerpo de las mujeres, que es el sujeto y el objeto del trabajo de las parteras.

El ciclo de vida de las mujeres está signado por acontecimientos relativos a la sexualidad: la menarquia, la virginidad, el embarazo, el parto, el aborto, la lactancia, la menopausia, la violación, hechos todos que pasan por el cuerpo de las mujeres y son por ello identificados con la naturaleza. Los atributos de entrega dulzura y comprensión estereotipados para las mujeres por la ideología dominante, son considerados inherentes a su naturaleza. "La historia de la mujer es la historia de su cuerpo pero un cuerpo del cual ella no es dueña, porque existe como objeto para los otros o en función de los otros, en torno al cual se centra su vida y su historia que es la historia de su expropiación...reducida y aprisionada dentro de la sexualidad esencialmente para otros con la función específica de la reproducción..tampoco su sexualidad y reproducción son verdaderamente suyos" (Basaglia.F. 1987). La principal contradicción de las mujeres radica en ser estructuradas, conformadas, y especialistas en la maternidad. Un hecho que no les pertenece y sobre el que no tienen casi control.

El cuerpo no es nada más un cuerpo material, es un cuerpo construido, dominado por valores, por mitos, por tabúes, es un cuerpo sujeto a determinadas leyes y formas de comportamiento en donde lo biológico se redefine (Aisenso,A. 1981).

En este sentido la cultura no es algo ajeno, estructura y conforma, el espacio psíquico de la mujer, y se aprende, en un determinado entorno social, familiar (Anuategui,B. 1981. Basaglia,F.1987. De Beauvoir,S. 1989). De este modo, el cuerpo es conformado, subjetivo, genérico.

La manera de sentir y apreciar el propio cuerpo configuran gran parte de la personalidad y son capaces de modificarla (Chodorow,N 1984). La forma como se percibe el cuerpo depende de la situación específica de los sujetos particulares, los

vínculos interpersonales tempranos (relaciones primarias madre-hijo, padre-hijo- cuidadores y posteriores) en constante referencia al presente donde hay que responder (Chodorow, N. 1984).

Así el cuerpo de la mujer, construido, histórico, cambia y conforma en ella una manera de pensar, de explicar el mundo, que se refleja en la vida cotidiana de las mujeres, en sus formas de resolver la vida, en las concepciones que tienen de sí mismas y de su relación con los otros. Se expresan también en sus deseos, aspiraciones y frustraciones, en sus saberes y quehaceres.

El cuerpo de la mujer es terreno donde se revela una manera singular de expresar la enfermedad o la salud, por sus características biológicas y por el conflicto de la propia existencia, una existencia genérica. Así, la mujer es capaz de poner a disposición de los demás el único espacio propio íntimo: el cuerpo. El cuerpo de la mujer se convierte de esta manera en terreno fácil para ejercer la violencia y descargar las frustraciones de lo otros y de la mujer misma. Pero también constituye un medio de control sobre los demás. Decía una mujer cuyo marido le había sido infiel toda la vida, "el me engaño pero yo le maté a sus hijos" (se había provocado unos 10 abortos). Por medio del aborto, ella le había negado a su marido la posibilidad de la trascendencia, aunque para ejercer este control haya arriesgado su vida.

El cuerpo femenino, ese espacio dominado por la naturaleza, usurpado y usufructuado de las maneras más diversas por los demás, ha sido colocado como punto central de la lucha feminista como espacio donde se expresa el poder de la sociedad patriarcal sobre las mujeres.

Los hombres y las mujeres tienen cuerpos individuales e históricos, el cuerpo del hombre está relacionado con el poder, el de la mujer con la opresión. La opresión sexual "es el conjunto de relaciones de poder que se establecen entre los sexos: la opresión femenina es la carencia de poder de las mujeres frente a los hombres en el conjunto de la sociedad y el Estado. Esta relación se denomina patriarcado" (Lagarde, M. 1981). La opresión de la mujer es reproducida por ella misma como parte de la interiorización subjetiva de su condición. Las mujeres asumen así un destino dado supuestamente por la naturaleza, que determina su vida.

El cuerpo implica una experiencia vivida en la medida que es asumido por la consciencia (De Beauvoir, S. 1989). "Sólo se vive el plano de la propia existencia cuando se ha vuelto uno dueño de alternativas incluso la que representa el cuerpo... aún en la medida que mi cuerpo me determina, soy yo quien dota de un sentido existencial tales determinaciones" Es decir, que es posible transformar y modificar la condición

de la mujer en el orden subjetivo y construir una identidad diferente (Chodorow, N. 1984). Es así posible transformar las condiciones sociales que determinan la condición genérica de las mujeres, como lo ha demostrado el movimiento feminista de los últimos años y las transformaciones históricas que se han producido en dicha condición .

4.1 El saber invisible y la pedagogía invisible.

De la experiencia vivida resultan conocimientos y saberes específicos. La sociedad patriarcal no reconoce que la maternidad y el cuidado de los otros es un trabajo complejo, especializado que permite la reproducción de los sujetos sociales particulares y del sistema social en su conjunto. El quehacer cotidiano de las mujeres por ser un atributo "natural" no se reconoce como trabajo, es un trabajo "invisible" que jamás aparece en las estadísticas económicas o sociales, porque según este enfoque no producen riqueza, por lo tanto no tiene ningún valor." El trabajo de las mujeres... no da productos visibles económicamente...ese tipo de trabajo aun cuando implica el gasto de numerosas horas de labor, nunca ha sido considerado como valor "(Largaña, I. 1977). Esta forma de pensamiento dominante hace que el trabajo doméstico no sea apreciado por la mujer aunque se gaste la vida en el cuidado del hogar y de los hijos.

Si las mujeres no reconocen su trabajo cotidiano como tal, mucho menos reconocen el saber que este conlleva, el saber de las mujeres es entonces "invisible". Y como los mecanismos de transmisión genérica son no formales la pedagogía, las formas de enseñanza son también "invisibles".

Es en el ámbito de lo privado en la vida cotidiana donde a través de la educación informal la mujer aprende a "ser mujer" al ver, al oír, al sentir, la forma de comportamiento de las mujeres que las rodean y al introyectar formas de ser y de comportarse atribuidas genéricamente; así los valores y el destino fundamental de las mujeres están centrados en la sexualidad, en especial, en la maternidad y el cuidado de los otros. (Basaglia, F. 1987) 6

Es en la vida cotidiana donde se sintetiza lo individual y lo colectivo, ahí se da el encuentro con la ideología dominante y los mecanismos de control social. Ahí confluyen la vivencia interna y la respuesta social. Es en la vida cotidiana, en la familia, dentro del espacio del hogar, donde se media la relación entre el individuo y el mundo exterior. (Heller, A. 1987)

6 la educación informal es la que se transmiten con actitudes, con expresiones corporales, con las normas, con las concepciones, con las aspiraciones que rigen las manifestaciones cotidianas del individuo .

La partera ejerce control sobre el cuerpo de las mujeres. Sin embargo éste poder sobre ellas no lo ejerce para transformar la relación de opresión de las mujeres, ellas con su saber afirman dicha condición en la mayoría de los casos. Condición que como mujer vive en carne propia. No obstante, la actividad pública y reconocida de las parteras constituye un cambio positivo para ellas y para el trabajo de todas las demás.

La partera es solidaria, cómplice de las mujeres que atiende. Ella les ayuda generalmente en el trabajo doméstico. Les proporciona sus pacientes anticonceptivos cuando se los piden a escondidas del marido .

5 La partera y la identidad generica.

A la mujer se le enseña a ser obediente sumisa, recatada, afectuosa, por la función reproductiva que debe cumplir; sus aspiraciones se encaminan a satisfacer las necesidades de los otros de afecto, alimentación, cuidado, sexo, familia, etc. donde ella sólo cuenta en relación con los demás. Sus propios deseos, si existen, están relegados para después, si queda tiempo y vida para ellos. De esta manera las limitaciones para el desarrollo de la mujer se establecen desde adentro de ella misma incluso antes de que conozcan sus capacidades. Una niña antes de ir a la escuela sabe que va a ser madre y que va a cuidar a sus hijos. A los dos años incluso antes que se tenga un conocimiento de las diferencias anatómicas entre niño y niña, paralelamente al desarrollo del lenguaje se establece la identidad de género (Cardaci, D.1990). Se trata de una identidad considerada inferior, en la que se refuerza la dependencia, la subordinación.

La identidad de género se constituye en las etapas tempranas del desarrollo infantil; depende de las relaciones objetales 7 del niño sobre todo con los padres. Estas relaciones son diferentes para niños que para niñas. Las actitudes, deseos y rechazos de los padres son diferenciados de acuerdo al sexo de los hijos. El resultado es que se construye en el niño(a) un self generico. Lo que significa que existe una estructura psíquica ya bien definida pre edípica que hace en el caso de las mujeres que la maternidad y el cuidado de los otros se encuentre íntimamente establecidos en ellas y que sean vividos como algo gratificante, como un auténtico deseo (Chodorow, N.1984). Quien ha sido maternizado quiere repetir la experiencia gratificante (Langer, M. 1988).

7 relaciones objetales es un término que se usa para designar la relación del sujeto con su mundo, resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad (Laplanche, Diccionario de Psicoanálisis)

La maternidad le confiera a la mujer cierta autonomía (De Beauvoir, S. 1989). Tiene así un quehacer propio, un lugar de acción puerta adentro; el hogar, donde ella decide y actúa. Pero es un espacio limitado y limitante, restringido, porque también ahí la autoridad es el padre, aunque él ni siquiera esté presente.

Los logros que la mujer alcanza cuando se alejan de lo establecido -familia-hijos- no son justamente apreciados ni por ella ni por los demás. Y aunque ella valore el trabajo fuera del hogar siempre sus triunfos van signados por la culpa, por haber abandonado a sus hijos o descuidado su hogar, por no haber cumplido cabalmente con su papel genérico.

Para la mujer la sexualidad como placer o como reafirmación individual es reprimida. La seducción y la procreación son medios para atraer al otro, sin el cual la mujer no existe, no se reconoce, no se valora (Basaglia, 1987). Me decía Doña Macaria una partera que había criado sola a siete hijos y atendido en su vida unos tres mil partos "yo fracasé como mujer, porque nunca pude retener a un hombre". Así La mujer está encerrada en una sexualidad que tampoco le pertenece.

Ella no ha sido considerada sujeto ni en la dimensión individual, ni en la histórica, se le ha negado su capacidad para tomar decisiones arguyendo que tiene un cuerpo dominado por la naturaleza es: inestable, indecisa, voluble, se deja llevar por la emoción no por la razón.

Según éste enfoque la mujer no es confiable, no puede llevar las riendas de su vida, debe de mantener la tutorialidad de sus padres, esposos o hijos. De esta manera se le niega su papel protagónico como sujeto.

Cuando la mujer transgrede o retoma el control de su cuerpo se le descalifica o condena; se vuelve "peligrosa", "anormal" o "delincuente". En este sentido las discusiones sobre el aborto y el hecho de que sea considerado delito en muchos países como en México son muy ilustrativos.

Existe una constante reafirmación social de la condición de la mujer de la que se encargan las instituciones - familia, escuela, Iglesia- y medios de comunicación y, en forma muy importante, las propias mujeres.

Las mujeres son las reproductoras de la opresión, son las principales transmisoras de las formas de pensar y percibir al mundo, de construir las costumbres, de establecer los ritos, de recrear y permanecer, de reproducir al mundo en la medida que me reproduzco y perpetúo yo y mi entorno. Las

mujeres son las intelectuales y las hacedoras de la reproducción del mundo. La mujer es la gran educadora, la que transmite los hábitos, pero también establece el mundo de los significados y de lo imaginario. (Lagarde, M. 1990)

Del hecho de perpetuar y asumir valores de la sociedad dominante depende en gran medida la reproducción social. A lo que contribuye el trabajo de la mujer en sentido amplio (Lagarde, M. 1981).

"Ser mujer" según los cánones establecidos por el patriarcado es el resultado de un entrenamiento sistemático, cotidiano, en el ámbito público y privado y no un atributo natural con el que nacen las mujeres. Si no fuera así no se entendería el bombardeo que se da por afirmar la condición de la mujer en todo los ámbitos y a todos niveles.

En las condiciones genéricas actuales la mujer puede no obstante construir una identidad no estereotipada. Todos poseen una identidad, es un elemento estructural de la subjetividad . Pero generalmente las mujeres tienen interiorizada una imagen devaluada, empobrecida y reducida de sí mismas. Cuando las mujeres recuperan la identidad positivamente es porque han enfrentado una crisis que las ha llevado a un proceso de autoreflexión. Es entonces cuando las mujeres empiezan apreciar a sí mismas, a respetar lo que hacen, a autovalorarse. Ello significa combatir conscientemente los estereotipos impuestos a la mujer por la cultura patriarcal (Femenia, N. 1989).

La identidad puede ser aplicada como un recurso y como una forma de integración "el poseer una identidad es un recurso de poder y de influencia" e incrementa las posibilidades del grupo o actor social de mejorar su posición social (Dubet, F. 1989), como les ha sucedido a muchas de las parteras de nuestro estudio.

LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER EN EL MEDIO RURAL MEXICANO

Capítulo II

1. Algunas Consideraciones sobre la salud.

Para entender la importancia del saber y del quehacer de las parteras en el medio rural mexicano es necesario ubicarlo en las condiciones socioeconómicas actuales y de crisis del campo, que determinan en gran medida la salud de las mujeres, la disponibilidad de los recursos médicos y otros satisfactores que modifican el proceso salud-enfermedad (pse).

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, condiciones y situaciones de salud-enfermedad específicas en diferentes 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 afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo importantísimo 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).

Sin embargo, esta explicación aunque amplia es incompleta. El proceso salud-enfermedad es una expresión profunda e íntima del individuo frente a sí mismo y a los demás. En la constante lucha corporal por adaptarse y resolver las agresiones y los retos del crecimiento y del cambio, este conflicto de la propia existencia se manifiesta en un estado de salud o enfermedad, de vida o de muerte.

El pensamiento médico hegemónico ha clasificado acuciosamente los signos y los síntomas de las enfermedades (no así los de la salud) lo cual le ha permitido conocerlas y establecer tratamientos para estas. Sin embargo ha ignorado que el pse expresan tanto el conflicto personal como las

contradicciones sociales en las que los sujetos particulares se desarrollan.

La salud como bien individual y social tiene atributos, valores. En la sociedad capitalista la salud es un componente de la fuerza de trabajo y tiene un valor de uso que se consume en la vida misma y en el proceso de trabajo y un valor de cambio que le da competitividad al trabajador y que la vende por un precio en el mercado de trabajo. Pero el valor de la salud no se agota en estos espacios ya que esta permite el disfrute de la vida.

De acuerdo al enfoque o al nivel de explicación que se pretenda dar a dicho proceso dependerá el abordaje de el mismo, el énfasis que se ponga en cada uno de sus componentes. Si abordamos la salud como hecho colectivo se da mayor importancia a las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales del clase o grupo social. Si abordamos a la salud como un hecho individual consideramos en forma muy importante la respuesta biológica y emocional del individuo a la enfermedad, sus antecedentes patológicos, las condiciones de vida, hábitos y costumbres.

A nivel social el proceso salud enfermedad (p.s.e.) es considerado un indicador del desarrollo social; el perfil de morbilidad, la esperanza de vida al nacer, nos revelan las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos sociales.

De esta manera en el proceso salud-enfermedad confluyen de manera intrincada lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, lo psicológico y lo ideológico, lo cultural y lo particular, lo político y lo mítico, lo religioso y lo histórico, el saber y el conocimiento, hechos todos que interactúan dialécticamente.

1.2 La salud de las mujeres.

En el caso de la salud de las mujeres tendríamos que precisar primero algunos aspectos que derivan fundamentalmente de la condición de la mujer en la sociedad que abordaremos desde un punto de vista antropológico y social.

El primer aspecto está caracterizado por la sexualidad propia de las mujeres durante su ciclo de vida, entendida no sólo como un hecho biológico sino como una construcción cultural. La cual está marcada por eventos como la menarquia, el embarazo, el parto, el aborto, la lactancia, la menopausia, todos ellos son hechos que signan la vida de las mujeres y constituyen factores de riesgo.

El segundo aspecto está relacionado con la clase o grupo social a la que cada mujer pertenece que determina su forma de vida y de trabajo, la mayor o menor exposición a riesgos laborales, el acceso a los satisfactores y servicios medicos, la explotación o apropiación del producto de su trabajo, y además ubica a las mujeres en una situación política determinada.

El tercer aspecto está definido por la subjetividad de las mujeres que se manifiesta en su forma de ser y de comportarse genéricas.

El cuarto aspecto está caracterizado por el sistema de mitos, creencias, costumbres, conocimientos y saberes sobre la salud y la reproducción.

El quinto aspecto se refiere a la estructura del sistema sanitario, a sus políticas de atención médica y demográfica.

El sexto aspecto está definido por el sistema jurídico que directa e indirectamente, repercute en la salud de las mujeres.

Todos estos factores no se dan de una manera aislada, interactúan en la vida de las mujeres y se manifiesta en un perfil de morbilidad específico.

Para ilustrar lo anterior revisaremos algunos datos epidemiológicos

2. Las condiciones de salud de las mujeres en México.

2.1 Demografía y salud.

Como hemos mencionado anteriormente el perfil socioepidemiológico de la población femenina está determinado por múltiples factores.

En la década pasada la población en México estaba distribuida de manera semejante entre el campo y la ciudad, actualmente según los datos del Censo de 90 la población mexicana se ha transformado en una población más urbana por el creciente proceso de urbanización y migración.

Según fuentes recientes, el 51.8% de la población vivía en las ciudades de 15,000 o más habitantes y el 48.2% en las zonas rurales. (Información Básica del Sector Salud, 1987 citado en SS. 1990), sin embargo, existe actualmente una gran movilidad de la población hacia los llamados polos de desarrollo. En el campo hay zonas consideradas básicamente de expulsión .

Otras fuentes muestran que existe una tendencia creciente a que se eleve el porcentaje entre la población urbana en relación a la rural, en estudios prospectivos elaborados por la OMS, se prevee que para el año 2000 el 75% de la población de América Latina vivirá en zonas urbanas (OMS.1985).

La distribución de la población en los Estados corresponde a la dinámica del proceso de industrialización y urbanización de nuestro país, la mayor concentración de población se encuentra en el Edo. de México, con un porcentaje de 13.38%, en relación con la población nacional, le sigue el D.F. con un 12.63%, Veracruz con el 8.03 %, Jalisco con el 6.3% y Puebla con el 4.93% (Anuario Estadístico 1986. Dirección General de Información y Estadística. Secretaría de Salud. 1990).

De ésta población el 49.9 %, la mitad aproximadamente, son mujeres. (SS.1990). La proporción entre hombres y mujeres varía conforme avanza en edad la población, en los grupos de 35 a 44 años el porcentaje entre ambos es igual, de los 55 años en adelante es mayor el número de mujeres en relación de uno a cuatro por ciento con respecto a los hombres (INEGI y CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, México 1988).

Del entorno donde se vive depende la forma de vida de la población, los recursos de que dispone, la violencia, seguridad, etc. en suma determina la calidad de vida y por ende de salud. En México se mantienen diferencias significativas entre el medio rural y urbano como veremos en el curso de este capítulo.

2.2 La salud y la maternidad.

La maternidad es la función que constituye a la mujer en la sociedad patriarcal. La maternidad es para la mujer un hecho casi irrenunciable, que es reforzado constantemente por las instituciones (escuela, Iglesia, familia), y los medios de comunicación.

La maternidad es uno de los ejes fundamentales que estructuran la subjetividad de la mujer y muchas veces el estereotipo interiorizado, permite que se asuma en condiciones muy difíciles para ella como un "destino ineludible y fatal". Ser madre no significa parir un hijo, si no hacerse responsable de él, alimentarlo, cuidarlo socializarlo. "La reproducción se ha convertido en rasgo definitorio y delimitador de las actividades de la vida femenina y de las mujeres en sí mismas" (Chodorow,N.1984).

Cuando hablamos de la maternidad hablamos de un hecho complejo y contradictorio con múltiples variantes. Las

estadísticas separan la nupcialidad, la fecundidad, el aborto etc, como si fueran hechos aislados unos de otros en la vida de las mujeres. Todos estos eventos y la forma de resolverlos o soslayarlos pueden ser entendidos desde la condición de la mujer , en situaciones específicas para cada mujer o grupo de mujeres.

La condición de las mujeres nos ayuda a entender el comportamiento genérico de ellas, la forma como se presenta el pse en las mujeres. Franca Basaglia al abordar el problema de la sexualidad y por ende de la maternidad nos dice que para la mujer la sexualidad es "una sexualidad para-otros, con la función específica de la reproducción ... esta sexualidad es su función esencial, aunque por ser así considerada esta función también debía ser reprimida y circunscrita. Entonces, tampoco sexualidad y reproducción son verdaderamente suyas" (1987). En la mujer "existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos...destinados a la maternidad" (Langer,M. 1988).

La cultura patriarcal exalta el aspecto sexual de la mujer y lo expropia en la realidad, la impulsa a desarrollar sus cualidades "femeninas" en detrimento de otras que le permitan autonomía, autovaloración, independencia. Cualidades que podrían llevar a la mujer a una maternidad consciente y deseada y no impuesta y enajenada.

En medio de este contradictorio esquema la mujer se enfrenta el embarazo no deseado, la nupcialidad precoz, la alta fecundidad, y las consecuencias para la salud que estos hechos conllevan.

En el caso de las mujeres del medio rural se presenta dicha condición más crudamente es decir, sin el tamiz de la escolaridad. "Las mujeres que viven en zonas rurales y aquellas con primaria incompleta tienen dos hijos más que el número que ellas mismas declaran como ideal" (ENFES,1990).

En una encuesta realizada por el grupo de Doble Jornada en la Cd. de México con mujeres de diferentes clases sociales, en la cual las entrevistadas expresaron lo que significaba para cada una la maternidad (tomamos esta como referencia ya que no disponemos de una encuesta similar en el medio rural) arrojó los siguientes resultados:

El 85% de las mujeres entrevistadas respondieron que "la maternidad ha sido su máxima realización como mujeres" y que "una mujer sin hijos no es feliz" (Doble Jornada 10 de mayo 1987).

El 15% relataron que la maternidad les trajo angustia y soledad; esta respuesta correspondió más bien a mujeres de clase media.

El 82% de las mujeres hicieron referencia a que los hijos les habían impedido, viajar y divertirse. El 10% aseguró que uno o varios de sus hijos no habían sido deseados por ellas ni por sus compañeros.

Las respuestas contradictorias y ambiguas muestran que la maternidad es una situación llena de conflictos. Nancy Chodorow señala que la maternidad y la forma de ser genérica tiene mucho que ver con las relaciones primarias entre el niño y la madre o la cuidadora y que la satisfacción que puede brindar ésta, se encuentra establecida estructuralmente en la psique de las mujeres "La relación madre-niño recrea también una constelación aún más fundamental. Reaparece la relación simbiótica exclusiva madre-niño de la propia infancia de la madre, una relación que todo aquel que ha sido maternizado desea recrear" (1984).

Pero la dependencia entre madre e hijo tiene mucho de frustración, temor y odio. De parte de ambos, en el niño por la dependencia con su madre y la necesidad que tiene de independencia y el miedo a la autonomía, a la separación. En la madre la dependencia que el hijo le impone, las limitaciones, la angustia. Y la constante frustración de vivir para los otros, de postergar sus intereses por cuidar de sus descendientes.

Este conflicto fundamental en la vida de las mujeres es al que enfrentan las parteras en lo público y en lo privado. Ellas son las especialistas en el cuidado de las mujeres y las criaturas, y saben de los sentimientos contradictorios, selectivos, culposos y gozosos que tienen las mujeres frente a sus hijos. Parte de su trabajo consiste en ayudar a las madres a superar la angustias de la crianza y el dolor de la la enfermedad y la muerte, pero también a disfrutar la alegría de la vida.

Lo más difícil de enfrentar por las parteras es el hecho de que actúan en un campo que no les pertenece; si el cuerpo de la mujer, la sexualidad y la reproducción están bajo el dominio del hombre en la sociedad patriarcal el trabajo de la partera tiene límites muy estrechos de acción y transformación como veremos en el desarrollo de éste trabajo.

3.1.1 Mujer fecundidad, nupcialidad y anticoncepción.

La alta tasa de fecundidad*, la nupcialidad en mujeres muy jóvenes tiene su origen en la capacidad biológica reproductiva de las mujeres y en patrones culturales genitores. Culturalmente la capacidad de parir "ha sido

función natural que define a lo femenino, mientras que socialmente se pretende tener a la mujer esclavizada a su biología y se pierde de vista su realidad subjetiva y social" (Lamas, M. Boletín Informativo UAMX 11 de junio 1990).

No obstante la maternidad por ser un hecho histórico puede ser modificada de acuerdo a la situación específica de cada clase o grupo de mujeres.

La escolaridad tiene un impacto directo sobre la fecundidad. En México se ha observado que existe una relación inversa entre fecundidad y escolaridad. Las mujeres que no tienen escolaridad tienen en promedio de 6.1 hijos, las que han estudiado secundaria procrean en promedio 2.5 hijos. (ENFES.1987). La educación modifica las expectativas de las mujeres y la imagen que tiene de sí misma, su forma de vivir. La maternidad cambia para las mujeres que tiene acceso a la educación.

La educación, el trabajo en el ámbito público, el acceso a los servicios de salud y el lugar donde vive la mujer sea rural o urbano, modifican la maternidad (COPLAMAR, 1982). Todos estos factores facilita que las mujeres acepten el uso de métodos anticonceptivos por ejemplo.

La mujer en edad fértil según los criterios médicos internacionales es la que se encuentra entre 15 y 49 años. Sin embargo, los límites establecidos no corresponden necesariamente con la realidad, la mujer puede presentar embarazos desde los 9 o 10 años hasta los 55 (OMS.1985). Son 30 años en promedio de vida reproductiva para las mujeres.

Las mujeres en edad fértil y los niños menores de cinco años son los grupos más vulnerables a enfermarse o morir, sobretodo las gestantes a edades tempranas (12 a 18 años) y las que cursan embarazos después de los 35 años.

En nuestro país las mujeres se une siendo muy jóvenes, en 1978 el 8% lo habían hecho antes de los 15 años, el 56%, entre los 15 y 19 años y el 90.8% del total se habían unido por primera vez antes de los 25 años (González, R.M. 1992).

* "Fecundidad es la capacidad real de reproducción de una población, basada en el número total de nacimientos vivos que se producen en una sociedad...Fertilidad es la capacidad física de procreación, es un aspecto potencial de la reproducción" (González, R.M. 1992).

En México en el medio rural la reproducción se inicia en forma muy importante antes de los 15 años. Según la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFES) una de cada tres mujeres mexicanas tuvieron su primer hijo durante la adolescencia (ENFES.1990). Algunas de las parteras de la Sierra Norte de Puebla comentaron que fueron "robadas" (el robo de las mujeres es una práctica aceptada en algunas comunidades rurales de México, que concluye con el matrimonio o la unión permanente) a los 12 o 13 años y algunas de ellas antes de los 15 ya tenían un hijo.

La paridad (número de partos con productos de 500 gr vivos o muertos) a una edad temprana es considerada como de alto riesgo para la madre y la criatura. El riesgo reproductivo no se debe entender únicamente por las contingencias que puede presentar el evento biológico (como edad de la madre, paridad, posición del producto, preclampsia) sino por las condiciones socio económicas y culturales relacionadas con éste. "El embarazo en menores de 18 años se considera de alto riesgo para la madre y el niño, pero también significa deserción escolar, mayor grado de dificultad para ingresar al mercado de trabajo o capacitación" (Corona,E. et al. 1985) es decir que parir a edades tempranas limita el desarrollo y la participación social de la mujer.

El uso de algunos anticonceptivos para las mujeres adolescentes puede tener muchos inconvenientes, puesto que no han alcanzado la madurez. Por otro lado la falta de acceso a la información sobre su uso aunado a una educación sexual deficiente aumentan el riesgo de embarazo en mujeres muy jóvenes, sobre todo en el medio rural.

En el IMSS las tasas de mortalidad materna ocurrieron en mayor porcentaje en mujeres jóvenes, con una tasa de 54.1 por cien mil en 1983 (IMSS. 1990) mientras que "la mortalidad infantil de los niños nacidos de madres menores de 20 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 25 a 29 años" (OMS.1985. SS.1990). El iniciar tempranamente las relaciones sexuales aumenta la vida fértil de la mujer, la expone a un número mayor de embarazos y favorece la aparición de cáncer cervicouterino (SS.1990).

La mortalidad materna en mujeres mayores de 35 años es muy alta. En el IMSS la tasa de mortalidad para éste grupo fué de 106.4 por cien mil nacidos vivos. Las complicación más frecuente que originó la mortalidad en esta edad fueron las hemorragias, según esta misma fuente (IMSS. 1990).

La ENFES encontró una relación entre el tamaño de la localidad, el casamiento y la edad de la madre. En localidades menores de 2,500 habitantes disminuía en dos o tres años la edad de la mujer casada y la edad en la que

tenía su primer hijo. Este patrón de nupcialidad y fecundidad, concluyó la Encuesta ,no se ha modificado en las últimas décadas.

Si bien la cultura rural en México acepta edades tempranas para la nupcialidad, habría que considerar los factores económicos que favorecen que las adolescentes salgan lo antes posible de la casa materna.

Actualmente en México la tasa de fecundidad ha sufrido cambios importantes en 1981 fue de 33.95% nacidos vivos por 1000 habitantes y de 31.96% en 1987 (tasa bruta, SS 1990).

Se estima que la dinámica de la población se ha modificado a partir de los setentas y que el Estado mexicano ha puesto particular énfasis para disminuir las tasas de natalidad y de fecundidad. La política de planificación familiar y de control natal, el aumento de la cobertura de servicios sobre todo en el medio rural y zonas marginadas, (Programa IMSS-COPLAMAR que se transformó en IMSS-Solidaridad) el proceso de industrialización y urbanización crecientes, la migración campo-ciudadano han modificado la conducta reproductiva de las mujeres lo cual ha tenido un impacto importante en la baja de las tasas mencionadas. En 1973 menos del 12% de las mujeres unidas en edad fértil usaban métodos anticonceptivos. En 1982 el porcentaje se había incrementado en un 47.7%.(ENSFES. 1990).

Sin embargo se requiere disminuir más aún la natalidad y aliviar la presión social sobre servicios, empleos, educación, etc, de una creciente población. El gobierno además de la presión de satisfacer las exigencias de las nuevas generaciones debe responder a las de los organismos financieros internacionales, que le han impuesto como requisito para otorgar créditos , reducir la tasa de natalidad.

Ultimamente han sido denunciadas políticas encubiertas de control natal por parte de funcionarios, organismos no gubernamentales (ONGs) y líderes indígenas en el medio rural: "En las zonas indígenas del país las mujeres son esterilizadas sin su consentimientola esterilización de mujeres se realiza de forma mañosa, oculta.." (Limón, Rojas. 1987).

En este sentido es interesante ver el cambio en los patrones de anticoncepción; una de cada cinco mujeres unidas está esterilizada, la esterilización femenina tiene el porcentaje más alto en relación a los demás métodos anticonceptivos con un 19% . Tanto en las zonas urbanas como rurales una de cada tres mujeres que usan anticonceptivos está operada (ENFES 1990). En el Programa IMSS COPLAMAR la salpingoclasia (sección de las

trompas uterinas) constituyó el 25.42% de los egresos hospitalarios por intervención quirúrgica (IMSS-COPLAMAR, 1986).

No obstante los esfuerzos desplegados por las instituciones de salud para disminuir las tasas de fecundidad todavía existen una diferencias significativas entre el campo y la ciudad. En el período de 1981-86 las tasas globales de fecundidad fueron de 6.2 en las áreas rurales y de 3.3 en las urbanas. En Estados como Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí las tasas fluctuaron entre 3.8 hasta 4.09 según las tasas globales de fecundidad por entidad federativa (SS. 1990). Estas variaciones en la fecundidad muestran las diferencias existentes entre las mujeres que viven en el medio rural y las que viven en el medio urbano y señalan la diversidad cultural y educativa de la población, así como el acceso desigual a los servicios médicos y asistenciales.

La política poblacional en México está orientada a reducir las tasas de fecundidad y no a brindar una atención integral al proceso reproductivo para mejorar la calidad de vida y bienestar de la población. Es importante destacar que se pretende imponer un esquema reproductivo proveniente de una sociedad urbana y occidental. Dicha política general, nacional y homogénea no considera las múltiples diferencias culturales que hay en las distintas zonas del país.

En México existen un buen número de comunidades rurales e indígenas para las cuales los hijos son " un capital humano" que asegura la sobrevivencia de la familia y el grupo. Así lo expresa un partero de la Sierra de Puebla" hay que tener muchos hijos para que ayuden en el corte de café". Los hijos se ven como fuente de riqueza.

Como quedó dicho para que sobreviva el grupo familiar agrícola se requiere que todos los integrantes contribuyan de manera diferente a su manutención, unos trabajando fuera y proveyendo dinero, otros cultivando la parcela familiar, en suma se requiere un gran esfuerzo colectivo para asegurar la sobrevivencia y el bienestar familiar.

Las parteras rurales son las que jugarán un papel protagónico en la modificación de patrones reproductivos en las mujeres de campo. A ellas se les ha encomendado introducir y difundir el uso de métodos anticonceptivos por parte de instituciones como el IMSS. En los próximos años el impacto de su quehacer puede tener efectos en la baja de la fecundidad de las mujeres del medio rural mexicano.

3.1.2 Salud, cultura y lengua.

En México existen 56 grupos étnicos con diferente lengua y cultura, constituyen una población de aproximadamente 10 millones de personas que viven actualmente tanto en la ciudad como en el campo. La mitad de ésta población son mujeres. Los estados donde se encuentran dichos grupos en mayor proporción son Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Guerrero y Puebla (SS.1990).

Casi todas las culturas son impulsoras de la reproducción, en particular los grupos campesinos e indígenas; en ellos la reproducción tanto para hombres como para mujeres es un destino. Señala Aguirre Beltrán "tanto en las comunidades más aculturadas como en las más primitivas el deseo de asegurar la superviviencia del grupo, es general" . Dicen los tarahumaras que difícilmente se alcanza un sitio de bienaventuranza en el cielo para la mujer o el hombre que no han tenido hijos.

Pero además de las motivaciones sobrenaturales y del destino de la procreación, el tener una familia, el ser padres cambia la situación de la pareja en la comunidad, les otorga su adultez. En las comunidades indígenas no hay otro destino que formar una familia y tener hijos. La cultura establecida no prevee la soltería o el celibato como opciones vitales a excepción de los ancianos que han dejado atrás el ciclo reproductivo (Aguirre Beltrán, 1980)

Sin embargo, en situaciones de pobreza los hijos se ven como una carga familiar. Lo mismo ocurre cuando la mujer ha sido abandonada. El impulso reproductivo o la ansiedad de la reproducción que menciona Aguirre Beltrán debe analizarse con más detenimiento y en relación al contexto familiar y social en el que se desarrolla (Mellado,V. 1988).

Existen además, otros factores que influyen en la reproducción, que han manifestado abiertamente algunos líderes indígenas y que tienen un impacto directo sobre la salud de las mujeres: la resistencia. "El exterminio de nuestra gente continúa" recalcan los líderes "se nos quiere limita la posibilidad de tener hijos, se esteriliza a nuestras mujeres por eso no las llevamos muchas veces al médico" (El Pueblo Indígena Frente al Quinto Centenario. UAMX ,1989).

Es la mujer la que tiene una mayor carga en la reproducción "soporta su sino como un destino fatalmente impuesto por la voluntad divina (y por la humana)" incambiable, inexorable (Aguirre Beltrán, 1980).Son las mujeres indígenas las que se caracterizan por la alta paridad, baja educación, la nupcialidad temprana, el poco uso de anticonceptivos.

Un gran número de mujeres indígenas no hablan el español, presentan un alto índice de deserción escolar porque se incorporan tempranamente en las tareas domésticas y porque la educación de las mujeres se le da poca importancia todavía en estos grupos.

De esta manera, la comunicación de las mujeres indígenas fuera de su comunidad está mediada por los hombres. Y es muy difícil que ellas dispongan de la información necesaria para optar libremente por la maternidad. Son los hombres los que se oponen muchas veces a que las mujeres controlen su fecundidad. Me comentaba una partera que a los 45 años había tenido su último hijo, que ella se quería operar pero su marido no quería porque "pa'eso era vieja".

En la cultura patriarcal el cuerpo de la mujer no le pertenece a ella. Relataba una partera de la Sierra Norte de Puebla "yo siempre le pedía a mi esposo que me llevara al médico porque yo ya no quería tener más hijos, pero el nunca me llevó. Durante mi último parto me puse muy mal (era el parto número diecinueve) y él me dijo vamos al doctor para que te atiendan y ya no tengas más hijos, yo creo que presintió algo porque al poco tiempo murió".

La ENFES encontró que la cuarta parte de las mujeres entrevistadas no estaban de acuerdo ellas o su esposo con el uso de anticonceptivos (ENFES, 1990). La decisión sobre la maternidad todavía está lejos de ser una opción consciente y libre para la mayoría de las mujeres sobre todo del medio rural mexicano.

Son las mujeres del campo las que tienen mayor riesgo de enfermarse o morir que las que viven en las zonas urbanas, tienen además menos recursos para atenderse. Son ellas las que acumulan mayor número de factores de riesgo. Y son precisamente éstas mujeres las parteras y sus pacientes (SS.1990).

3.1.3 El embarazo.

El embarazo es un hecho corporal y socio cultural. El embarazo se construye desde la cultura bajo el sistema de mitos, creencias, conocimientos, saberes tanto de la cultura hegemónica como de las no hegemónicas.

El embarazo requiere de la mujer el desarrollo integral de sus capacidades y puede ser una época de gran plenitud, reafirmación y aceptación porque se encuentra en cumplimiento de su destino "como mujer": ser madre.

El embarazo constituye para la mujer y para el hombre un motivo para demostrar su capacidad vital, es un hecho

genérico positivo.

Pero aún en situaciones familiares y sociales adecuadas el embarazo puede ser percibido por la mujer como una molestia, una limitación, una pérdida de su atractivo, un motivo de deterioro de su cuerpo, un conflicto entre la aceptación y el rechazo (Colectivo Boston, 1984).

Durante el ambarazo pueden aparecer transtornos psiquiátricos que se manifiestan como irritabilidad, ansiedad y cambios de humor. El 10% de las embarazadas presentan estados depresivos (Cuevas,S. 1992).

A veces el embarazo se convierte en un acontecimiento frustrante, lleno de contradicciones y culpas. En particular si éste no es deseado o se presenta en un momento crítico de la vida de la mujer, por ejemplo cuando es abandonada o soltera, o muy joven o es producto de una violación. En estas circunstancias la mujer puede presentar depresión profunda porque siente crecer en su cuerpo un extraño, alguien que la ha invadido, que le consume la vida y al que tendrá que cuidar y alimentar.

El embarazo es vivido de diferente manera por las mujeres de acuerdo al grupo sociocultural al que pertenecen. Y de acuerdo a las condiciones específicas de vida de cada mujer. En México en 1987, el 29.9% de las mujeres embarazadas tenían entre 15 y 19 años, el 13% de ellas, vivían en el medio rural según la ENFES (Espíndola, C. 1992).

En las comunidades de Morelos señala Mellado en su estudio sobre el parto, el embarazo es recibido con beneplácito, sin embargo, si la familia es pobre, con un número muy grande de hijos, la mujer ha sido abandonada o ha tenido hijos con malformaciones o es abuela se crea un rechazo (Mellado,V. 1989).

Cuando me embarce de mi último hijo -comentaba una mujer-partera de Puebla- mi hijo mayor (de unos 20 años) se enojó conmigo, casi no me hablaba, me reclamaba porque estaba embarazada".

La cultura define las pautas de comportamiento de las mujeres frente al embarazo. El embarazo es una situación particular que implica prohibiciones, tabúes, está regido por un sistema complejo de mitos y creencias en cuanto: alimentación, trabajo y cuidados. Para Mellado los cuidados sobre el embarazo en el medio rural mexicano se pueden clasificar en dos grupos: uno dados por el "sentido común", como no cargar objetos pesados, no correr, no montar a caballo, etc. el segundo por el sistema de mitos y creencias sobre la reproducción y añadiríamos uno más por los "conocimientos" del pensamiento médico hegemónico que permean

las prácticas y los saberes de los habitantes del medio rural, en particular de los médicos tradicionales. Entre ellos se encuentran las parteras.

Así en el medio rural e indígena a las embarazadas se les restringe o prohíbe el consumo de ciertos alimentos, dependiendo, si estos se consideran fríos o calientes dichos conceptos obedecen a una concepción dual, que rige el conjunto de prácticas curativas.

Algunas culturas indígenas consideran a la mujer embarazada "peligrosa a causa de su estado "caliente", puede dar "mal de ojo a los bebés o a los animales jóvenes" (Cominsky, S. 1977). La mujer embarazada tiene gran afinidad por lo caliente "está ávida de calor" (Mellado, V. 1989).

Se considera el embarazo un estado de "debilidad física y espiritual" y es conveniente poner bajo protección sobrenatural a la madre y al niño. Las parteras se encargan de llevar cabo rituales y oraciones generalmente a Dios, la Virgen o a un Santo o a las fuerzas de la naturaleza.

Las mujeres embarazadas no deben exponerse a los eclipses porque la luna se come al niño, y pueden estos presentar labio leporino(Sullivan, T. 1969) .La luna es el astro que mayor influencia se le atribuye en el ciclo reproductivo de la mujer; la menstruación es un ciclo lunar, la fertilidad tiene que ver con la luna, el parto se presenta mas frecuentemente durante la luna llena.

Para contrarrestar los efectos negativos de ciertos elementos, situaciones o personas se cree conveniente que la mujer porte algo de metal, generalmente usan un seguro prendido en la ropa interior, también puede ser una moneda envuelta o unas tijeras a la orilla de su cama en forma de cruz. Algunas parteras de Puebla dicen que "si la mujer se siente segura, no es necesario emplear los metales".

En muchas de las comunidades rurales de México se acostumbra siguiendo una tradición ancestral que la partera lleve a cabo masajes periódicos en el abdomen de la mujer gestante, con las manos (sobada) o con un rebozo (manteada) para acomodar a la criatura.

No obstante el conjunto de creencias y rituales sobre el embarazo a que la mujer se debe someter, son las condiciones económicas las que van a permitir que ella los cumpla cabalmente. La mujer embarazada en el medio rural en general no cambia su vida cotidiana, se cuida de ciertas cosas como el frío. Frecuentemente su estado pasa inadvertido. Una partera comentaba "yo cuando estaba embarazada hacia de todo, iba al monte, traía la leña, no me cuidaba".

De esta manera , la mujer se incorpora al trabajo agrícola de acuerdo a los requerimientos de éste, muchas veces embarazada o lactando. Su participación en dicha labor no la releva de sus otros trabajos por lo que intensifica, diversifica y extiende su jornada de trabajo con el consecuente desgaste para ella.

El trabajo agrícola se hace al rayo del sol o bajo la lluvia en terrenos húmedos y a veces peligrosos, es un trabajo intensivo con jornadas muy largas, y con el riesgo a entrar en contacto con substancias tóxicas como; plagicidas, herbicidas o fertilizantes.

Las consecuencias en las mujeres embarazadas del contacto con algunas de estas substancias tóxicas son los abortos, las malformaciones congénitas y el parto prematuro (Matos,E. 1988). Sin hablar por el momento de las intoxicaciones agudas que llevan a la muerte, o las crónicas que provocan transtornos en el sistema nervioso.

Las condiciones en las que se desarrolla el proceso de trabajo agrícola, las creencia sobre la reproducción, la salud de las mujeres, son algunos de los factores de riesgo que determinan el transcurso del embarazo en las mujeres del campo.

Desde el punto de vista médico, el embarazo puede ser de alto o bajo riesgo, se considera de alto riesgo de acuerdo con los antecedentes patológicos y ginecobstetricos de la mujer: dentro de los primeros, las cardiopatías, la hipertensión crónica (presión arterial alta), preeclampsia y eclampsia, la diabetes sacarina, la enfermedad renal grave, el alcoholismo. Dentro de los segundos los antecedentes obstétricos desfavorables como los mortinatos y lactantes muertos, las malformaciones uterinas, el orificio cervical incompetente , las hemorragias antes del parto en particular durante el tercer trimestre, la sensibilización RH, el embarazo múltiple, polihidramnios(Perrol,M. 1989) la edad de la madre y el espaciamiento entre los hijos.

Los embarazos en mujeres menores de 20 o mayores de 35 años ocurren con mayor frecuencia en el medio rural, el embarazo en estas edades se considera un embarazo de alto riesgo y requiere de un buen control prenatal.

Muchos de los factores de riesgo antes mencionados se pueden prevenir o se pueden controlar si existe un seguimiento prenatal adecuado. Un porcentaje elevado de muertes maternas en los países menos desarrollados se debe a las complicaciones del embarazo. En un estudio realizado en 10 ciudades latinoamericanas en la Investigación Interamericana de Mortalidad Urbana se observó que el 36.9% de las muertes

excluyendo las causadas por aborto, fueron por complicaciones durante el embarazo (OMS, 1985).

Dentro de las complicaciones del embarazo se encuentra la preeclampsia o toxemia gravídica y la eclampsia, las cuales presentan el 4% de las mujeres embarazadas. Se caracterizan por tensión arterial alta, pérdida de proteínas por la orina, retención de agua y edema (hinchazón). La eclampsia es la forma grave de la preeclampsia, y los signos de este padecimiento son: espasmo vascular generalizado, convulsiones, coma y en un porcentaje elevado la muerte. Sin embargo una oportuna actuación médica reduce ese 4% a un 1% la mortalidad materna por estas complicaciones (Guyton, A. 1989).

Uno de los factores más importantes para hacer descender la mortalidad por complicaciones del embarazo es la atención médica adecuada. La cual implica una cobertura y distribución eficiente de los servicios de salud. En México existe un déficit significativo de servicios médicos sobre todo en el medio rural. En este contexto se entiende la vital

importancia del trabajo de las parteras en la atención perinatal. Son ellas, a veces, el único recurso disponible para atender, detectar o canalizar a las mujeres con alto riesgo. Las parteras rurales no disponen de los recursos para solucionar muchas de las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto, pero pueden detectar oportunamente a las mujeres que tienen embarazos de riesgo e influir en ellas y en sus familiares para que ocurran a los servicios hospitalarios.

No obstante la expansión del sistema sanitario en el campo la atención prenatal es baja. Durante el período de 1980 a 88 en la Secretaría de Salud las actividades de atención al embarazo y al parto se incrementaron a un 117 a un 118 por ciento con un promedio de 2.3 consultas por madre, la norma médica establece un mínimo de cinco consultas a la madre antes del parto.

En el Programa IMSS COPLAMAR en Zonas Rurales y Marginadas se proporcionaron en toda la República consultas prenatales a 150,194 mujeres, las que en promedio recibieron 1.3 consultas subsiguientes. El control prenatal es menor en las zonas donde las mujeres presentan peores condiciones de salud y mayor riesgo obstétrico.

Las complicaciones de las mujeres gestantes más frecuentes fueron el aborto y la toxemia gravídica o preeclampsia. El primer motivo de demanda en el primer nivel de atención fue el embarazo, en ese mismo Programa. Los grupos étnicos que

en mayor medida solicitaron consultas por embarazo y sus complicaciones fueron en el siguiente orden mujeres de 15 a 34, 35 o más y menores de 15 años. De la población que solicitó atención médica en los hospitales del Programa en el servicio de urgencias, el 11.5% lo hizo por complicaciones del embarazo y parto, en orden de frecuencia se pueden enunciar las siguientes, aborto no especificado, hemorragia precoz, parto o amenaza de parto prematuro e hidramnios (IMSS-COPLAMAR. 1986).

En las condiciones actuales del medio rural mexicano y las que se preveen a corto plazo el embarazo seguira siendo motivo de enfermedad y muerte para las mujeres del campo. Las parteras rurales tendrá que mejorar su intervención en coordinación con las instituciones de salud, para disminuir las todavía altas tasas de morbimortalidad maternas.

3.1.4 El parto.

Entre los antiguos mexicanos al parto se le llamaba el momento de la muerte. Las mujeres que morian de parto se les consideraba como guerreros muertos en el campo de batalla, el parto, el momento en que las mujeres enfrenta la muerte para dar la vida, su batalla vital.

El parto es un evento trascendental en la vida de las mujeres y de la comunidad. Sin embargo los recursos de que disponen las mujeres de diferentes clases para atender sus partos en México son diferentes como hemos venido discutiendo. El parto puede ser atendido en: el hospital, por un médico parturienta, por la enfermera, por los familiares de la parturienta, por la partera o por la misma mujer (autocuidado).

Según la ENFES los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta fueron atendidos en el medio rural en un 45% por parteras, 38% por médicos, 6% por enfermeras, 6% por otra persona o familiar y 5% por nadie. Es interesante apreciar que cuando la mujer atiende su propio parto no se considera autocuidado simplemente se ignora que es ella quien se atendió y salió adelante.

La mayoría de las parteras de la Sierra Norte de Puebla 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 de la Sierra mencionan que llaman a la partera después que la criatura nació, para que arregle a esta.

El parto en el medio rural mexicano se lleva a cabo generalmente en la casa de la paciente, en condiciones de poca higiene, muchas de las complicaciones que se pueden presentar durante éste no son previsibles medicamente, como por ejemplo, un parto prematuro, retención placentaria, o

hemorragias.

Estas complicación son las que con más frecuencia se presentan .Entre las 10 principales causas de egreso hospitalario en las zonas rurales y marginadas de México. La retención de las membranas con o sin hemorragia es uno de los 5 primeros motivos de muerte materna en el área de influencia del Programa IMSS COPLAMAR (IMSS-COPLAMAR, 1986).

Las hemorragias pre y post parto son la primera causas de morbimortalidad materna. Y en el grupo de mujeres mayores de 35 años es la primera complicación de mortalidad materna (IMSS,1990).

Una mujer que no ha tenido control prenatal en el momento del parto puede morir por toxemia gravídica, hipertensión que complica al embarazo, parto y puerperio, o hemorragia por placenta previa.

Otra de las causas de morbimortalidad matena es la sepsis puerperal que deriva de infecciones previas o de condiciones inadecuadas de higiene en la atención al parto así como, por el precario estado de salud de la madre.

La cobertura hospitalaria aunque se ha incrementado en el campo, sigue siendo insuficiente. La demanda ginecobstétrica es a nivel nacional la primera causa de egreso en los hospitales del país. El parto normal (Sector Salud,1988) en el IMSS SOLIDARIDAD ocupa el primer lugar en egreso hospitalario con un porcentaje del 32% . Si juntamos la demanda por causas obstétricas la tasa se incrementa al 51% (IMSS-COPLAMAR. 1986). Esto quiere decir que si todas las mujeres embarazadas solicitaran atención hospitalaria al parto normal, el sistema sanitario sería insuficiente para cubrirla.

Culturalmente hablando la atención al parto constituye en el campo un sistema complejo donde el ritual ocupa una parte muy importante. Primero se reza se encomienda a la paciente y a la criatura a Dios, a los santos o a la Virgen, se preparan las yerbas para las infusiones, se llevan los aceites y emplastos. Se prepara el escenario, un rincón del cuarto se separa de lo demás con sábanas, se coloca el petate, los trapos, se cuelga la riata de la viga principal de la casa para que la mujer se sostenga, de acuerdo a las costumbres de cada lugar. EL esposo y los familiares participan de diferente maneras en el parto, según la tradición. En algunos casos simplemente se presenta el parto y hay que aforntarlo en cualquier circunstancia.

Muchas mujeres no quieren asistir al hospital porque los médicos no saben cortar el cordón umbilical a los niños, no respetan las tradiciones en el manejo de la placenta. Decía

una mujer del campo brasileño que ella no asistía al hospital porque "ahí no rezan".

A la placenta se le atribuyen propiedades de protección sobre el recién nacido, la forma de manejo de la misma varía de una región y cultura a otra, algunos la entierran, otros la cuelgan en un árbol cerca del hogar.

El dinero es otro de los factores que limitan que la mujer gestante consulte a un médico particular o se traslade a un hospital, las parteras cobran aproximadamente 3 veces menos que un médico en la Sierra de Puebla por ejemplo.

Otro de los limitantes para que la mujer recurra al médico o al hospital es el "pudor" o la "vergüenza" de que las vean o las toquen y de sentirse extrañas en un medio hostil y culturalmente ajeno. En el hospital de Nuevo Necaxa una paciente que se atendía ahí por primera vez se negaba obedecer al médico y a las enfermeras, y a gritos se quejaba de que así no era como ella estaba acostumbrada a parir.

El acceso a los servicios de salud debe entenderse no solo como la disponibilidad física y económica de los servicios, sino como un enmarañado proceso donde convergen diferentes elementos: culturales, subjetivos, sobrenaturales, económicos que conlleva la atención al parto en una situación cultural distinta a la de la sociedad dominante.

Sobre los ritos y las formas de atención al parto seguiremos discutiendo cuando hablemos de las parteras de Puebla. Por ahora quisieramos acotar que el parto no es un hecho que se de al margen de las condiciones de vida y salud de las mujeres del medio rural es un evento que revela la precaria situación de ellas y que pone límites muy claros al saber y al quehacer de las parteras.

3.1.5 Puerperio.

Desde el punto de vista médico el puerperio es un período de readaptación fisiológica y anatómica posterior al parto durante el cual la mujer retorna a un estado no gestacional; se le conoce también como cuarentena.

El puerperio implica una serie de cambios fisiológicos. Y es una etapa que requiere de la mujer nuevas responsabilidades trabajos y cuidados. La mujer necesita reorganizar su vida, su tiempo para afrontar el cuidado del bebé.

Durante el puerperio la mujer puede experimentar una sensación de alivio y de felicidad que es estimulada por el contacto con el recién nacido. Los investigadores de la conducta señalan que los recién nacidos " activan la

conducta maternal tanto en hembras vírgenes como en machos". que no es una conducta exclusivamente de la mujer que acaba de dar a luz. Sin embargo ella es la que responde más rápidamente a los estímulos, como el llanto del bebé. Las mujeres a las que se les ha separado por periodos prolongados de sus hijos en general les sonríen y los tocan menos (Chodorow, N. 1984). Es durante el puerperio donde se inicia la relación madre-hijo, el eterno conflicto de la maternidad.

La mujer presenta durante el puerperio una depresión llamada síndrome de depresión post parto, atribuida a la caída brusca de las hormonas que mantienen el embarazo. El 50% de las mujeres la padece es un transtorno pasajero dura dos o tres días. La intensidad de la depresión post parto depende del ambiente que rodea a la mujer. De los recursos con que cuenta para solventar la maternidad (Cuevas, S. 1992).

El nacimiento de un hijo puede ser un factor desencadenante de alteraciones psiquiátricas, las cuales se exacerba en mujeres que se sienten rechazadas, o no queridas o cuando la mujer no quiere a su hijo (Pernoll, M. 1989). En 1.5 de 1000 mujeres que han parido pueden presentar psicosis de diferente gravedad (Cuevas, S. 1992).

El puerperio es un periodo de readaptación social, cultural. La mujer que ha tenido su primer hijo adquiere un estado de adultez, que le puede dar cierta independencia. Pero le exige un cambio de vida frente a ella misma, su pareja y el medio social donde vive. La mujer que tiene su primer hijo experimenta la irrupción de un extraño en su vida, de alguien que le exige atención día y noche, que se apropia de su tiempo, de su cuerpo, que le chupa materialmente su energía vital. En la mujer se presentan fantasías de violencia, temor y abandono para la criatura que ella vive con gran culpa, puesto que la mujer por "naturaleza" está hecha para la maternidad (Colectivo de Boston. 1984).

Para la mujer del campo mexicano excepto por los cuidados post parto que recibe en algunos casos por familiares o por las parteras, su vida continúa con una carga mayor de trabajo. Muchas mujeres regresan del trabajo del campo con un hijo en brazos y no dejan de trabajar, después .

Aunque existen muchas creencias y mitos sobre el puerperio como decíamos, son las condiciones económicas las que limitan que se cumpla cabalmente con lo culturalmente establecido.

En la Sierra Norte de Puebla el baño de temazcal por ejemplo es imprescindible para la recién parida y el niño, porque la mujer ha quedado fría y necesita calor. El temazcal es un baño ritual de purificación y de energización, se usa para

equilibrar a la mujer, para que se recupere. En el baño de temazcal se conjunta la fuerza de los sagrados elementos, el agua, el fuego, la madera y la madre tierra. A la púérpera se le considera sucia, y puede contaminar a los otros, por eso debe bañarse varias veces en el temazcal.

El uso del temazcal previene las complicaciones del puerperio, porque el vapor y el agua mantienen en condiciones de higiene a la mujer y al niño. Y le da un espacio físico, mental y espiritual para su restablecimiento, lugar que la cultura occidental no conoce.

Las parteras son las especialistas del temazcal. El último baño puede coincidir con el bautizo del niño. Se conjugan dos rituales uno prehispánico y el otro cristiano. Se necesita echar mano de todos los recursos naturales y sobrenaturales para asegurar la reproducción, para mantener la vida, para lograr la trascendencia.

La mujer recién parida no puede exponerse al frío porque puede enfermar. Es importante que se cuide para que tenga leche suficiente y alimento a la criatura. Desde este momento el cuerpo de la mujer está para alimentar y cuidar al niño.

Durante el puerperio la mujer pierde a través de los loquios (sangrados) una cantidad constante de sangre que puede agravar un estado previo de anemia o provocarlo.

Las relaciones sexuales según algunos autores medicamente se pueden reiniciar hacia la tercera semana postparto. Diferentes estudios han demostrado que la mujer durante el puerperio tiene un bajo interés por las relaciones sexuales . Y que si estas se inician muy tempranamente son dolorosas y pueden favorecer las infecciones (Pernoll, M. 1989).

Dicen las parteras de Puebla que los maridos muchas veces "obligan" a la mujer a los pocos días de haber parido a la relación sexual y según el día que la "use después del parto son los meses que ella va a vivir". "Como las ven "bien" (porque las mujeres siguen haciendo su vida normal) dicen que "por qué no".

Una de las causas de morbilidad materna es la sepsis puerperal y otras complicaciones del puerperio como por ejemplo la neumonía, o las hemorragias.

La sepsis puerperal puede ser ocasionada por una atención al parto en condiciones de poca higiene, un parto prolongado con desgarro de membranas, cesárea, infecciones previas, debilidad y mala salud de la madre (Pernoll, M. 1989)

En la Investigación Interamericana de Mortalidad Urbana en diez ciudades de LA resultó que el 24.3% de las muertes maternas fueron por complicaciones del puerperio, la primera de estas causas fue la sepsis puerperal en un 10.% siguiendola en importancia la trombosis y embolia puerperal con un 5.4% y eclampsia y toxemia puerperal 4.1% y las otras causas en un 4.9% (OMS,1985).

En el registro del Programa para zonas rurales y marginadas del IMSS-COPLAMAR de las defunciones maternas hospitalarias la hemorragia postparto y la sepsis puerperal estuvieron fueron las cinco primeras causas de mortalidad materna (1986).El puerperio es una de las etapas del ciclo reproductivo de mayor riesgo para la mujer. Ella necesita mayor apoyo y calidez para readaptarse. Para la mujer de campo es una etapa de mayor trabajo y desgaste y la participación solidaria de la partera es muy importante.

Las parteras rurales pueden incrementar la sepsis puerperal por la mala higiene en la atención al parto. Esto implica que durante la capacitación las instituciones de sanitarias procuren enfatizar en ellas la importancia del aseo en su persona y en su trabajo (Kelly,I. 1957).

3.1.4 Alimentación y lactancia.

Nos pareció interesante conjuntar estos dos aspectos de la salud porque la alimentación se encuentra en el trasfondo de las condiciones de salud de las mujeres, y muestran dos extremos de un mismo problema que sucede en el cuerpo de las mujeres: el consumo de alimentos y la producción de leche.

En México la desnutricion se ha incrementado notablemente en la última década. Los más afectados por ella son las mujeres y los niños. En un estudio realizado por el UNICEF, México resultó ser uno de los países de "alto riesgo de desnutrición y mortalidad infantil" (Excelsior 11 de mayo 1987, citado por Calva, J.L. 1988). El consumo de carnes, leches, pescado y demás alimentos ricos en proteínas han desaparecido prácticamente de la dieta de una gran parte de las familias mexicanas a partir de 1983 . Incluso el consumo se maíz decendió en 6.2% per cápita a nivel nacional . Resultado de las políticas económica y de la crisis agraria que sufre el país (Calva,J. L. 1988).

El hambre crónica o desnutrición se debe a un subconsumo de proteínas y calorías, lo cual trae como consecuencia un deterioro físico y mental en los sujetos que sobreviven a dicho estado nutricional y se manifiesta como talla baja o dificultad en el aprendizaje. El 75% de las defunciones se dan en personas mal nutridas (Calva,J.L. 1988).

La desnutrición es un factor desencadenante de muchos procesos mórbidos que constituyen las primeras causas de mortalidad general de la población en México. Los cambios en los patrones de producción, el desempleo y la falta de tierra disponible con un acelerado proceso de migración hacia los polos de desarrollo. Se reflejan en el perfil socio epidemiológico, caracterizado por un alta prevalencia de enfermedades infecto-conagiosas consecuencia de la pobreza, vivienda inadecuada, carencia de servicios y la desnutrición, que ocupan los primeros lugares junto con las enfermedades crónico degenerativas correspondientes más bien a una sociedad industrializada.

Dentro de las diez principales causas de defunción general nacional por 100,000 habitantes todavía aparecen las enfermedades intestinales en primer lugar, seguidas en orden de importancia por la neumonía y la influenza, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, diabetes mellitus, otros accidentes, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infarto agudo del miocardio, disritmia cardíaca, nefritis, signos y síntomas de estados mal definidos (SS,1990). Como podemos observar la mortalidad general muestra la desigualdad social del país.

La mujer a nivel mundial produce la mitad de los alimentos en los países en desarrollo. Resulta contradictorio que la mujer siendo la que produce, elabora y distribuye los alimentos en el seno del hogar tenga deficiencias en el consumo de los mismos hecho que solo puede explicarse por la educación genérica que la mujer recibe. Ella reparten los alimentos siguiendo una jerarquía, un orden establecido, primero el padre, después los hijos, las hijas y a lo último ella (SS,1990). Las diferencias nutricionales tocante a la distribución de alimentos y otras opciones familiares persisten durante toda la vida de la mujer (Bhatia, S. 1985).

La mujer está más expuesta a sufrir anemias a consecuencia de la maternidad y la malnutrición. En 1983 México ocupaba el 3er lugar a nivel mundial en frecuencia de anemias de acuerdo al Anuario Estadístico de la OMS y con las políticas actuales de modernización y de crisis seguramente ya estará en el primero (IMSS-COPLAMAR 1982).

Si la mujer mantiene una deficiencia alimentaria y tiene que cargar con los embarzos y la lactancia los estragos de las deficiencias nutricionales se harán evidentes. Aumenta el riesgo a tener hijos de baja talla propensos a morir durante el primer año de vida (Bhatia, S. 1985).

En una investigación realizada por el Instituto Nacional de la Nutrición en Tezonapan, Puebla se encontró que la mujer embarazada consumía unas 1960 calorías al día, el consumo de

proteínas provenía del maíz, y que las mujeres durante el embarazo sólo aumentaban en promedio 4.8 kilogramos. El saber médico establece como normal un aumento en la mujer de 9 a 12 kg. durante el embarazo. Los niños del estudio al nacer pesaba en promedio 2.7 Kg. que es considerado médicamente como un peso normal (Citada por Calva, J.L. 1988).

Las mujeres que lactaban sólo consumían según el estudio el 40% de las calorías que requerían. En el caso de la lactancia, la mujer, señalan los investigadores, debe consumir unas 600 calorías adicionales para que la producción de leche no deteriore su salud (SS,1990).

La alimentación al seno materno es una práctica adecuada en la crianza de los hijos, permite el acercamiento de la madre con el niño y una estrecha relación entre ambos, protege a la criatura de enfermedades y a la madre de nuevos embarazos, pero tiene sus contraindicaciones. Unas en relación al estado de salud de la madre, cuando esta enferma de tuberculosis o mastitis, otras cuando la madre tiene que trabajar fuera del hogar o le resulta molesto darle pecho al niño.

La lactancia está relacionada con patrones culturales; las mujeres del medio rural casi en todos los casos amamantan a sus hijos por períodos prolongados. La ENFES encontró que la duración de la lactancia está en relación inversa a la escolaridad de la mujer. Las mujeres no escolarizadas amamantan a sus hijos un promedio de 18 meses, con primaria incompleta, 11 meses, con primaria completa ,9 y con secundaria y más, 7 meses. Las mujeres que viven en el medio rural son las que más frecuentemente amamantan a sus hijos.

Actualmente existe en México un fuerte fomento para que la mujer alimente a sus hijos al seno materno, no sólo por los beneficios que puede tener para el niño y para ellas, sino en vistas ha reducir los subsidios que otorgan las instituciones de salud en leche en fórmula para la mujer trabajadora.

Entre los argumentos esgrimidos por las mujeres para no amamantar a sus hijos fueron: que no había tenido leche en un 32%, que el niño rechazó el pecho el 29%, que había estado enferma el 19% o que el niño murió el 6%. Ninguna se atrevió a decir que no había querido, porque esta decisión sobre sí misma no le pertenece aunque en la realidad no le de pecho (ENFES. 1990).

La ley establece en nuestro país una hora de lactancia dentro de la jornada de trabajo. Para la mujer de campo que acude al trabajo con sus hijos este beneficio no existe.

Los investigadores del Instituto Nacional de la Nutrición en el trabajo antes mencionado concluyeron que "no se explican como la madre puede seguir adelante con una deficiencia tan grande " (consume el 40% de lo que requiere) (SS.1990). La fuerza de las mujeres por sobrevivir no se puede entender bajo los esquemas médicos de consumo calórico, se tiene que explicar por la fuerza de las mujeres de nadar contracorriente .

3.1.5 El aborto.

Aborto quiere decir interrupción del embarazo. Desde el punto de vista médico el aborto es un parto que ocurre antes que el producto de la concepción tenga viabilidad o posibilidades de sobrevivir. El número de semanas de gestación para establecer si se trata de un aborto o un parto prematuro es de 20 aproximadamente. El aborto constituye un problema legal, así el límite de tiempo para determinarlo varía de un país a otro.

Estadísticamente hablando del 15 al 40% de los embarazos terminan en abortos espontáneos. La mayoría de ellos se debe a malformaciones congénitas, infecciones, defectos anatómicos, endócrinos, inmunológicos y enfermedad materna (Pernoll, M. 1989).

Para nuestro estudio es importante distinguir entre aborto espontáneo y aborto provocado, son dimensiones distintas del problema, las dos son motivo de conflicto para la mujer pero de diferente manera.

La opinión dominante señala que si las mujeres están constituidas genéricamente para la maternidad, el no cumplirla por incapacidad biológica o psicológica o por una decisión consciente y voluntaria significa necesariamente una transgresión. En el primer caso se trata de una alteración de la "naturaleza" ya que se considera que las mujeres están hechas anatómica y fisiológicamente para la maternidad, "cuerpo es destino". La que no logra cumplir cabalmente con este destino es transgresora aunque sea por una cuestión "involuntaria", "hormonal". El ser estéril o el no lograr un hijo es un estigma social para cualquier mujer sin importar su clase social.

En el caso de la economía familiar campesina requiere para sobrevivir de hijos, el no poder procrear es grave, y puede traer como consecuencia maltrato o abandono de la mujer.

El no poder parir por motivos psicológicos entraña un conflicto de la mente y el espíritu pero se puede considerar como algo inconsciente, no "voluntario" y está asociado a otra de las inclinaciones consideradas naturales de la mujer; la locura.

Sin embargo, es con el aborto provocado donde la mujer enfrenta directamente la transgresión, al impedir por voluntad la maternidad y decidir sobre su propio cuerpo.

El aborto es el último recurso que tiene la mujer para no tener un hijo, y es donde ella con un sentido de realidad o de sobrevivencia se opone al "deber ser". Si consideramos que "cualquier gesto o actitud que se aparte del modelo estereotipado de lo que ella es por naturaleza, será condenable y castigado" por ella misma y por los demás (Basaglia, F. 1987).

A diferencia del parto el aborto es una situación de muerte muerte, la mujer enfrenta a la muerte para negar la vida. Y es por eso un hecho doloroso, lleno de culpa.

El aborto en México es considerado como un delito, un hecho penado por el Estado. El Código Penal define el aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. El artículo 22 establece que " la capacidad jurídica de la persona física se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se tiene por nacido". Por lo anterior, el aborto es un delito porque priva de la vida a un "ser humano". La pena que otorga la ley a la madre que aborta es de uno a cinco años de prisión. Se puede alcanzar la libertad bajo fianza, pero en caso de que se halla empleado la violencia física o moral para practicar el aborto esta se niega (Porrúa, Edit. 1991).

El Código Penal tipifica varios tipos de abortos, a) el aborto sufrido que se realiza sin la voluntad de la madre. b) aborto espontáneo, c) imprudencial, cuando al mujer no se cuida, por ejemplo que cargue cosas pesadas d) terapéutico cuando está en peligro la vida de la madre, e) en caso de violación, f) eugenésico, si el producto presenta problemas congénitos graves físicos o mentales (Porrúa, Edit. 1991).

Para la Iglesia el aborto es un pecado mortal, un crimen e impone como pena la excomunión con todas las consecuencias religiosas que implica, a la mujer que voluntariamente aborte y a todos aquellos que hayan prestado su concurso necesario para llevarlo a cabo (médicos, enfermeras, etc.) (Porrúa, Edit. 1991).

Para la sociedad patriarcal el aborto es una conducta antinatural.

La mujer se enfrenta sola y con una culpa milenaria el aborto ya que "comete el peor de los desacatos: decidir por sí misma" (Rivera, A. 1989) en un cuerpo que no le pertenece, sobre una vida que tampoco le pertenece. La mujer se

convierte en "pecadora", en transgresora al cuestionar con su decisión el poder de los otros sobre ella.

El aborto es un hecho complejo, en donde la mujer toca uno de los ejes primordiales de su subjetividad: la maternidad, y es vivido como un estigma para muchas mujeres. Para ninguna mujer es fácil abortar y menos hacerlo en las peores condiciones físicas, materiales y emocionales, como sucede en México. Se ha demostrado que en los países donde la práctica del aborto esta legalizada "no conlleva trastornos" a la mujer (IMSS COPLAMAR, 1982) y esta práctica es permitida en países católicos como Italia (país católico donde se encuentra la Santa Sede) por ejemplo, donde el aborto es libre y gratuito.

Como examinamos en el apartado anterior una de las causas de la mortalidad materna es el aborto y sus complicaciones las cuales tiene mucho que ver con una falta de atención profesional adecuada y oportuna a las mujeres que necesiten o deseen abortar.

En los datos de mortalidad materna de 1985 de SS aparece los datos desglosados de los diferentes tipos de abortos ocurridos; aborto espontáneo, inducido ilegalmente e inducido legalmente (está permitido legalmente en caso de violación o con fines eugenésicos solo en algunos Estados de la República) las siguientes tasas se calcularon por 100 000 nacidos vivos registrados, 0.2, 0.2 y 0.04 respectivamente. Estas cifras distan mucho de la realidad porque la mayoría de los abortos que se practican en nuestro país son clandestinos, y al hospital llegan las mujeres cuando tienen complicaciones (Boletín Informativo,UAMX 11 de junio 1990.

En México se calcula que se practican 1.5 millones de abortos clandestinos al año (estas cifras son estimadas Porrúa. Edit. 1991), una de cada cinco mujeres presentan graves complicaciones por abortos mal hechos en la matriz que tienen como consecuencias: esterilidad, hemorragias, perforaciones, laceraciones o quemaduras en el cuello uterino o vagina, provocadas por la aplicación de cáusticos o líquidos calientes que se usan para abortar. Las infecciones uterinas que pueden traer dichas prácticas desembocar en septicemia, peritonitis o gangrenas.(Boletín Informativo,UAMX 11 de junio 1990 . Quiroz,A. 1980. citado en COPLAMAR 1986) Además de los trastornos psicológicos que ocasiona a la mujer enfrentar el aborto .

El aborto es un problema individual y de salud pública que tiene un alto costo social y económico. Si tomamos en cuenta que una de cada seis mujeres en nuestro país, han tenido un aborto espontáneo o provocado (ENFES.1990).Y si consideramos que el rango de edad de las mujeres que abortan está entre 20 y 30 años, y que la mayoría de las mujeres mexicanas a los 24

años ya han alcanzado el tamaño ideal de la familia según esa misma encuesta, es justo pensar que la muerte de la madre implica dejar a otros hijos en la orfandad (Boletín Informativo UAM. 11 de junio 1990).

Las causas por las que las mujeres abortan de acuerdo a diferentes estudios en nuestro país son: por número excesivo de hijos 52%, por problemas económicos 27%, por desavenencia conyugal 12%, por ocultación social 6%, por problemas terapéuticos 3% (De el libro "El Aborto en Mexico" citado por Porrúa, Edit. 1991).

El costo económico de un aborto complicado varía entre 10 a 20 millones de pesos viejos (Boletín Informativo UAMX 11 de junio 1990).

Es el aborto el hecho donde se muestra claramente los límites entre el condicionamiento genérico y las posibilidades que tiene la mujer para enfrentar la maternidad. El aborto es un acto desesperado, cuando la mujer decide abortar lo hace porque no tiene otra alternativa. Deja a un lado sus creencias religiosas o los riesgos para su salud. Un estudio elaborado en la Unidad de Ginecología del Hospital

General de la SS en el DF en las pacientes que acuden al servicio por complicaciones por aborto, concluyó que de las mujeres que abortan el 88% son católicas, el 50% tienen relaciones sexuales irregulares, el 60% son analfabetas o no han concluido sus estudios primarios, el 36% tiene en promedio 16 años. El 50% de estas mujeres se habían practicado entre uno y siete abortos. (Boletín Informativo UAMX 11 de junio 1990).

Si bien el aborto es un problema al que se enfrentan las mujeres independientemente de la clase social, los recursos que se disponen para atenderlo varían de una clase a otra. Así los mayores daños a la salud por esta causa los presentan las mujeres con menos recursos económicos y menos escolaridad.

Las parteras enfrentan el aborto en condiciones muy difíciles para la madre y con escasos recursos técnicos. La participación de ellas en la práctica del aborto no se puede precisar ya que legalmente es un delito, ellas lo niegan o prefieren no hablar de ello.

3.1.6 Mortalidad materna.

La mortalidad materna sigue ocupando en México los primeros lugares dentro de la mortalidad femenina. Desde el punto de vista médico se entiende por mortalidad materna la defunción de una mujer cuando está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo,

independientemente de la duración y características del mismo y relacionado con o agravado por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales. Ante las limitaciones de ésta definición la OMS distingue tres divisiones respecto a la muerte materna: las relacionadas con las causas obstétricas directas, las obstétricas indirectas y las fortuitas o incidentales. (IMSS. 1991) (COPLAMAR.1982). Según los datos del IMSS el 5% de las muertes maternas corresponde a las no relacionadas con causas obstétricas (hay que considerar en este dato se obtuvo de el registro del sistema ordinario del Seguro Social, que cuenta con infraestructura hospitalaria) (IMSS.1991).

En el grupo de mujeres de 15 a 24 años la hipertensión que complica al embarazo , parto y puerperio es la tercera causa de mortalidad femenina, precedida por los accidentes en primer lugar y las enfermedades infecciosas intestinales en segundo. En los siguientes grupos de edad la mortalidad materna no se encuentra ocupando los primeros lugares (SS.1990).

La tasa de mortalidad materna en México fue de 1.10 por 1000 nacidos vivos registrados según un estudio comparativo con otros países (elaborado por el IMSS COPLAMAR. 1982). Esta tasa aún elevada no revela la magnitud del problema. En el campo mexicano existe un subregistro muy importante de defunciones maternas e infantiles por tanto no aparece en las estadísticas, la que se hace evidente cuando se habla con las parteras que son las que atienden a la mayoría de las mujeres del medio rural.

Según las estadísticas del IMSS las principales causas de la muerte materna son las toxemias, las hemorragias del embarazo y el parto, la sepsis puerperal, el aborto y sus complicaciones y otras complicaciones del puerperio. En el Diagnóstico de Salud en las Zonas Marginadas y Rurales de México (IMSS-COPLAMAR. 1986), las principales causas de muerte en los hospitales del Programa aparece en tercer lugar y con un porcentaje de 4.8 "la morbilidad y mortalidad materna y fetal por problemas del embarazo, parto y puerperio, destacando por su importancia los abortos, las toxemias y las distócias" (1986). Las encuestas presentan la información agrupada en forma muy general, y apuntan al aborto y sus complicaciones, sin establece cuales son estas, y sin distinguir entre aborto espontáneo y provocado.

Muchas de las causas de la muerte materna están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida, la falta de detección temprana de los padecimientos y la falta de atención médica o la atención médica tardía. Pero también con una inadecuada educación sexual, al fuerte contenido patriarcal de la educación y las resistencias culturales, entre otros.

La muerte es uno de los temas tabuados de la medicina hegemónica, la muerte es algo de lo que no se habla. Puede mostrar incompetencia o irresponsabilidad del galeno. Al médico no se le enseña la forma de acompañar a un paciente en su agonía, su intervención es meramente técnica poco humana. La muerte muestra su escaso poder sobre la vida, su fracaso.

Para las parteras la muerte es algo cotidiano, el ritual de ésta forma parte de su saber y su quehacer. Ellas actúan cuando muere la madre o el niño. El manejo de lo simbólico le permite encontrar explicaciones distintas al hecho, culturalmente aceptadas. Las parteras hablan de la muerte porque es el destino final del hombre, voluntad de lo divino. Su intervención ha sido modesta.

4.1 El cáncer.

En este capítulo me referiré únicamente al cáncer cervicouterino y mamario que están relacionados directamente con el ciclo reproductivo de la mujer.

En México el cáncer que se presenta con mayor frecuencia es el cervico uterino. Constituye la segunda causa de mortalidad femenina en nuestro país (Excelsior 18 de marzo 1990). En general el cáncer se presenta en los siguientes términos, el cervicouterino en un 19.8%, el de la mama 11.1%, linfomas en 5.1%, el de próstata 4.4% y estómago 4.1%.

En relación a los grupos etáreos femeninos el cáncer se distribuye de la manera siguiente; el 15% aparece en mujeres menores de 35 años, el 55% en las de 35 a 59 años, y el 30 % en las de 60 años o más. Estos porcentajes son muy alarmantes si tomamos en cuenta que la población adulta se está incrementando y que la proporción de población femenina aumenta hasta alcanzar en los grupos de 60 años y más el 53.5% (SS.1988).

La población de alto riesgo para el cáncer cervicouterino desde el punto de vista médico es aquella : mayor de 35 años, que ha iniciado sus relaciones sexuales a temprana edad, multipara, con deficiente higiene genital de la pareja, con infecciones frecuentes por virus y promiscuidad.

Como vemos en los criterios de riesgo se encuentran mezcladas cuestiones relacionadas con riesgo social como son las condiciones de vida y educación, y otros aluden a cuestiones más bien biológicas como son la susceptibilidad del individuo a las enfermedades virales.

Lo anterior muestra claramente que el cáncer y su prevención está directamente relacionadas con el medio socio económico

en el vive la mujer. Por los criterios descritos el mayor riesgo a padecer la enfermedad lo tienen las mujeres del área rural.

Para la prevención y detección de esta enfermedad se requiere hacer estudios citológicos periódicos y una asistencia profesional oportuna en cuanto se descubren los indicios del padecimiento, esto último es igualmente válido para el cáncer mamario. Lo cual significa que se tendría que disponer de una atención especializada y accesible a la mayoría de las mujeres en condiciones de riesgo, así como una educación sanitaria adecuada a las mujeres para que asistan a los servicios.

El cáncer en la mujer es resultado de su historia de vida, especialmente de su vida reproductiva, una historia de expropiación y de mal cuidado de ella misma. Con una dosis de autodestrucción. Pero también a una limitada cobertura de las instituciones medico asistenciales.

El detectar el cáncer oportunamente sería una de las labores en donde las parteras pueden tener un papel muy importante en el campo.

5.1 SIDA

Nos pareció importante abordar el SIDA porque es una de las enfermedades profesionales que pueden afectar a las parteras. Y porque el desarrollo y evolución de la enfermedad muestra como de ser un padecimiento que apareció en homosexuales y drogadictos (de acuerdo a los primeros reportes) ahora es un problema que se presenta de una manera creciente en mujeres, niños y niñas. Es decir que el perfil socioepidemiológico en una década se ha modificado.

El SIDA se reportó por primera en 1981 en EU por el Dr. Gotlieb de la Universidad de California. El reportó el fallecieron de cinco jóvenes por una neumonía caracterizada por una deficiente reacción inmunitaria. Posteriormente se descubrió que ésta se debía a la presencia de un virus del grupo de los retrovirus que se le denominó virus de inmunodeficiencia adquirida VIH.

La forma de transmisión del virus es por contacto sexual, infección perinatal, transfusiones con sangre infectada y contacto con material contaminado, como jeringas hipodérmicas.

Al inicio la enfermedad se presentó en homosexuales y prostitutas sin embargo en diez años el perfil ha cambiado y se prevee que para la próxima década las mujeres y los niños serán los más afectados por la enfermedad (Excelsior 21 de diciembre 1990). Debido a las relaciones con hombres

bisexuales infectados , transfusiones sanguíneas mal controladas por motivos ginecobstétricos . Así éstas han sido las principales causas de contagio entre mujeres, sobre todo antes de que se establecieran controles adecuados de sangre para esta enfermedad .EL riesgo profesional es otra causa de transmisión en los trabajadores de la salud por contagio de material y equipo (Ornelas,G. et al 1992) .

La enfermedad es de larga evolución y tarda hasta 10 años en manifestarse en los enfermos de los países desarrollados y la evolución es más corta en los enfermos de los países en vías de desarrollo. Hasta el momento no existe cura.

Las amas de casa infectadas son ahora el 8% de los personas seropositivas, por lo antes dicho. En las prostitutas la frecuencia ha descendido; constituye ahora el .9% de los afectados.

Los cambios en los patrones de comportamiento poblacional del SIDA revelan claramente la situación mundial de la mujer. Con el agravante de ser ella quien transmite la enfermedad a sus hijos durante la gestación o el parto, cuestión que la señala como "responsable" sobre la salud de las nuevas generaciones.

En México hasta 1990 se habían notificado 5,907 casos de pacientes con SIDA , 837 de ellos eran mujeres. La proporción de mujeres infectadas se ha ido incrementando desde 1987. En ese entonces el 6% de los infectados eran mujeres, en 1990 las afectadas por la enfermedad se incrementaron hasta el 16% de lo infectados . El 75% de esas mujeres se encuentran en la etapa reproductiva entre los 15 y 44 años (Valdespino, J.L. et al. 1992).

En cuanto a la forma de transmisión de la enfermedad el 61% de las mujeres la adquirió por transfusión sanguínea no controladas de "donadores de paga", aplicadas por traumatismos, causas ginecobstétricas o quirúrgicas. El 27% se infectó por contacto heterosexual con parejas seropositivas. Se estima que cerca de la mitad de los hombres homosexuales en México tienen prácticas heterosexuales (Valdespino, J.L. et al 1992) .

En un estudio realizado por CONASIDA en 18 ciudades de la república en las mujeres que ejercen la prostitución se encontró que había un porcentaje de 0 a 5% de infectadas en el D.F., 2% en Puerto Vallarta, 1% en Veracruz y 0.9 % en las otras 15 ciudades (Valdespino, J.L. et al 1992) . El SIDA se presentó primero como un problema urbano y de personas que viajaban al extranjero, se ha ido ruralizando y proletarizando es un problema que afectará en el corto plazo a las mujeres del medio rural (Sepúlveda,J. 1992) .

La información sobre el SIDA no forma parte de la capacitación a las parteras. Sería importante introducirla antes que ellas puedan adquirir o transmitir la enfermedad. puesto que constituye un riesgo profesional. Además la población a la que atienden es uno de los grupos de riesgo para padecerla . Y las únicas formas que se tienen para combatir la enfermedad son la prevención y la educación .

6.1 Violencia y violación.

Una de las características de la educación genérica masculina es la de expresar con violencia, la inconformidad y el desagrado. Descarga su emotividad sobre todo con sus allegados inmediatos esposa, madre, hermanas, hijos, actitud que se identifica como del "macho".

En nuestro país los accidentes ocupan los primeros lugares de la mortalidad femenina en los grupos de 15 hasta 34 años y para los grupos de 34 a 44 años estos se encuentra entre las 10 principales causas de muerte. Estos datos sin embargo no aclaran que accidentes son resultado de la violencia (SS.1988)

En las zonas rurales y marginadas el rubro de accidentes, envenenamientos y violencia constituyeron el 12.3% de todas las enfermedades no transmisibles , con una tasa de 1582 casos por 100,000 solidariohabitantes que registró el Programa IMSS COPLAMAR. Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran "traumatismos y heridas no especificadas, fracturas de radio y cúbito , heridas de la cabeza, contusiones de miembros inferiores y heridas de uno o varios dedos de la mano." Estas se presentaron en una relación de 4 a 1 entre hombres y mujeres.

La violencia doméstica hacia la mujer es uno de los problemas que tiene su raíz en la educación patriarcal donde la mujer le pertenece al hombre, no solo para la reproducción sino para descargar tensiones sociales , sexuales o de trabajo para demostrar su dominio, su territorialidad sobre sus "posesiones". La mujer acepta y asume el maltrato muchas veces responsabilizándose ella misma de los sucedido, porque "no complació a su marido en la comida" o "no le obedeció". La agresión hacia la mujer no es solo física es moral, las de actitudes, las palabras y los hechos dañan. Y hacen sentir a la mujer descalificada, devaluada. Se puede llegar a formas de violencia sutiles y muy sofisticadas (Izazola,S.E. et al. 1992)

La violencia puede llevar a la mujer y a los hijos a la muerte. Un estudio realizado por Norma Valle en Puerto Rico 1988, reveló que de 40 mujeres asesinadas, 21 de ellas lo

fueron por su marido o ex conyuge u otro hombre y en 1987 de 63 mujeres victimadas 14 de ellas lo fueron por el esposo, 16 por un desconocido y 33 no se sabe quien cometió el crimen. (Valle, N. 1989)

En México la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal realizó el siguiente estudio en casos de maltrato doméstico. Encontró que el 88.15% de los hombres golpeadores eran bebedores habituales. El 70% eran empleados, choferes o artesanos, el 7.37% profesionistas, el 0.8% estudiantes y 8.76% comerciantes: El estudio concluyó que no existía relación entre profesión y maltrato. El 28.8% de las mujeres tenían primaria completa, el 10 % estudios universitarios y el porcentaje restante 70% de secundaria.

Muchas de las mujeres maltratadas afirma el estudio no quisieron llevar adelante la demanda, por temor a las represalias.

El maltrato en las mujeres de campo se revela con sólo platicar con algunas de ellas para comprender la magnitud del problema. Todas las parteras entrevistadas relataron diferentes formas de maltrato y de violencia, algunas llevan en su cuerpo la huellas visibles de los golpes hechos con diferentes instrumentos y una de ellas quedo mutilada de la mano izquierda a consecuencia de un pleito con su hermano.

Los factores determinantes para la violencia activa o pasiva contra la mujer en el hogar, madre, esposa, hermana, hija, niña señala el Centro de Desarrollo de la Mujer en Bolivia (1989) " radica en la ignorancia de los derechos de la mujer, el grado de cultura, la crisis económica, las lagunas jurídicas respecto a leyes sobre la familia y la mujer entre otros".

El hecho de que la mujer asuma pasivamente una historia de violencia sobre ella y sus hijos, está enraizada en la subjetividad femenina que permiten que la mujer enfrente riesgos innecesarios para su salud y su vida.

Dentro de las formas de maltrato a las mujeres se encuentra la violación que es una agresión física, psíquica y emocional a la mujer que puede tener graves consecuencias para su salud como embarazo o contusiones, infecciones, desgarros , problemas de salud mental y la muerte.

La violación es una práctica muy frecuente. Se desconoce la magnitud del problema, debido a que la mayoría de las violaciones ocurren en el hogar por familiares, esposos o amigos de la víctima, se estima que las dos terceras partes de las violaciones son perpetradas alrededor del espacio doméstico (García, A . Excelsior 7 de mayo 1993). Algunas

investigadoras aseguran que en México, cada ocho minutos violan a una mujer (Excelsior 19 de mayo 1990).

Según un estudio de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal sobre delitos sexuales denunciados por tipo de delito de febrero a julio de 1988 se obtuvieron los siguientes resultados en orden de frecuencia : violación, estupro, atentados al pudor, tentativas de violación, rapto y adulterio.

De las 192 violaciones denunciadas revelo el estudio el 95% fue en contra de mujeres y el 5% en hombres. La edad promedio de las agredidas fue de 16 años, el 50.7% tenían entre 12 y 17 años (SS, 1990).

Sobre el lugar de origen de las denunciadas el 76% fueron del DF, 23% el interior de la República y el 0.6% extranjeras. En relación al lugar donde ocurrió la violación se reveló que el 27.7% fueron en la casa de la víctima, habitación 21.3%, la vía pública 19.7%, hotel 8.9%, trabajo 4.9%, transporte privado 4%, transporte público 3%, escuela 0.7% los demás no especificaron (SS, 1990).

En relación al parentesco entre la víctima y el victimario, el 21.5% eran parientes, el 39.9% eran novios, amigos, conocidos, y el 27% no conocían a la víctima.

En cuanto al grado de parentesco el 6% era el padre, y el 16.4 tenían otro grado de parentesco incluyendo al esposo.

En el 84% de los casos fue un solo atacante.

En otro estudio realizado en España en 1990 sobre violación por la Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas se concluyó que los medios de coacción empleados por el violador fueron arma blanca en un 20%, arma de fuego en un 1.67%, objeto contundente 3.33% y sin armas el 75%. La persuasión parece ser el arma más frecuente de que dispone el violador, sustentada por una educación genérica sobre el derecho de los hombres sobre el cuerpo de las mujeres (Revista 8 de marzo 1990). Pero la llamada persuasión en muchos casos es un engaño. Los hombres les ofrecen a sus víctimas trabajo, comprensión, orientación sobre la vida se ganan su confianza para luego atacarlas (Izazola, E. et al 1992).

La violación en el caso de las mujeres es la expropiación violenta del cuerpo de la mujer por el hombre. La violación no se denuncia muchas veces porque se hace con la complicidad de las mismas mujeres que rodean a la víctima. Se requiere un gran esfuerzo para eliminar esta práctica y hacer que las mujeres denuncien la violación sin temor, dentro de

un marco legal y jurídico que realmente apoye a la víctima y castigue al agresor. Así como de proporcionar información adecuada a la mujer sobre la forma de defenderse en caso de ser atacada.

La violación en el medio rural en México por la condición de las mujeres en éste, se presume sea un problema de gran magnitud que deteriora la vida y la salud de las mujeres del campo. Las parteras deberían ser orientadas para que puedan orientar las mujeres sobre sus derechos .

7.1 Salud mental.

Uno de los rasgos que la sociedad patriarcal atribuye a la mujer es la locura, la poca racionalidad, la volubilidad, la inestabilidad. La locura dice Franca Basaglia "sufrimiento que nace en la opresión, en la represión de la subjetividad y del cuerpo, en la imposibilidad material y psicológicas de expresar las necesidades de esta subjetividad y de este cuerpo" (1987).

La clasificación objetivable del conjunto de padecimientos mentales por el pensamiento médico dificulta la comprensión de lo que la locura, la depresión, la esquizofrenia representan y expresan (la miseria, la opresión, la represión) en una sociedad donde la razón y el poder van ligados (Basaglia, F.1987).

Las mujeres en términos generales tienden más a estados depresivos y a la somatización que los hombres .Los diferentes estado fisiológicos que viven las mujeres como la menstruación, el embarazo, el puerperio, la lactancia, la menopausia pueden desencadenar síntomas depresivos transitorios o psiquiátricos subyacentes (Cuevas,S. 1992).

Es en la edad madura y en la vejez cuando aparecen los trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia. algunos asociados al proceso de degeneración orgánica como la demencia senil o la enfermedad de Alzheimer. Otros como la depresión, la esquizofrenia, la psicosis paranoide y los estados de ansiedad pueden ocurrir a cualquier edad. Pero si algunos de estos trastornos se han presentado durante la vida ,en la vejez pueden aparecer con mayor propensión (Cuevas,S. 1992). Muchas de las alteraciones mencionadas pueden agravarse dependiendo de la situación particular de vida de las mujeres .

La depresión durante el climaterio por ejemplo , corresponde a una compleja situación de la mujer cuando llega a los 45 o más años y no ha un deficit hormonal únicamente. Alrededor de esta edad ocurre el abandono o salida de los hijos del hogar, el abandono o la infidelidad de los esposos , la muerte o enfermedad de los padres, la perdida de la juventud,

y en las mujeres que se han dedicado por entero a su familia, el vacío de no tener intereses y proyectos propios, de tener la sensación de que desperdició su vida.

Para la mujer de campo el llegar a la madurez o a la ancianidad le da un estatus en su comunidad. Para ella no hay ocio. La tristeza se ve reflejada en las caras de las mujeres mayores, en la profundidad de sus arrugas, como las parteras de nuestro estudio. Esta situación es resultado de una vida de sacrificio y desgaste donde no hay lugar para el descanso. Las crisis y las depresiones se dan en medio de la rutina de trabajo.

Un buen número de parteras rurales son mujeres ancianas, que por su experiencia vital y profesional son muy solicitadas en sus comunidades. Las parteras más viejas de la Sierra comentaron que se sentían muy cansadas de atender partos, que este trabajo crea mucha tensión, sin embargo siguen porque así se los pide la gente de su lugar.

El desgaste crónico se manifiesta en un envejecimiento prematuro de la mujer campesina, una tendencia a "sufrir síndromes depresivos, reacciones neuróticas y síntomas somáticos como expresión de problemas emocionales subyacentes" (OPS. 1985).

El alcoholismo considerado como una enfermedad con un fuerte contenido mental que conlleva a la violencia y a la autodestrucción se ha incrementado entre las mujeres en los grupos etarios de 34 hasta los 64 años, las repercusiones físicas de este padecimiento como la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado están entre las primeras tres causas de la mortalidad femenina (SS,1990).

Las parteras son las confidentes de sus pacientes, tienen un papel importante como psicoterapeutas. Ellas ayudan con sus consejos y sus cuidados a las mujeres de su grupo. La capacitación deberían contemplar con más profundidad este aspecto tan importante del trabajo de las parteras y darles una orientación adecuada, en beneficio de la salud de las mujeres rurales

8.1 Mujer, salud y ancianidad.

En México en las últimas décadas la población mayor de 60 años de ha triplicado en términos absolutos Se calcula que para el año 2000 habrá 3,770,328 mujeres ancianas (Cuevas,S.1992).

Para el período de 1985-89 se estimaba que la esperanza de vida era de 72.2 años para las mujeres y de 68.7 para los hombres, había una diferencia entre ellos de 6 años (Hartaman,S. 1992).

El envejecimiento es un proceso natural que depende en gran medida de la manera como se ha vivido . Asimismo de factores constitucionales y genéticos. Para la sociedad capitalista la vejez (etapa considerada a partir de los 60 años) marca el fin de la vida productiva, la salida del mercado de trabajo, la pérdida de oportunidades de trabajo. Esto se muestra claramente por la baja participación de este grupo de edad en el trabajo considerado productivo tanto de hombres como de mujeres (Hartamn,S. 1992).

No obstante el apoyo que brindan las mujeres mayores en el trabajo familiar, es muy importante. Un buen número de abuelas cuidan o se hacen cargo de sus nietos, mientras sus madres trabajan o estudian.

Las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en las mujeres después de los 60 años son las crónico degenerativas, dentro de las 10 principales causas de mortalidad están en orden decreciente las siguientes: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, deficiencias de la nutrición, neumonías e influenza, accidentes, bronquitis crónica, enfisema y asma, infecciones intestinales, afecciones de vías urinarias. Además los trastornos psiquiátricos que mencionábamos en el apartado anterior.

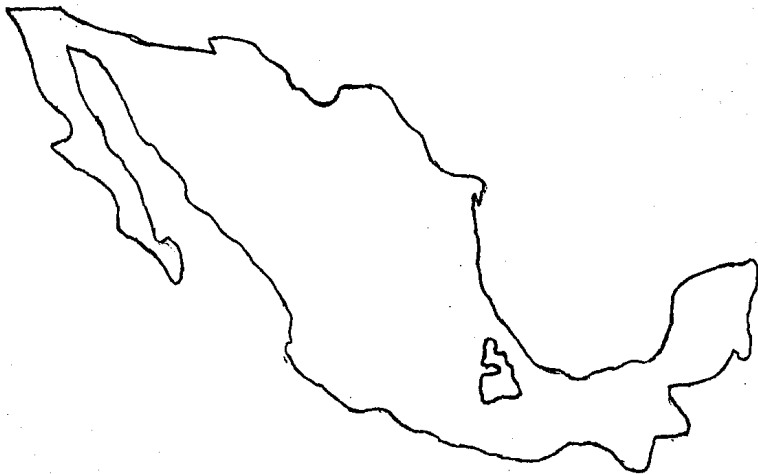
Durante la vejez sino se cuenta con recursos, puede ser una época de indigencia, soledad y abandono. Pero si se cuenta con ellos puede ser una etapa productiva, creativa y de gran plenitud.

La parteras de la Sierra son en su mayoría ancianas, sin embargo su vida es altamente productiva. Algunas continúan trabajando incluso en el campo. Muchas de ellas viven con sus nietos y se hacen cargo de ellos. En el medio rural la mujer anciana es valorada por su experiencia, tiene así una identidad y un lugar en su comunidad. Las parteras se quejan de que están cansadas y la gente les sigue solicitando sus servicios. Pero lo dicen con gran satisfacción. Sin embargo presentan un precario estado de salud, que se manifiesta en dolores neuromusculares crónicos, artritis, desnutrición, avitaminosos y enfermedades respiratorias (Fuente directa entrevistas a parteras).

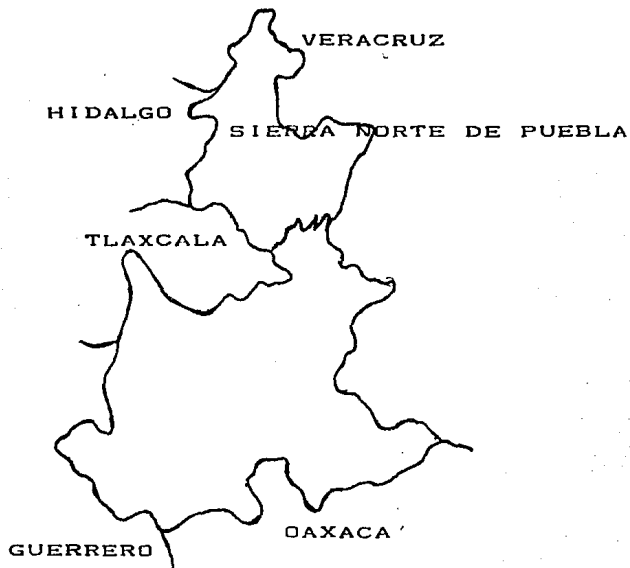
La capacitación como en el Programa de Puebla debe ir acompañada de una atención integral a las parteras , para que ellas mejoren su estado de salud.

**UBICACION DE LA
ZONA DE ESTUDIO
EN EL ESTADO DE PUEBLA**

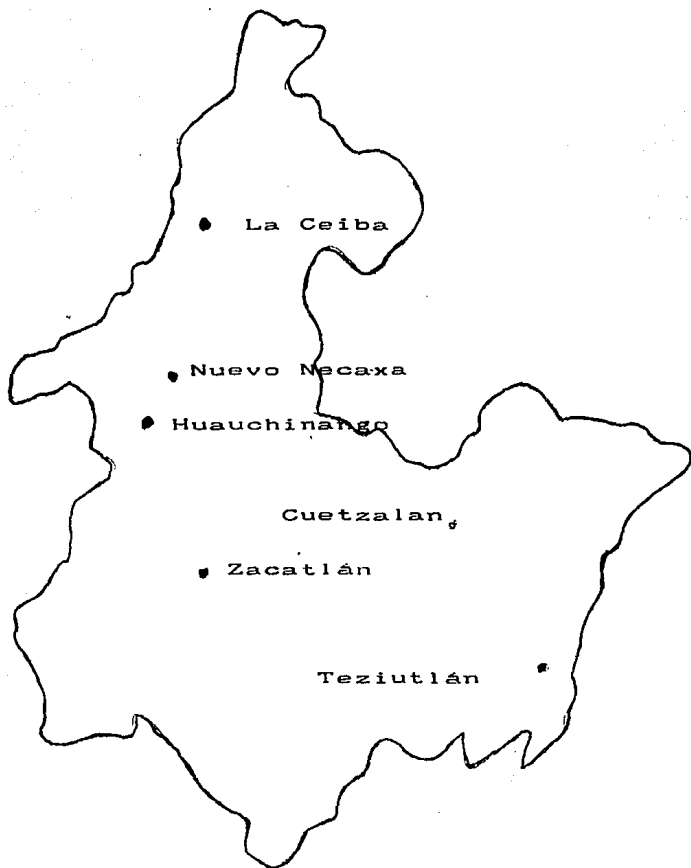
UBICACION DEL ESTADO DE PUEBLA EN LA
REPUBLICA MEXICANA



COLINDANCIAS DEL ESTADO DE PUEBLA Y
UBICACION DE LA SIERRA NORTE

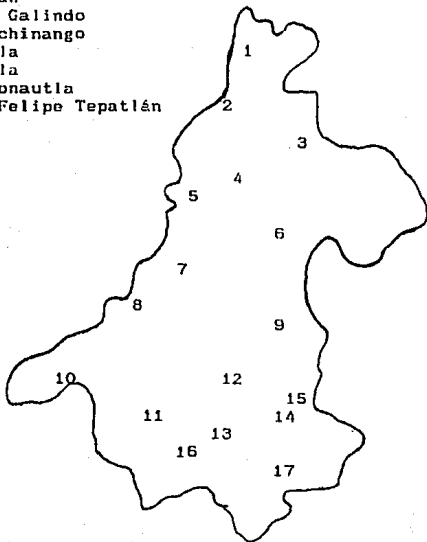


POBLACIONES PRINCIPALES DE LA SIERRA
NORTE DE PUEBLA



MUNICIPIOS DE DONDE PROVIENEN LAS
PARTERAS

1. Francisco Z. Menú
2. Pantepec
3. Venustiano Carranza
4. Jalpan
5. Tlaxco
6. Xicotepnc
7. Tlacuilotepec
8. Pahuatlán
9. Zihuateutla
10. Honey
11. Naupan
12. Juan Galindo
13. Huauchinango
14. Tlaola
15. Jopala
16. Chiconautla
17. San Felipe Tepatlán



LAS PARTERAS Y LAS POLITICAS DE SALUD

Capítulo III

1. Las políticas de salud en el modelo neoliberal.

1.1 Antecedentes.

Las parteras en el medio rural mexicano son sujetos relevantes en el cuidado de la salud. Las parteras han atendido históricamente a las mujeres durante el ciclo reproductivo y actualmente brindan cobertura a un porcentaje significativo de la población.

La permanencia de las parteras rurales y la importancia de su saber y su quehacer son resultado de: la manera como se ha estructurado históricamente la respuesta social a la enfermedad y a la reproducción en nuestro país.

En la época prehispánica en México las mujeres se encargaban profesionalmente del cuidado perinatal. La ticitl en la sociedad nahuatl, era una médica reconocida, especializada, que se encargaba de la atención integral a la mujer y a la criatura. Iniciaba los cuidados a la madre en etapas tempranas del embarazo y los concluía después del nacimiento de la criatura. Ella efectuaba el baño ritual al recién nacido y presidía la ceremonia del "bautizo". Si la madre o el bebé morían la ticitl organizaba el ritual de la muerte (Sahagún, B. 1969).

En la época prehispánica la partera nahuatl era una médica que ejercía la práctica médica dominante. En ese entonces la práctica religiosa constituía una parte esencial de la práctica médica. El trabajo de la partera reforzaba los mitos y las creencias sobre la reproducción y le daba con su quehacer cohesión y continuidad al grupo (Sahagún, B. 1969).

Durante la Colonia las ordenes religiosas fueron las que expandieron los principios de la medicina europea y organizaron un sistema hospitalario primero para españoles y más tarde para criollos, mestizos e indígenas (Flores y Troncoso, F. 1982).

La atención al parto en el medio rural en esa época permaneció en manos de las parteras rurales. "La atención de los partos vino ejerciéndose de una manera empírica en todo el periodo colonial..." (Flores y Troncoso, 1982).

Durante la Colonia parir en un hospital significaba indigencia, rechazo social. El parto generalmente se llevaba a cabo en el seno de la familia y era atendido

fundamentalmente por las parteras o familiares de la parturienta y más tarde por los médicos.

Es con la medicina positiva cuando se introduce en la práctica médica la enseñanza y desarrollo de la ginecología obstetricia. Dicha medicina expande, diversifica y desarrolla bajo sus postulados nuevos campos. Anteriormente la atención al parto no se consideraba una especialidad, y algunos médicos pensaban que no era importante que "aprendieran arte tan denigrante". (Flores y Troncoso. 1982). Con el desarrollo de la medicina moderna se inicia el proceso de expropiación de la atención al parto de los médicos a las mujeres.

No obstante que la práctica ginecoobstétrica ejercida por el médico se ha ido difundiendo en nuestro país, todavía la atención al parto en el medio rural permanece en un porcentaje importante en manos de las parteras rurales.

Hoy día, en México según la ENFES la atención al parto en el campo se da de la siguiente manera: la partera asiste el 45% de los mismos, el 6% los atiende un familiar de la parturienta, el 5% nadie, el 6% una enfermera y el 38% el médico. Son en suma las mujeres las que atienden el 62% de los partos a nivel rural.

Es interesante destacar que la encuesta señala que en el 5% de los casos "nadie" atiende a la mujer, en lugar de señalar que es ella misma quien lo hace. La autoatención al parto es una práctica común en las mujeres del campo, incluso en algunas de ellas un componente cultural, como en el caso de las tarahumaras (Aguirre Beltrán, G. 1980). Sin embargo el no registrarlo como autoatención revela que para el pensamiento patriarcal el cuidado de la mujer en la reproducción tiene su parte "invisible" (ENFES, 1990).

De las cifras mencionadas se desprende que la gran mayoría de los mexicanos nacen y sobreviven gracias a los conocimientos y experiencias de un número importante de mujeres anónimas. Lo cual significa en términos económicos que las mujeres, solventan con su saber y su quehacer parte de la reproducción individual y social. Esto representa un ahorro sustancial para el sistema de salud y una descarga en la demanda de servicios médicos. Ya que el parto normal constituye la primera causa ingreso hospitalario a nivel nacional. En el campo más de mitad de los partos que ahí ocurren no son asistidos por personal médico (ENFES 1990).

En México el desarrollo de las instituciones sanitarias, como instituciones modernas comienza a partir de la década de los cuarentas, con la expansión y modernización del capitalismo. En ese momento el Estado requería asegurar una infraestructura mínima de servicios para el crecimiento económico. Este impulso en el establecimiento y desarrollo de las instituciones de salud les imprime características particulares en términos de: prioridades, distribución de los recursos, calidad de la atención y políticas sanitarias.

López Acuña señala que si analizamos las necesidades de salud y la estructura sanitaria vemos una gran esquizofrenia, que sólo cobra coherencia "si consideramos que las instituciones médicas obedecen más a necesidades económicas y políticas y corporativas de los grupos dominantes y a la obligación de dar respuestas mediatizadas a las demandas, expresadas e inexpressadas de las clases populares" (López Acuña, D. 1981). De esta manera la atención a la salud, es diferenciada y clasista en términos generales, con programas sociales de impacto limitado.

La medicina moderna crece como parte de un proyecto económico e ideológico capitalista y no al margen de éste (Menéndez, E. 1981). Sin embargo, las prácticas médicas subalternas se mantienen y actúan en sus espacios sociales, ideológicos y culturales. Parte de la estrategia de dominación del sistema constituye dejarlas actuar marginalmente. Y aunque muchas de estas prácticas parten de supuestos diferentes a los del pensamiento médico moderno, estas no entran en contradicción con los intereses económicos y políticos de las clases en el poder, más bien aquellas son refuncionalizadas y toleradas.

Una de las estrategias de la política neoliberal constituye alentar la participación de los diferentes actores sociales en la solución de necesidades y problemas, entre ellos los de salud. Así la actuación de las parteras con las instituciones sanitarias adquiere un nuevo significado (Programa Mujeres en SOLIDARIDAD).

1.2 Respuesta social a la enfermedad.

En México la respuesta social a la enfermedad está estructurada de la siguiente manera:

a) Los sistemas privados de atención organizados bajo los postulados del pensamiento médico hegemónico, que se pueden dividir en dos: los sistemas que tienen una orientación

netamente capitalista, sujeta a las leyes del mercado y los que no la tienen.

- A los primeros corresponden las compañías de seguros médicos y la práctica médica individual o grupal dirigida a la población con capacidad de pago, cuyo incentivo fundamental es la ganancia.

-Los sistemas privados que no están orientados por la ganancia que ofrecen atención a problemas específicos de salud como doble A (Alcohólicos Anónimos), APAC (Asociación Propersonas con Parálisis Cerebral).

Así como instituciones religiosas, católicas y protestantes principalmente o grupos de cristianos independientes que mantienen servicios de salud a nivel incluso hospitalario en zonas rurales o marginadas.

Estos últimos pueden combinar diferentes formas terapéuticas no únicamente de la medicina hegemónica.

b) Un sistema estatal y diversos paraestatales de salud, orientados por el pensamiento médico académico dirigidos a diferentes sectores sociales.

- Al sistema estatal corresponde la Secretaría de Salud (SS) esta atiende a la población que no tiene acceso a otros servicios y con restringida capacidad de pago. Con una cobertura potencial a 26,794,000 habitantes de los cuales 13,178,020 son usuarios del servicio (Anuario Estadístico, 1991). La SS se encarga de normatizar, regular, ejecutar y vigilar el conjunto de acciones sanitarias que se llevan a cabo en el país. Coordina además las acciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) que es el conjunto de los sistemas paraestatales mas importantes de atención sanitaria en México

-Las instituciones paraestatales brindan cobertura a la fuerza de trabajo, con aportación tripartita: trabajadores, empresarios y gobierno. Estos servicios cubren a los trabajadores que laboran en el sector estatal ISSTE (Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado) y en el sector privado IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

El ISSTE cubre a 8, 600,000 de derechohabientes. El IMSS cuenta con 38,117,000 derechohabientes, de los cuales 36,127,000 se encuentran en el medio urbano y 1,990,000 en el

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 79

medio rural (Salinas de G. C. 3er. Informe de Gob. 1991)

c) Un sistema de solidaridad social estatal dirigido a los grupos urbanos, suburbanos o rurales en las zonas de mayor marginación, creado como un programa especial de SOLIDARIDAD. Este programa brinda atención potencialmente a 10,000,000 de mexicanos (IMSS-SOLIDARIDAD, 1992). Sus acciones se orientan a cubrir las necesidades de servicios no personales de salud, como agua potable, alcantarillado, etc, en las poblaciones donde todavía existen grandes rezagos en estos servicios. Para el programa la participación comunitaria es un puntal estratégico del mismo.

A éste pertenecen el IMSS SOLIDARIDAD. Este proyecto inicialmente fue un programa del IMSS, el cual en el sexenio 76-82 tomó el nombre de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, COPLAMAR. Dicho programa reforzó el sistema de atención médica que venía operando desde hacía dos décadas en el campo. En el actual sexenio IMSS-COPLAMAR se transformó en IMSS-SOLIDARIDAD.

En lo que se refiere a atención médica un proyecto importante en este programa es la ampliación de la infraestructura de servicios médicos, clínicas y hospitales. Se han construido "ocho hospitales rurales y cientos de unidades médicas"... "ha beneficiado a unos 10 millones de mexicanos de escasos recursos" (IMSS-SOLIDARIDAD, enero-febrero 1992). Para la operación de los recursos médico hospitalarios se ha diseñado el programa "Hospital Digno" basado en la corresponsabilidad de los beneficiarios en el mantenimiento del mismo (Leal, G. 1991).

El IMSS SOLIDARIDAD contempla los sistemas mixtos de atención a la salud como el "Programa de interrelación de la medicina tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR (Lozoya, X et al 1988).

d) Las instituciones de salud "no formales" llamadas por algunos autores "invisibles", no hegemónicas, privadas, intermedias constituidas por prácticas terapéuticas no provenientes del pensamiento médico dominante como la llamada medicina "tradicional" o "etnomedicina". Se pueden agrupar aquí otras prácticas alternativas, como la acupuntura, la herbolaria, la iridología, el naturismo, el espiritualismo, las prácticas de origen induista. La población que recurre a ellas es heterogénea.

-La medicina "tradicional" o etnomedicina, que ha atendido a grupos indígenas, rurales y urbano marginales, ya sea porque el sistema sanitario oficial no los ha logrado cubrir, o bien porque constituyen prácticas arraigadas en dichas

poblaciones por usos y costumbres culturales, o porque han demostrado efectividad curativa en la poblaciones que atiende. . La medicina tradicional cuenta todavía con un número importante de especialistas. En algunas de las zonas del país donde opera el IMSS-SOLIDARIDAD existen 4 médicos tradicionales por cada médico alópata, y la infraestructura de servicios médicos en el campo todavía es limitada (Lozoya, X. 1988). Hay que considerar de igual manera que se presentan enfermedades en la población, que sólo pueden ser atendidas bajo los postulados de la medicina tradicional como el mal de ojo, por ejemplo (Zolla, C. 1988).

La medicina "tradicional" cuenta con diversos especialistas, como los yerberos, sobadores, rezadores, temazcalero, culebreros, graniceros, curanderos, las parteras forman el mayor contingente dentro de éste grupo de terapeutas. Las parteras pueden manejar también otras especialidades médicas.

La medicina tradicional la ejercen fundamentalmente las mujeres según una encuesta realizada por el IMSS en las zonas de influencia del programa, de los 13 067 terapeutas registrados 8 024 eran mujeres es decir el 61.4% (Lozoya, et al 1988).

-Las otras prácticas terapéuticas no hegemónicas ya mencionadas atienden a gente de diferentes clases sociales. Muchas veces se recurre a ellas por moda, o cuando no hay una respuesta adecuada de la medicina moderna o como complemento a un tratamiento médico. Dice Eduardo Menéndez que es el paciente el que hace la síntesis de las diferentes prácticas terapéuticas (Menéndez, E. 1987).

e) La medicina doméstica o familiar interviene en forma importante en el mantenimiento de la salud, se realiza en el ámbito privado y constituye el primer nivel de atención. Es ejercida fundamentalmente por las mujeres como parte de sus actividades genéricas. La medicina doméstica no tiene carácter mercantil sino de solidaridad y responsabilidad individual y comunitaria. Está regida por patrones de automedicación; es "estructural a toda sociedad y las acciones son llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal, en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones "concientes" de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinada complejidad" (Menéndez, E. 1987).

Las mujeres en el ámbito familiar son quienes hacen el diagnóstico de salud y realizan acciones para modificarlo. Deciden frecuentemente el momento en el que hay que recurrir al especialista, y a cual especialista hay que consultar. Organizan los recursos en el ambiente familiar para que se

restablezca el enfermo. Utilizan cualquier tipo de tratamiento: friegas, antibióticos, masajes, rezos, provenientes de diferentes y contradictorias concepciones de la salud, que no son vistas por los usuarios de esta manera, sino como recursos disponibles para enfrentar la enfermedad y la muerte.

No hay todavía estudios suficientes que evalúen el impacto de la medicina doméstica en la salud de la población, sin embargo en una investigación realizada por Modena en la comunidad de Hidalgotitlán, Veracruz, en cien niños, encontró que de los 76 casos de enfermedades respiratorias registrados, 70 de ellos fueron atendidos únicamente en el hogar y sólo 6 requirieron atención médica profesional.

Las mujeres son los recurso para la salud por excelencia. Su trabajo atañe niveles profundamente significativos para el desarrollo de la vida humana.

Por la experiencia ancestral que poseen las mujeres son capacitadas como promotoras o agentes de salud por las instituciones médicas oficiales. Existen programas específicos como el de Salud Rural de la SS - ya desaparecido- que establecía como requisito para el personal Encargado de Comunidad "ser mujer y de preferencia casada" (Elú, C. 1982).

Para las mujeres, que las instituciones patriarcales reconozcan la importancia del trabajo que realizan en lo privado significa un cambio político fundamental en su quehacer debido a que; éste se ejerce en el ámbito público, se le destinan recursos (aunque escasos), se les da un nombre y un lugar en el sistema sanitario. El trabajo invisible que oprime a las mujeres se transforma en un hecho visible que las valoriza. Esto se da independientemente que el personal médico mantenga con ellas una relación de subordinación, incluso utilitarista como ha pasado en muchos casos (Elú, C. 1982).

El cuidado de la salud ha estado históricamente en manos de las mujeres. Tanto en el mundo doméstico como en el público.

Las diferentes prácticas arriba mencionadas no son sistemas cerrados. La medicina tradicional ha tenido un fuerte impacto de la medicina moderna sobre todo en términos de medicalización. Este contacto ha transformado y aún desaparecido algunas de sus prácticas. La articulación entre los diferentes actores sociales en la atención a la salud se da de maneras diversas y contradictorias, sin embargo, la medicina académica o moderna mantiene la hegemónica y las otras prácticas la subalternidad.

La medicina dominante está ligado a los intereses económicos y políticos de la industria farmacéutica, a una estructura de poder que califica a las demás prácticas. Así a partir de su visión reordena y utilizar a las otras como saberes subordinados. Este es el caso de las parteras. Sin embargo ellas a través del contacto con las instituciones van incorporando en su forma de vida y en su práctica profesional concepciones diferentes sobre la salud, así como otras formas de consumo lo cual modifica y amplía su visión del mundo, de su saber, de su quehacer y de sí mismas.

1.3 Las políticas sanitarias en el modelo neoliberal.

Las políticas sanitarias que derivan del modelo neoliberal impulsado por el gobierno mexicano son: 1) la reducción del gasto social en salud 2) la redistribución del costo de la salud a otros sectores sociales (trabajadores, población), 3) la profundización de la desigualdad en el acceso y calidad a los servicios de salud y 4) la privatización de los servicios.

1) En la década de los ochentas se dió un recorte muy importante al gasto en salud. En el IMSS el gasto per cápita se redujo de 62% a 44%. A nivel nacional ese gasto rubro bajó de 4.7% a 2.7% y para finales de esa década se había reducido aún más, alcanzando las cifras de 1.9 a 1.6% del gasto público total. Dicha cifra está muy por debajo de la señalada por la OMS, del 5% del PIB como mínima indispensable para atender la salud (Laurell, A. 1991). Aunado a lo anterior el PIB de los países Latinoamericanos disminuyó en esa misma década, según la CEPAL en 1988 el PIB sólo aumentó en esta zona 0.6% y éste aumento fue inferior al crecimiento de la población, lo que trajo como consecuencia una disminución del ingreso per cápita (Moreno, P. et al 1991), con el consecuente deterioro en el nivel de vida y de seguridad social de la mayoría de la población de latinoamerica, sobre todo de los habitantes del medio rural.

En México los datos oficiales señalan que aproximadamente la mitad de la población es decir unos 44 millones de personas son pobres y de éstos 17 millones viven en extrema pobreza (Rojas C. 1990).

El gobierno disminuyó su aportación a las instituciones de seguridad social, he incrementó el número de empleadores y trabajadores afiliados. En el IMSS y el ISSTE, en "1980, un 84% de los ingresos totales correspondieron a los primeros (empleadores y trabajadores) y casi el 12% al gobierno; en 1989 casi el 92% de las aportaciones correspondieron a los primeros y sólo el 5.5% al segundo" (Moreno, P. et al 1991).

El grupo en el gobierno propone como parte de su estrategia económica y política: "impulsar la colaboración organizada, informada, responsable y solidaria de la comunidad en su conjunto en materia de salud" en los programas institucionales, es decir, que esta política trata de impulsar la mayor participación de la población en la solución de los problemas de salud, y distribuye el costo social de la solución de los mismos en la población (Laurell, A. 1991). Dicha política mas racional y menos paternalista, implica también un ahorro importante para el Estado.

2) El proyecto de salud pretende apoyarse estratégicamente para su operación en los sistemas locales de salud SILOS. Se trata de generar modelos "mixtos", "integrales", de atención a la salud. Esta política se plasma en el Programa de capacitación dialogada por experiencias a parteras rurales (PCDPR) del IMSS-SOLIDARIDAD que dice " Identificar la ubicación de la partera rural dentro del Modelo de atención integral a la salud como parte integrante de la estructura comunitaria" (1988). La estrategia consiste en capacitar al mayor número posible de parteras y agentes de salud para mejorar la extensión en el primer nivel de atención, aumentar la cobertura , y fomentar en la población la autoresponsabilidad en el cuidado de la salud . Las modalidades de la "articulación" ,"integración" o como se le quiera llamar entre la partera y otros terpeutas tradicionales y la instituciones son definidas desde el interior de las mismas.

La integración de las parteras como instituciones de la sociedad civil y como agentes de los sistemas locales de salud en al cuidado y atención a la reproducción, son vistas por el sistema sanitario como un objetivo primordial de la nueva política.

Las instituciones sanitarias en México tienen una vasta experiencia en el adiestramiento y trabajo con este tipo de personal. El asedio a éste recurso para su incorporación y participación es intenso. Al curso organizado en la Sierra de Puebla por el IMSS, que estaba programado para 40 parteras, acudieron 100 a tomarlo.

A las parteras rurales ahora se les reconoce como recursos importantes en el trabajo sanitario de la comunidad y se les brinda capacitación. Las instituciones reorganizan y amplían desde su perspectiva las acciones sanitarias de las mujeres-partera en programas prioritarios como: la atención materno infantil (SS), la planificación familiar y la vacunación.

Históricamente las mujeres han solventado el costo social de la reproducción en el campo, no obstante, bajo las premisas neoliberales su trabajo se articula dentro de una política global, donde ellas tienen un lugar específico dentro de la maquinaria oficial. Son las instituciones sanitarias las que las impulsan para que sean promotora de salud o parteras rurales capacitadas. Las parteras son el primer recurso para la salud proveniente de una práctica no dominante que ocupa actualmente un lugar dentro del sistema sanitario. Así lo establece el IMSS-COPLAMAR dentro del PC DPR cuando señala que es necesario "establecer un sincero acercamiento con estos personajes (las parteras) para iniciar un trabajo productivo, en equipo, en las comunidades del área de influencia de sus unidades médicas"(1988). El utilizar recursos ya formados y reconocidos por la comunidad significa como ya mencionamos un ahorro en el gasto en salud para las instituciones sanitarias. Y brinda también un espacio de acción legitimado a las parteras rurales.

Otro de los mecanismo a través de los cuales el gobierno. ha distribuido el gasto en salud hacia los trabajadores es incrementando la cobertura de los servicios sin la inversión correspondiente al nuevo número de derechohabientes. Lo que significa una mayor carga de trabajo para el personal que ahí labora. De esta manera son los trabajadores los que absorben fundamentalmente el costo de la crisis.

3) El Plan Nacional de Desarrollo PND establece que es necesario el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad y que "el principio de ciudadanía y por ende , de igualdad sea efectivamente el criterio de acceso a dichos servicios . Es indispensable -señala el documento- eliminar la estratificación actual del sistema de salud y organizarlo a partir de las necesidades de la población" (Leal,G. 1990). Estos principios, en los hechos no se cumplen, ya que como vimos en el apartado anterior el gobierno mexicano ha ido restringiendo vías el presupuesto, su responsabilidad en el cuidado de la salud y el Programa de SOLIDARIDAD funciona en parte con recursos de la población. Y no existe una infraestructura a nivel nacional que permita el acceso de toda la población a los servicios médicos y asistenciales.

Es importante destacar que el gobierno ha optado por un modelo económico que tiende acentuar las diferencias y las desigualdades sociales, y los programas paliativos son solo eso, y no modifican la estrategia económica que ha favorecido que 17 millones de mexicanos vivan en extrema pobreza y que las clases medias se empobrezcan cada vez más.

4) El proceso de privatización de los servicios médicos se está dando de dos formas: una abierta vía la subrogación de servicios y otra velada por medio de seguros privados de gastos médicos. Al respecto escribe Cristina Laurell "La Ley del Seguro Social establece la opción de contratar servicios médicos para los trabajadores fuera del IMSS siempre y cuando la patronal y el sindicato lo acuerden. En este caso hay además reversión de la cuota correspondiente ...la nueva reglamentación sobre la participación del capital extranjero en el mercado de seguros aprobada en 1989 ...y el acuerdo de libre comercio con EUA..... abren la posibilidad de que los mercados médicos privados puedan transnacionalizarse"(1991).

La privatización de la enfermedad y de la autoatención parecen ser el trasfondo de la política de modernización. En el caso de las mujeres se pretenden que ellas atiendan sus partos, lacten a sus hijos, los críen ,sin apoyo estatal, además que atiendan a sus enfermos crónicos y ancianos. El nuevo proyecto de desarrollo se apoya en el trabajo genérico de las mujeres, en la autoexplotación que las clases sublaternas, hacen en su esfuerzo por sobrevivir(Menéndez, E. 1988).

El problema de la privatización es complejo y toca aspectos del pacto social establecido, los directivos de las instituciones de seguridad social niegan la posibilidad de la privatización de las mismas. Sin embargo como podemos ver este proceso no abierto, subterráneo muestra claramente éste proceso.

2. Las modalidades en la capacitación a parteras y los nuevos modelos de atención

2.1 Políticas sanitarias internacionales.

En México la capacitación a parteras se ha dado en forma importante desde hace más de veinticinco años. Es decir que existe una gran experiencia institucional en el trabajo con las parteras rurales (Mellado,V. 1989).

La declaración de Alma Ata en 1978 dió una nueva directriz a los políticas internacionales y modificó aunque en términos declarativos las perspectivas de la atención sanitaria. Dicho foro subrayó la importancia de la participación de la comunidad y el uso de los recursos disponibles y reconocidos por ella en la acción sanitaria.La orientación de las acciones de salud , obviamente, todos los recursos deberían estar organizados o coordinados por el sistema médico oficial. La Atención Primaria a la Salud (APS) adoptada por nuestro país , resulta particularmente atractiva en la implementación del modelo neoliberal.

La atención primaria a la salud (ATP) se definió como " la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías apropiadas y aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar con un espíritu de autoresponsabilidad. La atención primaria, a la vez que constituye la función central del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad. Y representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud"(OMS/UNICEF, 1978)

La capacitación a parteras bajo el nuevo esquema de la ATP logró un mayor impulso. En los años setentas, los organismos internacionales como la OMS recomendaron, impulsaron y propusieron a los diferentes países que optaran por la capacitación de las parteras rurales, tradicionales, empíricas, indígenas, comadronas, recogedoras, como se les ha llamado para mejorar la atención al parto y disminuir la mortalidad materna e infantil. Se calculaba en ese entonces que la partera a nivel mundial atendía del 60 al 80% de los partos sobre todo en los países llamados en vías de desarrollo. Asimismo las instituciones médicas no podían solventar el gasto en salud en dichos países, y brindar una atención bajo los esquemas de la medicina moderna a la mayoría de la población, sobre todo de las zonas rurales (OMS, 1979).

Aunado a lo anterior se "descubre" a nivel internacional la "medicina tradicional". Es decir que a partir del modelo sanitario desarrollado por China la medicina tradicional comienza a ser objeto de interés internacional. La medicina tradicional, que por centurias había cubierto a una gran parte de la población rural se vuelve "visible".

En 1977 se reúnen en Ginebra, Suiza expertos de los diferentes países convocados por la OMS con el propósito de proponer lineamientos para impulsar el desarrollo de la medicina tradicional, y definir las vías, señalar las dificultades y marcar las perspectivas para integrar la medicina tradicional a la medicina moderna.

Dicho grupo partió del concepto de medicina tradicional elaborada por otros expertos para definir la medicina tradicional africana: " la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.

La medicina tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral.

La medicina tradicional de Africa puede considerarse como el conjunto de prácticas, medidas, ingredientes y procedimientos de toda clase, sean o no materiales, que desde tiempo inmemorial han permitido a los africanos protegerse contra la enfermedad, aliviar sus propios sufrimientos y curarse a sí mismos" (OMS, 1978).

El Dr. Mahler ex director de la OMS señaló, con una actitud comprensiva hacia los médicos tradicionales que "muchos de los curanderos han recibido una larga formación en sistemas de medicina de venerable antigüedad, que habían descubierto ya métodos eficaces de tratamiento antes de que naciera la medicina moderna. Otros son depositarios de un saber empírico celosamente transmitido generación tras generación, que a lo largo de los siglos ha decantado una asombrosa suma de conocimientos prácticos, de aptitudes y de verdadera sabiduría en relación con las enfermedades, físicas, mentales y psicológicas que afligen a la humanidad" (IMSS, 1990).

Es importante destacar que la medicina tradicional parte de una cosmovisión particular del ser humano y de la enfermedad y no se trata de prácticas aisladas empíricas únicamente sino de algo estructural correspondiente a una cultura específica. La medicina tradicional se ha mantenido en grupos campesinos y étnicos y ahora en migrantes, en suma en las clases subalternas y no está relacionada con las estructuras económicas dominantes, aunque se ven indicios de que algunas de ésta prácticas como la herbolaria serán refuncionalizadas por la industria transnacional.

Uno de los principales rubros del documento de la OMS plantea la necesidad de fomentar la integración de los recursos tradicionales en salud con el sistema sanitario oficial y de informar al personal de las instituciones de salud de la importancia de integrar dichos recursos a un nuevo modelo mixto de prácticas médicas diferentes.

Dentro de este esquema las parteras ocupan un lugar preponderante. Tiempo atrás, unos 25 años en diferentes países como Filipinas, Ghana, Indonesia, Malasia, México ellas ya habían sido capacitadas. En algunos de estos países las parteras tradicionales se consideraban parte del plan nacional de desarrollo sanitario. Sin embargo en otros estaba prohibida su práctica o simplemente tolerada (OMS.1978).

2.2 Evolución en la capacitación a parteras en México.

Las estrategias para la capacitación de las parteras se han ido modificando a través del tiempo. En la década de los sesentas se decía que "los más grandes obstáculos que han entorpecido la infatigable campaña de la Secretaría de Salubridad (y sus esfuerzos por extender las modernas normas de higiene y atención médica a las regiones más inaccesibles) han sido los brujos y curanderos"..... y todos son parteros ..un rol donde poseen ..la mayor capacidad de daño"(Shendel, G. 1980).

Sin embargo en ésta misma época el Srio. de Salubridad propuso que " en lugar de oponerse simplemente y tratar de desplazar a los curanderos y médicos-brujos, el gobierno debía educarlos y hacer uso de ellos" (Declaración del Dr. Amézquita) ". La bruja-partera tiene que alimentarse de algún modo y frecuentemente es el individuo más importante en su pequeña comunidad"(Shendel, G 1980) .

El primer impulso que tuvo la capacitación fue el de combatir y anular sino todas, la mayoría de las prácticas que utilizaban las parteras y se pretendían convertirlas a través de un curso de un año en enfermeras adiestradas, que podían optar por trabajar en la Secretaría de Salud o como parteras independientes (Shendel, G, 1980) . Se crearon ocho centros de capacitación en varios estados del país. Después de tres años se habían capacitado 6,245 parteras ". Lo mejor del programa es que provoca un doble beneficio: no solo continúa aportando a la nación dos mil nuevas enfermeras auxiliares y parteras cada año, sino que también simultáneamente, elimina el gran número de curanderos ignorantes(y potenciales) que de otro modo hubieran arriesgado la salud y las vidas de la población rural aplicando tratamientos anticientíficos y antisanitarios"(Shendel, G. 1980) .

Este programa nos mostraría el extremo en la capacitación de las parteras. Luego siguieron otras estrategias si bien ya no orientadas a convertir en enfermeras a las parteras, sí a modificar muchas de sus prácticas. En los cursos se les llegó decir que si la parturienta no aceptaba por ejemplo parir acostada se negaran atenderla (Encuentro Nacional para la Capacitación de Parteras Tradicionales, México, D.F.junio 1991) .

Hay que recordar que los sesentas fue la época en que el sistema hospitalario estaba en plena expansión en nuestro país y que había mostrado sus beneficios en la atención médica altamente especializada. Y el modelo médico hospitalario y altamente tecnificado parecía el único camino posible en el combate a la enfermedad.

La siguiente década como hemos visto fue de profunda reflexión sobre la incapacidad de este modelo caro y sofisticado para dar una solución adecuada a los principales problemas de salud de los grupos mayoritarios. Así en la década de los setentas se da un impulso muy importante a la extensión de servicios médicos en el medio rural, y se adopta la estrategia de APS. En esta década se instaura el Programa de Extensión de Cobertura PEC, el Programa de Salud Rural PSR ambos de la Secretaría de Salud y más tarde en la década de los ochenta el IMSS COPLAMAR. Este último creó una infraestructura de servicios en las áreas rurales y conurbanas de las grandes ciudades. Dicho proyecto fue financiado con los excedentes de la venta petrolera y del endeudamiento del país con el capital extranjero. Al agudizarse la crisis y reducirse dicho gasto los servicios creados no dispusieron de los recursos básicos para su funcionamiento. Situación que hasta la fecha no se han superado. Sin embargo se logró aumentar la extensión de infraestructura sanitaria en el todo el país.

En relación a las estrategias de capacitación poco a poco fueron cambiando. En parte los cambios fueron propiciados por las propuestas de los organismos internacionales como la ATP. Se buscaron entonces nuevos modelos de atención más comprensivos de la culturas no hegemónicas y menos costosos. Se contempló la necesidad de establecer y mantener una relación más permanente con las parteras y lograr una mejor participación de ellas en los programas de salud. Por otro lado las experiencias adquiridas durante muchos años por los diferentes países en el adiestramiento a parteras puso de manifiesto que la atención materno infantil tradicional no se reducía a un conjunto de técnicas o procedimientos médicos prácticos, sino que era algo más complejo. Los sistemas de atención tradicionales respondían a una forma particular de explicar y ver el mundo. Y en ellas se conjugaban elementos, físico, técnicos, rituales y sobrenaturales que daban carácter e identidad a las comunidades.

De esta manera las estrategias en la capacitación se volvieron más razonables y comprensivas. Se pensó en combatir sólo aquellas prácticas que resultaban peligrosas o de dudosa utilidad y que se respetaran aquellas que no presentaran ningún riesgo a la salud de la madre y de la criatura.

Muchas de las prácticas ancestrales llevadas a cabo por las parteras que habían sido combatidas encarecidamente por la medicina hegemónica, años después demostraron su razón y

utilidad como: la posición encucillada para parir, el envolver el ombligo con tela de araña, que por sus propiedades antibióticas previene las infecciones, el mantener al recién nacido unido al cordón umbilical después del nacimiento hasta que saliera la placenta, ya que favorece la nutrición del bebé, entre otras (OMS, 1978).

Actualmente por los compromisos adquiridos por México en los foros internacionales como la Cumbre de la Infancia. El adiestramiento a parteras cobra nuevos bríos, ya que nuestro país se comprometió a descender en un 50% la tasa de mortalidad materno-infantil para el año 2000, para lo cual requiere adiestrar al mayor número de parteras rurales.

No obstante todavía existen diferencias importantes entre las instituciones que capacitan a las parteras en cuanto objetivos y operación de los programas de adiestramiento.

La SS tiene como objetivo adiestrar a las parteras rurales para mejorar la atención materno infantil, el IMSS régimen ordinario además, las adiestra para que implementen métodos de planificación familiar, y el IMSS SOLIDARIDAD les brinda además de lo anterior apoyo en la atención ginecobstétrica en sus clínicas y hospitales rurales.

Todas las instituciones mantienen como política no formar nuevas parteras y adiestrar sólo a las que ya lo son. Sin embargo, ante la migración campo ciudad, el cambio y la pérdida de los saberes populares sobre la salud de las nuevas generaciones y la edad de la mayoría de las parteras rurales, se están preocupando por alentar de alguna manera la formación de nuevas parteras. Es decir que hay un cambio en las formas de reproducción de las parteras rurales.

3. Las parteras y las instituciones de salud.

Las parteras son los recursos tradicionales que participan más tempranamente de las nuevas políticas de salud. Ellas son capacitadas para mejorar la atención materno infantil, canalizar oportunamente embarazos de alto riesgo, colaborar en la planificación familiar e intervenir en otras acciones de salud. Siempre supervisadas por las instituciones sanitarias.

Las parteras capacitadas que trabajan con las instituciones de salud tienden a ser el esquema predominante en la atención perinatal en el campo mexicano y éste será uno de los rasgos que las definirá a corto plazo a las parteras rurales. Son las mismas instituciones las que están fortaleciendo la acción de las parteras adiestradas. Al respecto menciona Virginia Mellado que la "partera empírica no adiestrada será

capacitada por el sistema oficial de salud y entrenada en los programas de adiestramiento, produciéndose una modificación sustantiva en la sistematización de sus conocimientos y una refuncionalización de sus prácticas" (1989).

Los terapeutas tradicionales como líderes reconocidos mantienen contacto con las distintas instituciones: sanitarias, económicas y políticas y pertenecen, de ser posible, a todas. Para sobrevivir es necesario que ellas interactúen con las instituciones oficiales y obtengan recursos y beneficios de esta relación para ellas y sus comunidades. Las parteras de la Sierra Norte de Puebla tienen carnet de IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS régimen ordinario y de SS, INI y de todas reciben medicamentos.

Otra forma que tienen los terapeutas tradicionales para permanecer y reafirmarse son las organizaciones independientes de médicos tradicionales. Dichas organizaciones ya empieza a expresarse, como el caso de la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas (OMIECH) que han desarrollado un programa de entrenamiento entre parteras.

Para las parteras la capacitación significa no sólo mejorar la atención al parto, o tener un sistema de referencia para sus pacientes, materiales y medicamentos, sino que le ofrece la posibilidad de modificar puntos de vista de ampliar su identidad, de tener experiencias diversas en otros escenarios, de incrementar su prestigio social y familiar así como sus ingresos. Los capacitadores de éste tipo de personal de Puebla mencionan que las parteras modifican sus viviendas, su manera de vestirse y cambian sus patrones de consumo, pero lo más importante es que cambian la imagen que tienen de sí mismas aprenden a valorar su quehacer y su saber, fortalecen su autoestima, como mujeres y como profesionales así lo expresa Tomasa Castillejos, Coordinadora Regional de Enfermería de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del IMSS Delegación Puebla.

Todos estos cambios se dan de una manera aleatoria al proceso de capacitación y mucho depende de la calidad y calidez de los adiestradores y de la manera como conduzcan el proceso.

Los obstáculos más importantes que se presentan en la integración de las parteras al sistema médico oficial provienen del burocratismo y del personal médico. Los médicos ofrecen resistencia por aceptar a las parteras como

colaboradoras. Esta lucha se da al interior de las instituciones. Muchas veces cuando las parteras llegan con sus pacientes a las que han detectado alto riesgo a los servicios de salud los médicos, los ginecologistas niegan la

validez a sus diagnósticos. Esta lucha de poder sólo se modificará si el médico, la enfermera o el administrador entienden que las parteras son recursos indispensables para lograr que los programas sanitarios lleguen a la población objeto y de mejorar la salud de las comunidades, por lo que la participación y el apoyo que se le brinde a ellas es fundamental.

Las parteras rurales pueden ser las mejores colaboradoras si se les dan los estímulos que ellas requieren y en ocasiones solicitan y se les trata con respeto y consideración. De lo contrario ellas optan por alejarse de las instituciones.

Se han diseñado algunas estrategias para mediatizar y modificar la actitud del personal médico hacia las parteras como es la "Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales" del IMSS-COPLAMAR dirigido fundamentalmente al personal médico que las capacita, donde se señala en los procedimientos "ganar la confianza de la partera a través de la sencillez, la modestia y la autocrítica, así como romper las relaciones de dominio-sumisión por medio de relaciones de igualdad y cooperación.....Comprender la organización y la conducta de la comunidad; es decir que la comunidad penetre en el trabajador de salud en lugar de intentar lo contrario". Esta forma de entender la capacitación es muy avanzada y muestra cambios fundamentales en este rubro (1988). Sin embargo en ninguna parte del programa se contempla la manera de integrar los conocimientos benéficos de la forma de atención de las parteras a las instituciones médicas. En este sentido se mantiene una visión unilateral y poco receptiva.

La capacitación es uno de los mecanismos más importantes para permear desde el punto de vista ideológico la práctica y la forma de vida de las parteras. Las instituciones médicas utilizan a las parteras como enlaces o puentes para introducir en la comunidad valores y concepciones de la medicina moderna. Así las parteras encarnan un conflicto entre los valores, costumbres y creencias que les han dado un estatus en su comunidad y los conocimientos que adquiere en el entrenamiento. Existe una gran resistencia por parte de ellas de modificar sus prácticas, pero a la larga muchas de ellas logran transformarlas. No obstante la capacitación incrementa los recursos de las parteras en la atención perinatal.

4. La legislación.

Durante el sexenio de Echeverría se legisló sobre la práctica de las parteras capacitadas. En el Diario Oficial del 25 de octubre de 1976 aparece publicado el Reglamento de Parteras Capacitadas. En el capítulo 13 del mismo se les autoriza realizar las siguientes funciones:

- a) Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en la comunidad, dando aviso al Centro de Salud que corresponda.
- b) Prescribir los medicamentos que esos casos requieran de acuerdo con los instructivos expedidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- c) Realizar las demás actividades que determine la SSA

El Reglamento en el siguiente capítulo establece las prohibiciones:

- a) Atienda los partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o de traslado de la enferma a un Centro de Salud, haga peligrar la vida de la madre o del producto.
- b) Realice intervenciones quirúrgicas
- c) Prescriba medicamentos de los expresamente autorizados
- d) Provoque abortos

El hacer oficial un reglamento de esta naturaleza significaba una voluntad política de capacitar si no a todas a la mayoría de las parteras del medio rural. Los directivos de los programas de capacitación calculan que existen actualmente en el campo unas 100,000 parteras (Encuentro Nacional para la Capacitación de Parteras Tradicionales, SSA 1991). Y es muy interesante ver que se les autoriza a prescribir medicamentos, esto significa un reconocimiento de su competencia profesional. Sin embargo después de casi dos décadas de haberse publicado este ley existen todavía un número importante de parteras sin adiestramiento. Como pudimos observar en la Sierra de Puebla.

5. Los modelos mixtos de atención.

Como parte del pacto social postrevolucionario dar servicios

educativos, sanitarios, económicos a la población rural de nuestro país ha sido un objetivo retomado por los diferentes gobiernos. En el caso de la salud se han ensayado desde hace unos cincuenta años, señala el Dr. Martínez Manautou 26 estrategias diversas para lograrlo. Sin embargo han tenido en común: a) ninguna continuidad b) han favorecido a núcleos muy pequeños de la población c) no han tenido réplica local ni nacional d) no se ha reconocido la existencia de un sistema tradicional y por supuesto el personal profesional prestador de servicios no ha sido deseable para ser incorporado a las comunidades, minimizando la participación de los habitantes de las localidades y teniendo muy poca respuesta hacia los servicios institucionales de salud" (1986). Esta experiencia acumulada en los servicios sanitarios parece haberse superado en la creación del IMSS-COPLAMAR actual IMSS-SOLIDARIDAD. Dicho programa atiende al menos declarativamente a una población muy grande unos 10 millones de habitantes de zonas marginadas, deprimidas y rurales donde viven los más desprotegidos, los más pobres, "los que menos tienen". Provee servicios no personales y personales en materia de salubridad, educación, atención médica. El Programa IMSS SOLIDARIDAD actúa en gran parte del territorio nacional. Cuenta con un sistema de referencia a otros niveles de atención tanto de la SS o del mismo IMSS-SOLIDARIDAD. Ha establecido programas de interrelación con los terapeutas tradicionales y tiene un contenido fundamental de participación comunitaria.

Esta fue la primera institución médica hegemónica que contempló abiertamente programas "mixtos", entre la medicina tradicional y la medicina oficial. Actualmente el Instituto Nacional Indigenista está instalando en los hospitales a los médicos tradicionales.

¿Pero que significa la interrelación con la medicina tradicional en la política actual? ¿Por qué sólo el régimen de solidaridad social abiertamente los ensaya?.

Significa que ha habido como hemos venido mencionando una modificación a nivel mundial de las estrategias sanitarias y políticas en la atención a la salud. Revela igualmente la incapacidad económica de los sistemas sanitarios de dar respuesta a la problemática de salud de la mayoría de la población, así como la existencia de recursos individuales, personales, familiares, grupales, comunitarios terapéuticos que intervienen en la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad. A la crisis del modelo médico hegemónico que ha sido incapaz de solucionar los problemas mayoritarios de salud de la población. Por otro lado pone de manifiesto que la participación comunitaria ha tenido resultados significativos en experiencias aisladas, pero demostrativas de las capacidades de cambio que tienen los grupos organizados de mejorar sus condiciones de vida.

La política sanitaria actual intenta capitalizar los recursos y esfuerzo de la sociedad civil dentro de una política globalizadora que ahora "reconoce", utiliza y subordina los sistemas e instituciones tradicionales en el cuidado de la salud.

Pero hay que subrayar que sistemas interrelacionado quiere decir sistemas "estructurados" desde la medicina hegemónica. La interrelación de la medicina dominante con la medicina tradicional es muy reciente.

Es un hecho que a respuesta social a la enfermedad es compleja y variada, porque los seres humanos somos complejos y variados, y que no puede haber una respuesta curativa única y estereotipada a un problema complicado y profundo que involucra diversos aspectos que van desde el género, la subjetividad, la clase social y la cultura. Y aunque las instituciones médicas hegemónicas combatan otras prácticas y no están de acuerdo con ellas, la población sigue recurriendo a estas.

Por ello cuando se trata de operar los programas de integración con prácticas terapéuticas diferentes se crean conflictos. En parte porque se descalifica desde la práctica médica oficial a las no hegemónicas y en los hechos se combate por el control y el poder del saber médico sobre las demás prácticas. Previendo esto el programa de interrelación contempla entre sus objetivos " Promover la sensibilización de los participantes.. de los terapeutas tradicionales y de los médicos institucionales" (IMSS. 1988).

Sistemas interrelacionados no quiere que se destinen recursos similares entre los dos o más sistemas que interactúan, Tampoco quiere decir cooperacion en la toma de desiciones, aunque se plantee que los terapeutas tradicionales se incorporen a los consejos de salud promovidos por el IMSS-SOLIDARIDAD por ejemplo.

Sistemas interrelacionados quiere decir participación de los recursos no institucionales bajo los criterio del sistema médico hegemónico, y dentro de los lineamientos que éste mismo marque.

Sin embargo coordinar los recursos disponibles para mejorar la atención a la salud de la población es a todas luces benéfico para ella.

6. Los mecanismos de "articulación".

El adiestramiento es la estrategia primaria que tienen las

instituciones para captar a las parteras. La segunda es el de motivarlas para que mantengan la relación con la instituciones.

Los mecanismo de articulación son variados y cada institución establece sus modalidades.

En la Guía de la OMS para Parteras Tradicionales elaborada en 1979, donde se marcan las estrategias para la capacitación de la partera se menciona que éste personal debe mantener una "articulación" (enlace entre dos piezas) flexible "para lograr que permanezca intacta la identidad de la partera rural y que ella siga sirviendo a la comunidad. Sólo deben establecerse vínculos no oficiales y flexibles entre ella y el sistema de salud organizado".

Se pensó en un primer momento que el adiestramiento a éste tipo de personal era una situación intermedia o temporal mientras el sistema de salud pudiera ofrecer atención médica al parto. Sólo Cuba logró ésta meta. Las parteras rurales en ese país fueron absorbida por sistema de salud (Araújo, B. et al. 1985). No obstante, en el resto de los países en "desarrollo" ésta posibilidad es remota. Incluso en nuestro país donde se ha incrementado considerablemente las extensión real de cobertura en los últimos tiempos , la cual se ve reflejada en un sensible incremento en la atención hospitalaria al parto en las zonas rurales (IMSS-COPLAMAR. 1986). Se prevéé que las parteras en el medio rural y marginal de nuestro país seguirán brindando cobertura a una parte todavía importante de la población .

La mayor falla operativa de la interacción entre las parteras y las instituciones ha sido la inconstancia de dichas instituciones (Elú de Leñero. 1982). Por contraste el programa de Puebla muestra los logros de un programa coherente que actúa a largo plazo.

DETERMINANTES MACRO Y MICRO SOCIALES DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS PARTERAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA

CAPITULO IV

1. Las características actuales del modelo de desarrollo socioeconómico en México.

La parteras rurales enfrentan junto con sus pacientes condiciones de salud precarias. Esta situación se debe en gran medida a factores estructurales del modelo de desarrollo y a la crisis agrícola que por varias décadas ha enfrentado el campo mexicano. Para entender los límites y posibilidades que el trabajo de las parteras tiene en el medio rural, es necesario reflexionar sobre los determinantes sociales que lo enmarcan, así como precisar las características socioeconómicas y demográficas de la Sierra Norte de Puebla.

La estructura social como hemos señalado determina las condiciones de salud de la población. Sin embargo no se puede hablar de una relación simple o mecánica entre los determinantes económicos y las condiciones de salud. La cultura media en forma importante dicha relación.

Para tener una idea más clara sobre las condiciones de salud de las mujeres en el campo en México hay que partir de la situación socioeconómica actual del país y en particular del medio rural.

México atraviesa por una profunda crisis económico social, producto de una crisis mundial por un lado y por otro resultado de un modelo de desarrollo impuesto por el gobierno mexicano a partir de los años cuarenta que ha acentuado la dependencia de nuestro país del capital extranjero.

En la década de los ochenta, los efectos de la crisis se acentúan en nuestro país debido al creciente endeudamiento y a las políticas que los organismos internacionales financieros imponen a los países llamados del "tercer mundo" para seguir otorgando préstamos.

A partir de la última década el gobierno. desarrolla como estrategia para enfrentar la crisis un modelo económico neoliberal, cuyas características más importantes son: el adelgazamiento del Estado. y la liberalización de la economía de mercado.

El adelgazamiento del Estado significa reducir la participación efectiva de este en las actividades productivas, de servicios y de bienestar social, delegando a la sociedad civil parte de las tareas que había asumido durante la época del "Estado benefactor". Se convierte así en un Estado "rector".

Entre estas medidas la venta de paraestatales afecta incluso aquellas empresas consideradas estratégicas como son las comunicaciones(el caso de la venta de Teléfonos de México).

Esta contracción del Estado se da en mayor medida en sectores considerados por éste "no estrategicos" para el desarrollo económico como son educación, salud, vivienda, entre otros. Incluso antes de la agudización de la crisis el gobierno mexicano había implementado una política de reducción del gasto público .

Las nuevas políticas de privatización y reducción presupuestaria se ven claramente en el caso del sector salud, donde la subrogación de servicios y atención médica son indicativos. En 1971 el gasto público total en salud fué de 13.8% y en 1979 sólo alcanzó el 9.6% (López Acuña, D. 1981).

La venta de las empresas paraestatales implica el desconocimiento de los derechos laborales de grandes sectores obreros, derechos que se habían reconocido después de años de lucha sindical. Todo esto revela un deterioro de la capacidad negociadora y de poder de los sindicatos.

En el campo, la crisis estructural se manifiesta en una crisis agraria caracterizada por un bajo rendimiento en la producción agrícola, una importante migración campo-ciudad dentro y fuera del país y una pauperización creciente de la población campesina e indígena. El proceso de empobrecimiento, explica Lourdes Arízpe, se traduce a nivel del campesino o trabajador asalariado "en un aumento de las cargas de trabajo para ellos en labores no remuneradas o pésimamente remuneradas, y el deterioro de actividades que antes le reportaban ingresos" (Arízpe, L. Aranda, J.1981).

El reducir los subsidios a los servicios y alimentos básicos, el fijar los precios de garantía de los productos agrícolas y el bajo salario tienen un costo económico y social muy

importante, que repercute en las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población.

EL argumento esgrimido por los representantes gubernamentales

en favor de dicha política se basa en que aquella alentaría la producción agrícola de exportación. Sin embargo, el Banco Mundial señala que ésta "no tiene un efecto significativo sobre las exportaciones agrícolas y sí logra deprimir la producción interna y agrava la miseria de millones de campesinos" (Excelsior 17 de enero 1988. Citado por Calva, 1988).

En México, los salarios durante el periodo 82-87 disminuyeron en un 61% en relación a 1981, por ejemplo, con el grave deterioro del poder adquisitivo de sectores importantes de la población.

La política de modernización propuesta por el gobierno para el sector agrícola se traduce en lo siguiente:

a) actualización de la tecnología en el campo, lo que significa fortalecer los procesos de modernización, mecanización, fertilización, control de plagas, mejoramiento genético. En suma seguir un esquema similar al de la revolución verde (Fritscher, M. 1990), la cual favoreció en los países que se implementó a los agricultores capitalistas y desplazó en el proceso a las familias de los trabajadores agrícolas hacia los cultivos de exportación y a los cinturones de miseria de las grandes urbes (Arizpe, L. 1978.).

Lo anterior se traduce en una crisis alimentaria y mayor dependencia del exterior, un incremento en los precios de los productos básicos, en fin, un aumento de la desnutrición que trae como consecuencia un deterioro creciente en la salud de la población, sobre todo de las mujeres y los niños.

En América Latina decreció en los últimos años la producción per cápita de cultivos de subsistencia en un 10% y se incrementaron en un 27% los cultivos de exportación (Barbach, F. 1978. citado por Arizpe 1981).

Las técnicas tradicionales agropecuarias dentro del proyecto neoliberal son vistas como un remanente del pasado que obstaculizan la modernización del sector y que hay que transformar o eliminar.

b) La producción se orienta a satisfacer la demanda del mercado internacional bajo el presente esquema de desarrollo y marca una diferencia fundamental con el programa del sexenio anterior, que daba prioridad a la autosuficiencia alimentaria. Se trata ahora de competir en un mercado internacional dentro del Tratado de Libre Comercio (TCL) de América del Norte, es decir mantener una economía más dependiente del mercado internacional, menos autosuficiente y más empobrecida (Collins and Moore. 1979. citado por Arizpe)

(Calva,J.L: 1988).

La desnutrición en el campo mexicano que ya era un problema grave en los ochentas se transforma en una verdadera crisis alimentaria. En 1979 el Instituto Nacional de la Nutrición concluyó en los resultados de la encuesta nacional de nutrición en el campo, que entre el 52% y 87% de la población rural infantil de la mayoría de las regiones en que se dividió el país, padecían desnutrición, por lo cual se habían incrementado las tasas de morbilidad infantil en esa población, ya que el 75% de las defunciones que ocurren por problemas infecciosos tienen atrás un cuadro de desnutrición (Calva,J.L. 1988).

c) El Plan Nacional de Desarrollo (PND) señala como protagonistas de la modernización a los empresarios agrícolas a los campesinos organizados y a los aparatos económicos ligados a ellos, como la Banca, dejando al margen del proceso a la inmensa mayoría de los campesinos que viven en una economía de subsistencia o infrasubsistencia o a los jornaleros (Calva,J.L. 1988).

Según el censo agrícola de la CEPAL, en 1986 el 83% de los productores campesinos estaban en un sistema de infrasubsistencia y subsistencia, el 17% mantenían una economía estacionaria que le alcanzaba para vivir y en algunos casos tenían un excedente que les permitía un mejor nivel de vida y sólo el 1.8% estaban dedicados al cultivo empresarial.

Los campesinos no empresarios tenían tierras de temporal poco accesibles y de bajo rendimiento, a diferencia de los empresarios agrícolas que poseían buenas tierras, bien comunicadas con tecnología agrícola disponible y fuerza de trabajo barata (IMSS-COPLAMAR. 1986).

Los campesinos que estaban en una economía de subsistencia constituían el 45% de los habitantes del medio rural, aproximadamente 10.3 millones de personas según esta misma fuente.

d) Para este vasto sector del campesinado los gobernantes han diseñado a fin de mantener el consenso, el control político y "compensar" los efectos de la crisis, el Programa Nacional de Solidaridad " dar más a los que menos tienen" (PRONASOL) con un componente muy importante de participación ciudadana que por muy amplio que se pretenda no alcanzará a cubrir las necesidades de los campesinos pobres del país.

El PRONASOL pretende " abatir la pobreza extrema y la inequidad "y busca "el desarrollo integral comunitario; elevando los niveles de salud, educación, alimentación vivienda e ingresos de grupos marginados" apoyándose en la

"corresponsabilidad ciudadana y la participación en la ejecución del Programa" (Solidaridad, 1989). Esta política meramente paliativa dirigida a los "extremadamente pobres" y basada en el reconocimiento de la "autoresponsabilidad" de los grupos marginados pretende ocultar la responsabilidad del gobierno en el empobrecimiento de la población, ya que el modelo neoliberal apoya a los sectores más competitivos y deja fuera a los que no lo son. De esta manera la premisa del programa SOLIDARIDAD se transforma en "dar más a los que tienen más".

e) Uno de los postulados más importantes de la modernización es el fortalecimiento de la propiedad privada. Actualmente se ha concluido el reparto agrario en varios Estados del país como el de Zacatecas, mediante la entrega de certificados de inafectabilidad (Martínez, S. 1993). Al consolidarse la propiedad privada se favorece el rentismo de parcelas ejidales y se limita la economía de subsistencia.

Es claro que el impulso que se pretende dar a la economía campesina está apuntalado por la burguesía agraria y los campesinos medios organizados a expensas de la creciente proletarianización y empobrecimiento de casi tres cuartas partes del campesinado mexicano.

No obstante que la crisis afecta a todos los habitantes del medio rural, son las mujeres y los niños los más afectados por ella. La ONU ha observado que se han incrementado las enfermedades en la población femenina de 15 a 45 años, y que al verse reducidos los ingresos en el medio rural la mujer compensa con su trabajo los efectos de la crisis. Se habla inclusive de un proceso de feminización de la pobreza. La pobreza entre los "hombres rurales se ha incrementado 30% en las últimas décadas, en las mujeres el aumento ha sido del 48% para el mismo periodo" (ONU. Excelsior 24 de febrero 1992).

En México la implementación del modelo neoliberal lo a llevado a ser uno de los países más pobres ya que el 91.9% de la población viven en la pobreza según un estudio coordinado por Luis Lozano en la Facultad de Economía de la UNAM (Universal 31 de marzo 1993).

1.2. Las modificaciones al Artículo 27.

Dentro de la política de modernización, un punto crucial que ha dado paso a numerosas polémicas son las modificaciones que ha iniciativa del presidente Salinas se han hecho al artículo 27 Constitucional, publicadas el 6 de enero de 1992 en el Diario Oficial.

No pretendemos agotar aquí esa discusión, sólo señalar algunos aspectos a nuestro modo de ver centrales que tendrán un impacto a corto o mediano plazo sobre las condiciones de salud del campesinado mexicano.

La antigua ley consideraba a la parcela ejidal como patrimonio familiar, por lo tanto no podía sufrir embargo y la transmisión se daba por herencia. La nueva ley elimina el carácter patrimonial de la parcela ; el titular de esta puede decidir su sucesión a quien el quiera. La mujer, la esposa no tiene, en caso de venta, derechos parcelarios; tiene únicamente derecho de tanto, es decir ser considerada preferentemente como compradora.

La parcela con las modificaciones a la ley pasa a ser propiedad privada sujeta a las leyes que rigen este tipo de propiedad. La parcela puede ser otorgada a sociedades mercantiles (antes no se podía), lo que expone al campesino pobre a vender, alquilar o empeñar la poca tierra que le pertenece y abre la puerta a la usura, el abuso y a la presión sobre los campesinos por parte de caciques regionales. La nueva ley, previene los especialistas del tema, tendrá un impacto negativo en los campesinos pobres, y favorecerá el latifundismo. La legislación actual no

establece límites a la propiedad privada, como explicitaba la ley anterior, que decía :

- "que la propiedad privada de la tierra debía estar en explotación"
- que no excediera las 100 has. de riego o su equivalente,

con ajustes en relación a la ganadería (500 cabeza), frutales (300 has.) y cultivo de algodón (150 has.).

-Prohibía a las asociaciones mercantiles poseer tierra.
(Taller Universitario de Asesoría a Campesinos)

Aunque la nueva ley mantiene cierta protección sobre las tierras comunales como el ejido común al señalar que es "inembargable, inalineable e imprescriptible" sin embargo es factible de cambiar, la propiedad comunal en propiedad privada. Esto significa no sólo el riesgo de que caciques o grupos económicos poderosos compren las tierras ejidales comunales sino que favorece los enfrentamientos entre los propios comuneros (Taller Universitario de Asesoría a Campesinos).

Las reformas al 27 cancelan el trato preferencial que tenía el ejido y las comunidades, en cuanto a privilegios fiscales (el pago de impuestos no podía ser mayor del 5% de la producción anual comercializada) así como otras facilidades de créditos y fomento a la industria.

Con las modificaciones a la ley se da fin al reparto agrario, es decir que se cancelan todas las expectativas de una parte importante del campesinado mexicano de acceder a un pedazo de tierra. (Taller Universitario de Asesoría a Campesinos. Rev Sociológica, Mayo-Agosto 1990. Cuadernos Agrarios 3, 1991).

La orientación del gobierno hacia la liberalización de la economía está tocando partes medulares de la forma de vida de la mayoría de los campesinos, de los campesinos más desprotegidos. Lo que traerá repercusiones importantes en las condiciones de vida y de salud para todos ellos, en particular para las mujeres, los niños y niñas del campo mexicano.

2. La Sierra Norte de Puebla.

Características socioeconómicas y demográficas.

Puebla se encuentra situada en el centro-oeste del territorio nacional. Limita con los Estados de Veracruz al Norte y Este, al Sur con Oaxaca y Guerrero, al Oeste con Tlaxcala, Hidalgo Morelos y el Edo. de México. Tiene una superficie de 33,995 Km cuadrados, cuenta con 217 municipios (INEGI, 1991).

Según el Censo de 1990 Puebla tenía 4 126 101 habitantes, con una tasa de crecimiento poblacional de 2.5. La densidad de población es de 122 habitantes por Km cuadrado. La población esta distribuida en un 60% en las zonas urbanas y en 40% en las rurales (INEGI.1990).

De acuerdo con un estudio elaborado por IMSS COPLAMAR donde se tomaron en cuenta 19 indicadores para conocer el grado de marginación de las distintas regiones de México; Puebla es considerado como un Edo. de alta marginación junto con Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Tabasco y Querétaro (1989). Dentro del mismo Estado existen diferencias importantes entre las distintas regiones, siendo de mayor marginalidad la zona de la Sierra Norte por sus características socioeconómicas, culturales e históricas.

La Sierra Norte de Puebla comprende 63 municipios y 1,430 asentamientos. Limita al Norte y al Este con Veracruz, al Sur con los municipios de Libres, Ocoatepec, Cuyoaco y Tepeyahualco, al Oeste con Hidalgo y al Sureste con Tlaxcala. Su extensión es de 8,412 km. cuadrados.

Forma parte de la Sierra Madre Oriental. Se caracteriza por elevaciones de diversa altura que van de los 500 a los 3000 metros. Predominan los bosques de maderas finas y los terrenos para ganado. La precipitación pluvial de la zona es de las mayores del país, entre 200 a 400 milímetros. Cuenta con 994, 252 habitantes, y una densidad de población de 118

habitantes por km cuadrado. Las poblaciones mas importantes son; Huauchinango, Teziutlán, Xicotepec de Juárez y Zacatlán. (INEGI. 1990).

Es una población casi totalmente rural. El 96% de sus asentamientos es de menos de 2,500 habitantes, donde vive el 67% de la población y 858 localidades de menos de 500 habitantes, donde vive el 14% de la población (SOLIDARIDAD 1992). Existen aproximadamente en la región 250,000 personas de origen nahuatl, totonaco, otomí y tepehua.

En la parte caliente de la Sierra se cultiva café que fué introducido en la región en el siglo XIX. Actualmente se cultiva en 42 Municipios en una superficie de 55.9 mil hectáreas. El cultivo del café impulsó el desarrollo de la región y desplazó a los cultivos tradicionales de subsistencia. Así, ésta, se volvió menos autosuficiente y más dependiente del mercado internacional. En 1990 se calculó que 26 mil familias dependían casi exclusivamente del café y que el cultivo en la zona requería de unos 20 mil jornaleros y cortadores. La tercera parte de los productores trabajaban como jornaleros para completar sus ingresos(SOLIDARIDAD. 1992).

Las variaciones en el precio del café dependen del mercado internacional. El periodo 91-92 fue muy crítico porque los precios bajaron. El kg de café cortado se pagó entre 250 a 450 viejos pesos. Hay una gran inestabilidad por esta razón en la economía de la zona (fuente directa entrevistas). Para el ciclo 93-94 continúa la baja en el precio de éste producto, a tal punto que el gobierno está diseñando planes de emergencia para aliviar la crisis en las zonas productoras.

Otra característica de la Sierra es el minifundio, Maricela Moreno señala al respecto "el minifundio es una característica de la Sierra Norte de Puebla, pero es también una estrategia del capital y del Edo. puesto que mantiene una masa de campesinos atada a un pedazo de tierra, que en parte destinan a la producción de maíz para autoconsumo, o la del café para completar sus ingresos". Esta situación permite mantener bajos los salarios, en la zona el jornal se pagaba en 1992 a 11,000 viejos pesos por día(fuente directa).

El café es un producto comercial pero no es un alimento y ha sustituido a otros cultivos como el maíz y la caña de azúcar en la zona.

Don Toño nos relató que "no convino el café este año. Yo sólo recogí la mitad y la otra la dejé en la mata a que se cayera. El kilo de café seco al sol se pagó entre 1300 y 1700 pesos"

La mujer participa en el corte de café como parte del trabajo familiar. Es el jefe de familia quien recibe el pago del trabajo que realizan las mujeres y los niños.

La participación de la mujer en el trabajo asalariado depende de la disponibilidad de fuerza de trabajo en el grupo familiar, de la migración, de la cantidad de tierra que tenga la familia y del acceso de ésta a los medios de producción. En las familias más pauperizadas es donde la mujer tiene que participar ampliamente de cualquier actividad para asegurar la sobrevivencia del grupo. Con el empobrecimiento los patrones culturales tradicionales en la división sexual del trabajo se modifican (Moreno, M. 1987).

Don Toño nos comentó: "es bueno tener muchos hijos para que lo ayuden a uno en el corte del café".

Las condiciones en las que se realiza el corte de café son difíciles: los terrenos son montañosos, húmedos, resbaladizos las caídas y los accidentes son frecuentes. Hay cambios drásticos de temperatura, ésta puede variar entre 18 y 30 grados C. lo cual provoca problemas respiratorios, favorecidos además por el mal estado nutricional (SOLIDARIDAD. 1992).

Cuando las mujeres se incorporan como asalariadas a cultivos como el del café ajustan su productividad al peso que puedan cargar. Si llevan un hijo pequeño en brazos o están embarazadas su productividad se ve reducida lo mismo que la paga. Ellas invierten tiempo en alimentar y cuidar a sus hijos e, intensifican su trabajo durante el tiempo disponible (Moreno, 1987).

El peso excesivo, el estar paradas muchas horas el mal estado nutricional favorece que se presenten hemorragias en las mujeres embarazadas, abortos, partos prematuros o desmayos.

Un estudio realizado en esta zona de Puebla en la comunidad de Jonotla por Maricela Moreno, sobre la explotación del trabajo agrícola en las mujeres arrojó los siguientes resultados: el 45% de las entrevistadas reportó que habían tenido cuando menos un aborto relacionado con el tipo de trabajo. El 27% de ellas se incorporaron al trabajo cuando se encontraban lactando. El 20% reportó haber tenido accidentes de trabajo y el 23% haber trabajado enfermas (Moreno, M. 1987).

En los últimos años el precio del café ha descendido en un 40%. El impacto de la baja del producto ha acentuado la emigración de la población hacia los centros urbanos, incluso

fuera del país, y ha deteriorado el nivel de vida de sus habitantes.

En la Sierra el cultivo de alimentos básicos es de bajo rendimiento, se siembra en las laderas de los cerros, muy inclinadas, con técnicas rudimentarias, semillas poco mejoradas. La mayoría de la tierra es de temporal y el cultivo está expuesto a los cambios climáticos que pueden provocar la pérdida parcial o total de las cosechas. La diversidad de productos agrícolas se debe a la variedad de microclimas de la zona: se cultiva maíz (107 mil hectáreas), frijol(14 mil hectáreas), cebada (9.4% hectáreas) y en menor medida haba, alberjón, chile, chícharo, ajo, tomate, cacahuete y hortalizas. En la zona de Huahuchinango flores (SOLIDARIDAD.1992).

La fruticultura ocupa una extensión de 2,500 hectáreas sembradas principalmente de manzanos, perales, duraznos, ciruelos. Los frutales son de tipo criollo y el producto de

estos de poca competitividad en el mercado. Aunque para algunos sectores de la población el ingreso por este concepto representa una parte complementaria o suficiente, que los protege de las pérdidas por los cambios climáticos de otros cultivos (SOLIDARIDAD.1992).

La ganadería sigue siendo importante, las principales especies son bovinos, ovinos, y porcinos, en menor medida caprino, caballar y otros. El cultivo es extensivo y poco tecnificado.

En el libro la Geografía de la Marginación concluyen que la marginación afecta "en mayor medida a Estados o regiones que presentan proporciones elevadas de población rural, de fuerza de trabajo dedicada a labores del sector agropecuario y de población indígena", como la Sierra Norte de Puebla (IMSS-COPLAMAR, 1986).

3. La cobertura de servicios médicos y otros satisfactorios.

La infraestructura de servicios es deficiente. Se puede observar en el Programa de Desarrollo Regional de la Sierra Norte de Puebla 1992-94, que en los 63 municipios que participan en éste especifican en sus proyectos la necesidad de instalar agua potable, caminos, electrificación, drenaje, clínicas, centros de salud, hospitales, escuelas, pavimento, organizar cooperativas, beneficios o huertos, conseguir fertilizantes y reforestar la zona (SOLIDARIDAD.1992).

3.1 Recursos humanos en la atención sanitaria.

En el Edo. de Puebla, según el censo 1990, trabajaban a nivel institucional en el sector salud 15,262 trabajadores

(médicos, enfermeras , odontólogos, trabajadores sociales, administradores, intendencia) en las siguientes instituciones, IMSS, IMSS-SOLIDARIDAD, ISSTE, SEDENA, PEMEX (Petroleos Mexicanos), SSA, INI (Instituto Nacional Indigenista) y UAP (Universidad Autónoma de Puebla). La mayoría de los recursos humanos se encuentran concentrados en los centros hospitalarios de las ciudades (INEGI, 1990).

En lo que se refiere a los servicios médicos existentes en la Sierra, en 1989 había 187 unidades de salud pública para 1,404 localidades, 119 de primer nivel ubicadas en la subregión de Huauchinango y 63 en la de Teziutlán. Las cinco restantes unidades de segundo nivel están localizadas en Chignahuapan, Teziutlán y Zacapoaxtla. Aproximadamente un 55% de la población carecía de servicios médicos oficiales, a pesar de que estos se han ampliado en el Edo. a través del IMSS, IMSS-SOLIDARIDAD. Estos son todavía insuficientes. Se calculó que había una relación de 7 045 habitantes por médico (SOLIDARIDAD; 1992. IMSS-COPLAMAR 1986).

La medicina tradicional cubre un alto porcentaje de la población. No obstante su importancia no aparece registrada en las estadísticas oficiales de salud. Sólo el IMSS y el IMSS-SOLIDARIDAD registran a estos terapéutas. Esta institución realizó un censo a partir de 1982 de terapéutas tradicionales en las áreas donde opera el Programa. En el Edo. de Puebla registraron a 1,232 médicos tradicionales (incluye a las parteras), un promedio de 5.8 de ellos por Unidad Médico Rural (UMR). El total de médicos universitarios era de 209 para atender a la misma población. Cabe señalar que los médicos académicos son jóvenes, pasantes que realizan su servicio social durante un año. La mayoría de los terapéutas tradicionales son gente mayor, con gran experiencia, residentes del lugar, que cuentan con el reconocimiento de su comunidad y comparten con el grupo una misma cultura (SOLIDARIDAD, 1992. IMSS, 1988).

En la subregión de Huahchinango Norte que abarca algunos municipios donde trabajan las parteras del estudio, existen 18 UMR para una población de 101 026 habitantes el IMSS tiene registradas 87 parteras rurales en la zona. Ellas han atendido 319 partos durante 1992 y la UMR 63 (Fuente directa archivos IMSS-SOLIDARIDAD 1992).

Esto nos muestra que la cobertura de las instituciones oficiales de salud es y seguirá siendo insuficiente todavía en muchas regiones del país y que específicamente en la Sierra Norte de Puebla, la medicina tradicional y familiar brindarán una cobertura todavía importante .

3.2 Las condiciones de salud.

La mortalidad general en la región es de 6.85 por mil habitantes, cifra ligeramente superior a la estatal. La mortalidad infantil es mayor en los municipios rurales con una tasa de 31.72 defunciones por mil habitantes en 1990. En la zona oriental dicha mortalidad se eleva a 42.8 en los municipios de Zacapoaxtla y Tlatlauquitepec (SOLIDARIDAD, 1992).

Las causas de defunción en general más frecuentes son en orden descendente: neumonías, gastorenteritis, diarreas, avitaminosis, desnutrición y anemia (las tres últimas agrupadas en un solo apartado) y accidentes.

La morbilidad en la Sierra Norte es la siguiente: en primer lugar las enfermedades infecciosas respiratorias agudas, intestinales, diarreas y ascariasis (parasitosis). En la Subregión de Huauchinango Norte aparecen en primer lugar las respiratorias agudas, seguidas por amibiasis , ascariasis, otras enfermedades trasmisibles, enteritis y otras enfermedades diarreicas, sarna, oxiuriasis, dermatosis, otitis y tricomoniasis vaginal todas ellas enfermedades transmisibles. Actualmente el paludismo ha vuelto a convertirse en un problema de salud pública en la zona (INEGI.1990).

Las enfermedades más frecuentes no transmisibles en Huauchinango Norte son anemia férrica, dorsopatias, infección en vías urinarias, transtornos de la menstruación, hipertensión arterial, deficiencias vitamínicas, picaduras de animales (fuente directa archivos IMSS-SOLIDARIDAD).

Las causas subyacentes de la morbimortalidad de la zona son producto de una deficiente nutrición, de carencia de servicios básicos, médicos, educativos y de la pobreza. Muchas de estas enfermedades y muertes podían ser evitadas. Estas precarias condiciones de salud, revelan los costos sociales del modelo de desarrollo, el cual favorece la marginación de grandes grupos de la población.

Los más afectados por las precarias condiciones de vida son las mujeres, sobre todo gestantes o lactantes, y los niños menores de cinco años (SOLIDARIDAD,1992).

La mortalidad materna en el Estado fue de 145 defunciones maternas en 1985 con una tasa de 99.00 por cien mil nacidos vivos registrados, tasa superior al promedio nacional que fué de 64.00. Las principales causas de la mortalidad materna en Puebla son las mismas que para el resto del país. A

continuación se enlistan en orden de importancia: las toxemias del embarazo, las hemorragias del embarazo y el parto, las complicaciones del puerperio, el parto obstruido, las causas obstétricas indirectas (SNS. 1990). La mayoría de las causas de la mortalidad materna en términos médicos pueden ser afrontadas si hay una detección temprana y oportuna de ellas o se dispone de servicios médicos y hospitalarios adecuados. Esto significa que mientras permanezca el acceso desigual a los servicios de salud las causas de la mortalidad materna no sufrirán modificaciones sustanciales . En este sentido el trabajo de las parteras es muy importante, ellas detectan y canalizar a las mujeres con riesgo obstétrico.

El panorama de las condiciones de vida y de salud que nos muestran estos datos revelan la importancia del saber y el quehacer de las parteras de la Sierra, así como la urgente necesidad de capacitarlas y ampliar los vínculos institucionales con ellas. Ellas enfrentan las mismas condiciones precarias de salud que sus pacientes. Muchos de los padecimientos que presentan los habitantes de la Sierra pueden ser solucionados desde el punto de vista médico, si se cuenta con recursos adecuados. En éste panorama de salud el trabajo de las parteras adquiere un gran significado.

LAS PARTERAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA.

Capítulo V

1.El grupo de parteras .

1.1 Antecedentes

Las parteras rurales que participaron en el curso de adiestramiento organizado por el IMSS, tienen las características de las mujeres de su región, de su etnia y de su clase. La situación de estas mujeres muestra como viven, como enferman y como mueren los habitantes de la Sierra Norte de Puebla .

Los cursos de capacitación a parteras rurales, forman parte de los programas establecidos por el Instituto desde hace diecisiete años en todo el país . El IMSS cuenta por ello, con una gran experiencia en el adiestramiento a parteras. Los cursos se programan obedeciendo a diferentes necesidades. El curso a que nos referimos, se organizó en marzo de 1992 con el objeto de crear una infraestructura de recursos humanos en la zona de influencia del hospital la Ceiba del IMSS-SOLIDARIDAD (en construcción), y apoyar el trabajo del mismo.

La promoción del curso en las comunidades estuvo a cargo del IMSS y del IMSS-SOLIDARIDAD. Acudieron 100 aspirantes , pero sólo había lugar para 40 personas. Se seleccionaron 40 parteras y parteros. Yo formé parte del número de inscritos.Una de las aceptadas se regresó al día siguiente a su comunidad porque no tenía quien cuidara de sus animales. A las parteras que no fueron aceptadas se les tomaron sus datos, para invitarlas a cursos posteriores y se les dio dinero para que regresaran a sus comunidades.

Los criterios de selección establecidos por los coordinadores fueron los siguientes: 1) que vivieran cerca de Nuevo Necaxa o de la Ceiba puesto que son los lugares en donde ellas deberán asistir a la reunión mensual y podrán canalizar a sus pacientes, 2) que tuvieran experiencia como parteras (más de 5 años atendiendo partos), 3) que físicamente se vieran fuertes 4) que provinieran de zonas indígenas.

Al curso asistieron 3 parteros: uno de ellos es asistente en una unidad rural de Solidaridad y ya ha tomado otros cursos de capacitación en salud, tiene 10 años atendiendo partos, aprendió con una partera. El otro es huesero y de ahí "se siguió atendiendo partos porque la gente se lo solicitaba", aprendió solo y el tercero sabe curar y desde hace 18 años atiende partos, le enseñó un médico. Ellos no aparecerán en el análisis. Me centraré únicamente en las parteras.

1.1 El perfil de las parteras.

El perfil de las 35 mujeres-parteras de la zona es el siguiente: la mayoría son casadas (solamente una de ellas no está casada ni tiene hijos), pero no todas viven con el esposo. Muchas están solas. Algunas de ellas refieren que empezaron a ejercer el oficio de parteras cuando enviudaron o se separaron. Hay un 11.4% de viudas en el grupo.

Ellas no ejercen el oficio de partera en forma exclusiva. Para sobrevivir, las parteras necesitan trabajar en el campo y realizar diferentes tareas remuneradas artesanales o de servicio.

El 83% de ellas son campesinas en diferentes modalidades: a) unas tienen un pedazo de tierra que cultivan familiarmente o con jornaleros contratados, b) otras son medieras, sobre todo las más viejas y que se encuentran solas, c) la mayoría cultivan su parcela y se contratan como jornaleras agrícolas durante la época del corte del café. (Moreno, M. 1987). Doña María dice que llega a cortar sola hasta cien kilos de café por día.

Ellas han mencionado que el pago por sus servicios es muy bajo y lo consideran como un ingreso complementario dentro de su economía. Cobran entre 60 y 100 mil viejos pesos por atender un parto. Esta tarifa incluye a veces el baño de temazcal (un médico cobraba entre 400 y 800 mil viejos pesos por atender un parto). La mayoría de las parteras y sus familias depende del campo, los cónyuges se dedican generalmente a ésta actividad.

Una de ellas hace comales, las demás se contratan en servicios como: lavanderas, costureras o participan en actividades comerciales vendiendo fruta o comida para ayudarse. Todas trabajan en el hogar.

Trabajar en la parcela o en las finca cafetalera no exime a la mujer del trabajo doméstico. Así ellas incrementan su carga de trabajo cotidiano. La falta de servicios como agua potable, gas, etc. dificultan y sobrecargan aún más el trabajo doméstico. El cuidar a los otros constituye parte de la actividad genérica de las mujeres y lo hacen dentro de sus quehaceres cotidianos.

Las parteras describen así un día de trabajo: entre 4 y 5 de la mañana se levantan para ir al molino, cuando regresan a casa prenden el fogón, echan las tortillas, preparan el café, dan el desayuno y preparan el itacate para sus esposos e hijos, lavan, planchan, cuidan a los animales, atienden a

sus pacientes, cuidan (atienden a sus paciente) y vigilan el trabajo de los jornaleros cuando los tienen, van a trabajar al campo, preparan la comida, lavan los trastes.

Dentro del conjunto de actividades diarias realizadas por las parteras la curación es una más. Aunque no siempre como ellas dicen "las llegan a buscar". El tiempo que ellas dedican a la curación depende de los recursos con que cuenta la familia . Si tienen apoyo familiar ellas pueden disponer de más tiempo libre para dedicarse a curar o capacitarse. Como vimos una de las seleccionada no pudo quedarse, las demás pudieron permanecer fuera de su casa por dos semanas. Algunas de ellas no quisieron visitar sus hogares el fin de semana, decían que si regresaban allí "ya no las iban a dejar venir."

El 31.4% son curanderas con diferentes especialidades, como yerberas, hueseras, curan ojo, hacen limpias. Pero sólo una de ellas se dedica totalmente a la curación. Durante el curso, casi todos los días la llegaban a buscar de diferentes comunidades.

De acuerdo a su experiencia profesional como parteras, el 14.2% tienen diez años o menos de ejercer el oficio, el 34% lo han ejercido entre 11 y 20 años , el 48.5% entre 21 y 30 y el 5.7% tienen 31 años o más de ser parteras. Solamente una de las asistentes al curso no había atendido partos y aceptaron que se quedara porque insistió mucho.

El 74.2% de las parteras son analfabetas, y sólo el 25.7% saben leer y escribir. El 11.4% tienen escolaridad, de este porcentaje el 5.7% cursaron hasta zero de primaria, y otro 5.7% hicieron estudios de secundaria.

En cuanto a la forma como aprendieron a atender los partos, el 65% de las parteras expresaron que habían aprendido "solas el oficio" al atender sus propios partos o ayudando a algún familiar, el 28% aprendió con otra partera y el 5.7% con un médico. Un 5.7% dijo que seguía el oficio por tradición familiar e hicieron referencia a la abuela. "Las parteras no tienen muchas veces la conciencia de la trascendencia del trabajo que realizan", así lo señala la Enf. Tomasa Castillejos, Coordinadora Zonal de Enfermería en Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, Puebla.

Las parteras de esta parte de la Sierra viven en una región considerada por el IMSS-COPLAMAR(COPLAMAR, 1986. SOLIDARIDAD, 1991) como de alta marginalidad como se vió en el capítulo anterior. Así lo muestra el perfil de las parteras, ya que si comparamos a éste grupo con otros grupos que viven en la zonas urbanas o suburbanas de Puebla, que trabajan con el IMSS. se notan diferencias

significativas entre ellas. Las parteras que viven en dichas zonas presentan menor analfabetismo, mayor escolaridad incluso algunas de ellas tienen estudios de enfermería y el oficio de parteras lo aprendieron generalmente con un médico (Fuente directa, archivos del IMSS).

Los patrones de medicación entre unas y otras son diferentes. Las parteras de nuestro estudio utilizan en la atención al parto aceites, alcohol, vickvaporub, mertiolate, a diferencia de las parteras de las zonas urbanas y suburbanas que tienen muchos años de trabajo con el IMSS. Estas usan medicamentos para acelerar el parto como Netrigen, o Prodolina para el dolor. Parece que existe una relación entre urbanización y consumo de medicamentos (fuente directa entrevistas a parteras que tienen años de trabajo con el IMSS).

Según los coordinadores de la capacitación, el grupo de parteras de Nuevo Necaxa es uno de los más difíciles con los que les ha tocado trabajar, porque la mayoría son analfabetas, pocas han tomado capacitaciones previas, un porcentaje alto son monolingües y por ello la comunicación es muy difícil.

El 71.4% de ellas hablan alguna lengua indígena: nahuatl, totonaco, otomí. El 22.8% sólo hablan lengua indígena y entienden el español con diferente grado de dificultad.

Al curso asistieron dos mujeres con rasgos no indígenas, Doña Claudia y Doña Toña. Ambas rubias, más altas que el promedio sabían leer y escribir y no hablaban ninguna lengua indígena. Las dos estudiaron primeros auxilios, trabajaron en una clínica rural y un médico las enseñó a atender partos. El resto del grupo eran mujeres que presentaban rasgos de los grupos étnicos.

Las que eran consideradas por ellas y por los demás como indígenas se distinguían por ser monolingües, lucían el vestido tradicional y casi todas andaban descalzas. La mayoría eran totonacas (11), había una nahua y otra otomí.

Las totonacas llegaron acompañadas desde su comunidad por una joven. Ella ya no vestía a la usanza tradicional, cuando terminó el curso regresó por ellas. Comentó que no conocían el lugar y que por eso las vino a dejar y a buscar.

El 22.8% de las parteras sólo hablaban la lengua materna. La forma de comunicación entre ellas y los coordinadores era mediante un traductor. Sin embargo entendían el español algunas mejor que otras.

Cuando se les pidió que se presentaran se cubrían la boca con el huipil al hablar, y después un rato con gran esfuerzo, dijeron su nombre. A la semana ya no se tapaban la boca, se acercaban y trataban de conversar aún en lenguas distintas. Una de ellas me comentó que le habían hecho una operación de un tumor que tenía en el cuello en el Seguro Social. Porque su hijo trabajaba en México y se le había llevado a la ciudad para que la atendieran. Había permanecido 4 meses allá.

No obstante que la comunicación humana se puede dar independientemente del lenguaje oral, en el caso del curso donde se trataba de que ellas aprendieran e incorporaran nuevos conceptos y técnicas a su práctica profesional, la lengua es una barrera muy importante, que confina a las mujeres a una situación de marginación étnica.

Si bien todas las parteras provenían de alguna étnia, y tenían rasgos indígenas se diferenciaban por ser : monolingües, bilingües o trilingües. La mayoría de las dos últimas ya no portaban el traje tradicional, usaban zapatos y algunas habían ido a la escuela y se consideraban mestizas. Hablar la lengua dominante constituye para las mujeres un recurso importante para mejorar su situación dentro y fuera de sus comunidades.

En cuanto a las condiciones de salud de las parteras del grupo. La mayoría de ellas presentaban problemas de salud crónicos. Dos mujeres del grupo tuvieron que ser internadas en el hospital de Nuevo Necaxa, una por un problema asmático y la otra por un cólico en la vesícula. Una más mencionó que tenía un dispositivo hacía diez años, que le causaba comezón y que se lo quería quitar. En el hospital la enviaron a la Unidad Médica Rural de su comunidad para que la atendieran allá.

La mayoría de las parteras manifestaron tener dolores musculares en la espalda, cadera y en la cabeza. Una de ellas mencionó que a ella "siempre le dolía la cabeza".

Un número importante de ellas llevan las huellas de desnutrición, avitaminosis y anemia. Bajitas, enjutas. Una de ellas tiene signos de raquitismo, y otra de ellas presenta sobrepeso.

Los responsables del Programa mencionaron que en el grupo de las 400 parteras capacitadas que tienen en el Estado, 6 de ellas padecen cáncer y están bajo tratamiento en el Seguro Social. Tres lo tienen localizado en el cervix. A los coordinadores les parece alta la prevalencia de esta enfermedad.

El cáncer uterino es consecuencia de las relaciones sexuales precoces, la alta paridad, la mala higiene y de la recurrencia en infecciones virales. Este conjunto de factores de riesgo lo reúnen la mayoría de las parteras de Puebla (SNS. 1990).

Los coordinadores señalan que tienen detectadas unas 10 a 15 de ellas diabéticas, que están bajo tratamiento médico.

En suma las características generales del grupo son las siguientes la mayoría: son mujeres mayores de 50 años, que tienen más de 15 años de experiencia profesional. En general refieren que aprendieron solas el oficio. Su aspecto es el de las campesinas pobres del país, con algunas excepciones. La mayoría mantienen precarias condiciones de salud. Y aunque aparentan una gran pobreza han tenido el valor de sobrevivir a la orfandad, el abandono, el maltrato y constituirse en parteras. Es decir, son las mujeres que se han destacado, las que tienen un reconocimiento público en sus comunidades. Muchas de ellas llevan las huellas de las violencia en su cuerpo, como el embarazo temprano, la desnutrición, la avitaminosis o cicatrices (una de ellas está mutilada).

El fenotipo de las parteras de la Sierra es en general el siguiente: son mujeres bajitas (no más de 1.50 mts) con el pelo largo, canoso, trenzado. A veces descalzas, de manos toscas, irsutas por el rudo trabajo pero suaves a la vez. De complejión variable pero generalmente delgadas, enjutas, de mirada triste y apagada las de mayor edad y despierta y vivarachas las mas jóvenes. Actúan pausadamente .

2. La vida de la mujer-partera.

2.1 El proceso de formación de las parteras

2.1.1 El ciclo de vida

En el grupo de parteras de Nuevo Necaxa existe 8.5% de huérfanas o abandonadas por sus padres, que fueron recogidas o criadas por sus parientes, tíos, abuelos o padrinos.

La orfandad obligó a las niñas desde pequeñas a cuidar de sí mismas y de sus hermanos menores. Doña Ernestina nos contó que cuando su madre murió, fueron ella y sus hermanos a vivir con su abuela. Tenía una hermana mayor y un hermano menor, de dos años. En ese entonces ella tenía cinco años. Con su abuela vivían otros nietos huérfanos . Así es que Ernestina y sus hermanos comían lo que sobraba de la cazuela, cuando quedaba algo, dormían en cualquier rincón de la casa. Durante la noche, ella cubría a su hermanito con su falda porque él no tenía calzoncitos y hacía mucho frío ahí,

por eso "siempre andaba chamagosa". No obstante su abuela la mandó a la escuela y es de las pocas parteras del grupo que sabe leer y escribir.

Doña Ernestina aprendió a cuidar de ella y de su hermano siendo muy chica .Cuidar a los hermanos más pequeños es una tarea común de las niñas del medio rural y marginal de las ciudades. Sin embargo lo que se desprende del relato es que ella asumió la responsabilidad de la sobrevivencia del hermano y así lo refiere con mucho orgullo.

Su padre no se volvió a preocupar por ellos y al poco tiempo se casó nuevamente. Doña Ernestina al igual que muchas otras mujeres del campo tuvo que echar mano de todos los recursos disponibles a su alcance para sobrevivir desde muy pequeña. Esta forma de enfrentar la vida , más tarde favoreció que ella se hiciera partera.

El cuidar a los otros es parte de la experiencia cotidiana de las mujeres del campo, no sólo de las huérfanas. Desde los seis años las niñas en el medio rural ya se han incorporado a las tareas domésticas y al cuidado de los hermanos. (Fromm, E. Marccoby, M. 1990)

Doña Rosa nos comentó que su mamá no quiso que siguiera estudiando (ella cursó hasta tercero de primaria) para que la ayudara en el cuidado de sus hermanos y la casa. Doña Rosa quería seguir asistiendo a la escuela y lloraba porque no pudo continuar. Su mamá la ponía a moler nixtamal en el metate y para poder hacerlo mientras cuidaba a su hermano pequeño lo amarraba con el rebozo a su espalda.

Los niños en el campo tienen responsabilidades de adultos desde chicos, en el trabajo de campo los hombres y en la casa las mujeres. Sin embargo los niños tienen más oportunidades de estudiar y mayor libertad de movimiento. Las niñas están recluidas en la casa, tienen menos oportunidad de estudiar y se ejerce sobre ellas mayor control y vigilancia (Fromm, E. Marccoby, M. 1990) .

2.2.1 El matrimonio y la vida conyugal.

A una edad temprana, a los 12 o 13 años ,la mayoría de las parteras de Puebla al igual que un número importante de mujeres del campo, inician su vida conyugal. Unas se casaron, otras fueron robadas por hombres generalmente mucho mayores que ellas (aproximadamente de unos 20 o 25 años). La costumbre de robar a las mujeres es común en algunas comunidades rurales de México, frecuentemente después del rapto la pareja se casa ,o inicia una relación permanente.

A Doña Ema se la llevó un hombre a los 13 años, a los catorce tuvo el primero de sus doce hijos, al igual que Doña Ernestina, Doña Berta y Doña Soledad.

El cambio a la vida adulta de las mujeres de campo consiste en que dejan de cuidar a sus hermanos y empiezan a cuidar a sus propios hijos. Sin embargo tener una pareja e hijos les da a las mujeres y a los hombres otro estatus en su comunidad. Puede ser el momento en que los familiares les proporcionen algunos recursos para que se establezcan, como un terreno o una casa. El emprender una relación conyugal permite a la pareja demostrarse a sí mismos y a la comunidad su capacidad reproductiva, ella como madre y ama de casa, él como sostenedor o proveedor de un hogar. Tener la posibilidad de disponer de sus recursos o de decidir sobre estos, pueden ser algunos de los atractivos que ofrece una relación. Sin embargo, esto no sucede en todos los casos ya que muchas veces las mujeres van a vivir a la casa paterna de los muchachos en una total subordinación familiar.

Las mujeres pasan de una situación de obediencia y sumisión a los padres, a la del esposo o sus familiares. Las parteras de nuestro estudio, como muchas mujeres del medio rural no cuestionan la autoridad del hombre sobre ellas, los golpes o castigos forman parte de la forma de ejercerla.

Si bien el cambio de hijas a madre_esposas es beneficioso para algunas mujeres. El robar a una muchacha sin su consentimiento, disponer de ella, embarazarla antes de que alcance su madurez, aunque culturalmente sea aceptado, significa exponer a la mujer a riesgos para su salud. Significa dejar signado el cuerpo (me refiero al cuerpo como una totalidad, física, mental y espiritual) de la mujer por diferentes formas de violencia.

Nos contaba Doña Tina " mi papá fue muy cruel. Cuando supo que un muchacho me pretendía me aventó un cuchillo, que yo paré con mi mano, casi me la cercena; me dijo que prefería verme muerta que casada con él, dejó de golperme cuando vió que me salía mucha sangre. Yo tenía trece años y ni siquiera me ineteresaba ese muchacho. Me hubiera podido decir las cosas de otra forma. Todavía me acuerdo de ese día"

El relato nos muestra la autoridad casi absoluta y la violencia que ejercen los hombres sobre las mujeres en el medio rural. La mayoría de las parteras hacen referencia a los maltratos y golpes de que han sido objeto por parte de esposos, hermanos, o padres.

A una de ellas, su hermano le cercenó la mano con un machete durante una discusión que tuvo con él. Ella lo había cuidado desde pequeño.

Sin embargo la mutilación no la ha limitado en su trabajo como partera; "yo hago prácticamente todo, coso, lavo, plancho, atiendo a las mujeres. Lo único que no he podido volver hacer es tejer".

La historia de esta mujer es un ejemplo de lucha contra la adversidad y el uso adecuado de sus recursos vitales. Y nos muestra la fuerza de las mujeres por sobrevivir, por ser.

2.2.2 La maternidad

Todas las parteras, excepto una, han tenido hijos. Tener hijos y ser madre constituyen a la mujer, sobre todo en culturas ligadas a la agricultura. La maternidad es una de las formas como aprenden las mujeres a ser parteras. Sobre todo las que no han tenido acceso a la educación formal, como en este caso. Sin duda la maternidad es uno de los aprendizajes más relevantes de su saber y su quehacer.

Son muchas las circunstancias que favorecen que las parteras atiendan solas sus propios partos:

- a) por las contingencias no previsibles en la presentación del parto,
- b) porque la mujer es muy joven cuando tiene su primer hijo, y no reconoce el momento,
- c) porque no les gusta que las vean otros, por pena o pudor,
- d) porque están solas o han sido abandonadas.

Estas son en síntesis las razones esgrimidas por las parteras de Puebla, cuando se les preguntó el motivo por el que autoatendieron sus partos.

En el capítulo 2 hemos mencionado que el momento del parto es un hecho colectivo donde participa toda la familia. En términos generales así es, pero en cada caso las circunstancias cambian. Autoatenderse puede significar abandono, soledad, rechazo, purgar una culpa en sentido negativo. Pero en términos positivos le da a la mujer gran valor, fortaleza, seguridad. Ellas expresan con un dejo de orgullo su capacidad de enfrentar el parto solas y es sin duda una de las experiencias que contribuye a que estas mujeres se formen como parteras.

Así lo expresa Doña Berta "yo me atendí sola de tres partos porque mi marido andaba con otra, y yo estaba sola. Después empecé a ayudar a mis familiares"

También el ayudar a otras mujeres es parte del aprendizaje de las parteras.

- "Mi hermana se había ido con un hombre que a mi abuela no le gustaba y no le hablaba. Mi hermana vivía enfrente de nosotros y un día me empezó a gritar Rosa, Rosa, ven!. Yo fui

y estaba a punto de tener su niño. Me dijo: ayúdame, yo ni sabía qué hacer, pero la tuve que ayudar. Fueron gemelos, los dos nacieron bien pero uno se murió después"

-"Empecé atender partos a los catorce años yo todavía no tenía hijos, no sé ni como empecé"

-"Mi cuñada tenía dos noches con dolores y no podía tener a su hijo. Yo le dije, yo te arreglo, la sobé, la manteé y la acomodé a la criatura que estaba atravezada. Después la mujer se encucilló y tuvo la criatura. Mi mamá me decía "no seas cochina, no te mojes ,a mi me da asco hacer eso". Pero como vieron mis familiares que yo podía hacerlo, me siguieron llamando para atender partos".

2.3 La tradición familiar y otros mecanismos de transmisión

La transmisión del oficio de partera se da de madres a hijas o nietas. Empezan ayudando a sus madres y poco a poco van aprendiendo y atendiendo a sus pacientes.

-"Empecé desde los 10 o 12 años a ayudar a mi mamá. Un día llegó una señora para atenderse con ella, pero no estaba, así es que la tuve que atender yo sola. Las dos nos pusimos a llorar, pero todo salió bien"

-"A mi hermana se le presentó el parto y estábamos solas, yo la atendí y como mi abuela era partera me había fijado como lo hacía y así lo hice".

-"Mi abuelo fue curandero y mi abuela partera, pero yo nunca los vi. Empecé a estudiar primeros auxilios y me gustaba ver como el Dr. atendía los partos. El me enseñó a palpar. Un día atendí a una de mis cuñadas".

La forma como se constituyen las parteras rurales es a la vez común y diversa, pero lo que más pesa en la formación de ellas, sobre todo si no han tenido escolaridad, es el entrenamiento genérico, solidario, que se da entre mujeres en los momentos difíciles de la vida, como el parto.

Las nuevas generaciones sin embargo, heredan la tradición pero buscan el reconocimiento de las instituciones hegemónicas. Las hijas de algunas de ellas estudian enfermería, primeros auxilios o medicina. En ese afán de ser y no ser como sus madres incursionan en el medio académico y trasladan las fantasías maternas de escolaridad, reconocimiento formal, a la realidad. Existe una fuerte presión en el medio rural para que los hijos estudien y tengan acceso a otra forma de vida. La educación es vista sobre todo para el que no ha tenido acceso a ella, como un medio para escalar socialmente y convertirse en "el otro", el que sí la tuvo.

La hija de Maria estudió medicina. Ya no es lo que ella fue. Se separa de su madre , pero al mismo tiempo su hija continúa su labor.

Me decía Doña Maria: "mi hija estudió medicina, cuando puso aquí su consultorio yo puse un puesto de sopes en el mercado".

En el grupo solamente hay dos mujeres que aprendieron primeros auxilios y ha atender partos con un doctor.

2.4 El proceso interno en la constitución de la partera.

El proceso interno, subjetivo que conforma a las parteras rurales es un elemento fundamental en su formación. Ellas asumen que son capaces de auxiliarse y ayudar a otras mujeres durante el parto. Esto significa que ellas reconocen que han sabido actuar en el momento oportuno y han salido avante obligadas quizá por su propio destino. Este hecho marca el inicio de su vida como profesionales. Ellas lo describen como una revelación , un momento de inspiración, que ellas interpretan como un diálogo interno entre ellas y Dios. Ser partera es un don que se les da, una misión sagrada que les designa una voluntad superior. Así lo expresa Doña Tina : "Dios me iluminó para saber que hacer. Yo sola y Dios los únicos que me enseñaron".

Pero para que se establezca una continuidad entre esta vivencia interna y su diario hacer, es necesario que los otros reconozcan su saber y su quehacer. En la medida en que los otros lo ven y lo refuerzan, en esa medida la partera se reafirma como especialista.

Este proceso de interiorización no excluye a las parteras que han recibido un aprendizaje al lado de otra partera o médico. En este caso el separarse del tutor es otra modalidad del mismo.

3. La práctica profesional

3.1 La atención perinatal

3.1.1 Como atienden las parteras: el embarazo, el parto y el puerperio

Cuando una mujer está embarazada y llega a ver a las parteras ellas la soban suavemente en el vientre con aceite, le preguntan cuando fue la última vez que se "señaló" (que menstruó) y calculan con gran precisión el tiempo del embarazo y la fecha probable de parto, dice la Enf. Tomasa Castillejos.

Le indican a la mujer qué debe comer: " yo le digo que no coma caldo de pescado o de pollo, en los primeros meses porque no les cae bien".

- "No es bueno que coma cosas frescas como quelites, nopales o jitomate".

- "Es mejor comer carne de gallina solamente".

Algunas mandan a sus pacientes con el médico o al centro de salud para que las revisen y vean si todo está bien. Periódicamente las embarazadas asisten a la casa de las parteras para que las soben y les acomoden la criatura, y no tengan complicaciones durante el parto.

Si la mujer tiene problemas para retener al niño "se le da yerba santa, romero, tochomite y chilileo".

Cuando se presenta el parto, las parteras preparan su material y equipo que consiste en tijeras, mertiolate, yerbas, aceites y vickvaporub. Y desde su corazón se encomiendan a Dios, a Jesús, a la Virgen del Perpetuo Socorro, de Guadalupe o de la Natividad según la devoción de cada una, para que las ayuden y puedan salir todos adelante.

Los aceites se usan para sobar a las mujeres y paladear a los niños (con el dedo embarrado de aceite sacan las flemas al recién nacido para que pueda respirar). Las yerbas las utilizan para tés, o baños. Tés para acelerar el parto, o para que salga la placenta y para bañar al niño.

Las parteras le recomiendan a las pacientes que para el parto preparen trapos y agua limpios. El parto se lleva a cabo en la casa de las parteras o de las parturientas. En el cuarto que se ha dispuesto para tal efecto, con sábanas, se aísla un rincón y se ponen los trapos sobre el petate para depositar a la criatura.

Las posiciones que se acostumbran en la zona para que las mujeres tengan sus hijos son: encucilladas, hincadas, sostenida de unos mecapales que penden del techo o acostadas. La posición depende de las costumbres de cada lugar o de la decisión de la mujer.

Si las mujeres paren colgadas del mecapal, los maridos se colocan atrás de ellas y las presionan durante la contracción. Las parteras se ponen adelante o atrás de la paciente dependiendo de la posición de la parturienta.

Para apresurar el parto acostumbran dar "yerbabuena con chocolate y té de acuyo".

Cuando nace el niño se acomoda y se limpia , con un trapo. Se paladea y se espera que salga la placenta. Lo más común es que las parteras corte el cordón después que cae la placenta. El cordón se corta de diferente tamaño según el sexo de la criatura. Una vez que sale la placenta, la revisan para ver si está completa. En la placenta ellas mencionan que pueden ver si la madre tendrá más hijos. Al bebé lo limpian y le arreglan el ombligo "con pedazos de ropa de hombre bien limpia y serenada, para que no se enferme.

Muchas veces las parteras cuando nace la criatura, la bautizan, ya que la mortalidad infantil es muy alta, independientemente de que más adelante se realice la ceremonia religiosa.

En esta zona acostumbran enterrar la placenta en el patio de la casa en un hoyo profundo para que no la saquen los animales. Algunas parteras cosen la placenta con un hilo, la ponen en un tenate y la entierran para prevenir los entuertos. Otras la entierran "con ajo, cigarro y refín para que no le de enfermedad a la tierra o al niño".

Si la placenta no sale, le dan a masticar a la mujer yerbabuena, huevo ó agua de huitlacoche para que le provoque asco y contraiga el vientre; la ponen a caminar o asan hojas de sávilá o acuyo y las colocan en el vientre de la mujer lo más caliente que aguante. Si no sale con estos remedios jalan la placenta con mucho cuidado, o la mandan al médico.

- "La placenta tiene su hora. Yo le echo vaporub en la panza"

- "Yo le doy huevo y le digo que ayude a la placenta que también tiene su dolor".

Una vez que nace la criatura, le dan a la madre un té de diferentes yerbas como cordoncillo, shemalón, acuyo, acompañado de mezcal o aguardiente para que se "caliente por dentro". La limpian y algunas la "chapotéan" (le echan agua en los genitales para lavarla). Dos o tres días después meten a la mujer al temazcal. Cuando sale del baño la arropan y debe cuidarse del aire hasta el otro día. A la criatura también la bañan ahí. El número de baños depende de la costumbre de cada lugar y de la disponibilidad de las parteras y las pacientes.

- "Yo siempre estoy bañando, les doy dos o tres baños después del parto"

- "Deben tomar pulque después del baño para que tengan leche".

En el temazcal se toman tés y se hojea a la paciente con diferentes plantas medicinales, con las ramas se lleva el calor a donde se necesite, en el caso de las recién paridas, de la cintura para abajo "porque la mujer ha quedado fría". El baño la relaja y la ayuda en la producción de leche. También previene infecciones.

El temazcal se usa "en las mujeres que acaban de tener un hijo, ya que su cuerpo acaba de sufrir una serie de cambios físicos, químicos, mentales y espirituales. Entonces eso la va ayudar a que sus toxinas las pueda desechar del todo...y es el momento de que la mujer sometida al temazcal se depure" (Heuzé, P. et al 1990. Luengas ,I. et al 1989).

Algunas parteras ya no acostumbran bañar a sus pacientes en el temazcal, usan el torito o simplemente ponen un recipiente con las hierbas bien caliente y cubren a la mujer con una cobija, haciendo como casita para que reciba el vapor.

Las parteras de esta zona cuidan de sus pacientes de 15 días a un mes después del parto. Algunas de ellas ya no ayudan a la mujer en el trabajo doméstico, otras sí.

- "Solamente que no tenga quien la ayude yo lo hago".

- "Yo nada más les echo sus tortillas".

A la recién parida le recomiendan que tome té con refín, pulque o mezcál, caldo de gallina, atoles y le prohíben comer cosas frías.

Después del parto, además de las restricciones en la comida, las parteras les recomiendan a sus paciente que guarden "dieta" (abstenerse de la relacion sexual) durante la cuarentena.

- "Hay muchos hombres que enseguida quieren, porque las ven bien".

- "Si un hombre usa a la mujer enseguida del parto, se puede morir. Se les agusana la matriz. Según el día que el esposo ocupe a la esposa después del parto, son los meses que ella va a vivir. Si es el tercer día tres meses, a los doce un año y así. Las señoras se ponen tristes, se les cae el pelo y se mueren. Eso se cura con maguey bien hervido y orín de la persona".

- "A una señora después de 4 días que tuvo a su hijo, el marido la obligó a tener relaciones. Después de un año, la paciente seguía escurriendo, a veces blanco, a veces

amarillo. Entonces yo le dije que fuera al médico y fue. Resultó que tenía cáncer. ¿Fue por eso?. Luego su marido me fue a reclamar porque la había mandado al doctor".

"Yo les digo que tienen que cuidar su cuerpo. Porque luego le echan a uno la culpa que no las bañó bien, o que no les hice una buena limpieza"

El cuidar un cuerpo que no les pertenece es una tarea complicada para las parteras. Los relatos muestran el abuso de los hombres sobre el cuerpo de las mujeres y la incapacidad de ellas de rebelarse frente a esta situación. Esto no se debe únicamente a la ignorancia, tiene su origen en la condición social de la mujer .

3.2 Las complicaciones.

Las parteras refieren que una de las complicaciones que se pueden presentar durante el parto es que salga la criatura con todo y la matriz. Cuando esto sucede ellas la vuelven a acomodar y mandan a la paciente al médico.

Doña Elena nos contó que a ella durante su tercer parto se le salió la matriz y que la partera se la volvió a acomodar, pero le vino una hemorragia tan fuerte que perdió el conocimiento. Todavía cuando se la encuentra, la partera le dice que no puede creer cómo se salvó. Le aconsejó que ya no tuviera más hijos, pero su marido cuando se enteró lo que le estaba recomendando le prohibió que hablara con ella. Doña Elena tuvo después dieciseis hijos mas.

Otra de las complicaciones que tienen las parteras es la baja aceptación de sus pacientes de asistir al médico o al hospital cuando ellas detectan una situación de riesgo y les recomiendan asistir.

Muchas mujeres se niegan a ir no sólo por una resistencia cultural o por imposibilidad económica ya que las parteras de esta zona cobran tres o cuatro veces menos que el doctor. Sino como un acto de rebeldía, resultado de su condición social, así como de situaciones personales y familiares .

"En el último embarazo me ví muy mala. Un médico japonés me recetó unas pastillas. Cuando llegó el momento del parto, mi esposo quería llevarme al doctor, pero yo ya estaba encaprichada y le dije que no, que yo no quería ir. Yo siempre le había insistido en que no tuvieramos tantos hijos(19) y él nunca quiso. Por eso me encapriché. Esta vez parecía que ya había entrado en razón y ya no quería que me embarazara. Yo creo que presintió algo porque a los cuatro días murió"

-"Durante mi último parto estaba yo bien muina, ya tenía los dolores y no hacía fuerzas. Mi esposo se dió cuenta. Junto con otros tres me amarraron del mecapal y me apretaron. La partera me dijo "si no haces fuerza se va a morir", por fin pujé y el niño nació privadito. Ya se estaba pasando".

Las mujeres se rebelan a la opresión, usando su cuerpo y su capacidad reproductiva como instrumento, con una gran rabia y autodestrucción de por medio. Se exponen a la muerte para hacer sentir su dolor, para detonar la culpa en los otros, para descargar su frustración y su impotencia. Este tipo de riesgos no está contemplado en su debida magnitud en los tratados médicos.

Las parteras señalan que muy frecuentemente se presentan criaturas en mala posición, con hidrocefalia, o bebés muy grandes que no pueden nacer. Pero también reportan muchas malformaciones congénitas, como anencefalia (falta de desarrollo del cerebro), sindactilia (dedos fusionados o falta de ellos).

Cuando la criatura está mal acomodada se usa la manteada, que consiste en pasar un rebozo abajo de los brazos moviéndolo suavemente sobre el vientre de la mujer, la sobada, que es un masaje externo que se puede dar con aceite o la versión directa in útero. "Ellas tienen gran habilidad, yo las he visto hacer versiones sin lastimar al producto" (Castillejos Tomasa entrevista)

Conversando con ellas se puede apreciar la gran mortalidad infantil que existe en el medio rural mexicano, mortalidad que no se reporta, sobre todo si es de bebés que mueren al nacer o con malformaciones congénitas. En estos casos parecería que existe una gran resistencia para afrontar este problema de parte de la familia y de las propias madres. El no mostrar a un recién nacido con malformaciones a su madre funciona como una forma de protección para la mujer.

- "Yo no le quise enseñar a la mamá como había nacido el niño porque si no le iba a dar miedo volverse a embarazar".

- "Este año muchos salieron malos por el eclipse".

3.3 Los problemas de fertilidad

Para combatir la infertilidad las parteras utilizan varios remedios:

- "Té de ajonjillo, camotitos con miel virgen machacados en un litro de agua que debe tomar la mujer durante la regla".

- "Té de raíz de cordoncillo".

- "Se baña la pareja temazcal, la mujer antes de meterse debe tomar té de ajenjillo".

Pero lo más efectivo para combatir la infertilidad es hacer la ceremonia a la luna.

La ceremonia a la luna es un complejo ritual. Se le ofrece a la luna porque ella "persigue a las mujeres".

El objetivo de la ceremonia es "pedirle perdón a la luna para que le conceda un hijo o hija a la pareja". Los interesados pueden llevar imágenes de santos o vígenes "porque las imágenes también conceden".

La ceremonia se realiza en la madrugada, cuando la mujer está menstruando. Sin luna "es mejor" aunque se puede hacer con ella. Y termina cuando sale el sol.

La pareja se adorna con flores de cempazuchil y cascabeles. Se hacen coronas, collares, pulseras en manos y pies. Se ponen 12 flores en cada accesorio. En la mesa se colocan velas de cera y ramos de flores. Es mejor que participen los padres y familiares de la pareja.

Se prepara mole y chocolate. A la luna se le ofrecen 12 tazas de chocolate y un plato de mole, 6 tazas a la Virgen María con un plato de mole.

Se sacrifica un gallo si quieren tener un hijo varón o una gallina si quieren una niña. Se come lo que se ha ofrecido. Hasta que sale el sol se reza "Antes de que cante el gallo Dios no recibe ofrendas porque el diablo anda suelto".

Las parteras aseguran que la ceremonia es muy eficaz para combatir la esterilidad.

- "Yo había tenido abortos y a mi marido le dijeron que tenía mala sombra y que teníamos que hacer la promesa. Hicimos la ceremonia llevaromos además un guajolote y a media noche lo sacrificaron y limpiaron a mi esposo con él. Después ya pude volver a tener hijos".

- "Después de la ceremonia todas las que he visto se han embarazado".

El propósito de ritos y ceremonias según los curanderos "es el crecimiento de la consciencia individual con el poder consciente del universo. Ahí la consciencia se expande y se integra a diferentes niveles y planos de la realidad ahí están presentes elementos físicos y elementos sobrenaturales,

que adquieren un caracter simbólico y atemporal " (Tlakaalel,1992).

La ceremonia muestra los variados elementos mágico, religiosos y el complejo de los rituales que conforman la atención perinatal en al Sierra de Puebla.

3.4. El control de la fertilidad.

Si una mujer no se quiere embarazar "se le da un baño de temazcal y luego un té con el jugo de 10 o 12 limones, sin azúcar".

También se les da "un té de ruda con romero, canela y tesquite".

Este grupo de parteras en general dijeron que no manejaban los métodos anticonceptivos, cuando se les preguntó sobre ellos mencionaron que sabían de la pastilla, y de la operación. Sólo las que habían tomado capacitaciones previas que eran un 13.5% y recibían dotaciones de pastillas y condones de las instituciones de salud, tenían una idea más clara al respecto.

La actitud de los conyuges es visto por las parteras como uno de los mayores obstáculos para promover el uso de anticonceptivos. Doña Reyna es una partera de 45 años y tiene un hijo de cuatro meses, dice que su marido no quiere que se opere porque"pa'eso es vieja"

La mayoría de las parteras no han usado nunca métodos anticonceptivos.

3.5 Otros aspectos de la curación.

El quehacer de las parteras no se restringe a la atención al parto, muchas de ellas como ya mencionamos son curanderas. La curación integra elementos naturales y sobrenaturales, donde juega un papel fundamental la personalidad del curador (Eliade ,M. 1960). Doña Soledad cura a través de una especie de trance místico. Ella nos llevó a la iglesia para hacernos una limpia. Nos encargó una veladora con la imagen de la Virgen de Guadalupe, eramos unas 7 personas las que acudimos, había en el grupo 3 parteras totonacas . En la puerta de la iglesia de Nuevo Necaxa nos pidió que nos arrodilláramos y así, de rodillas llegamos al altar. Doña Soledad iba concentrándose con los rezos, su voz cambió de tono, sudaba copiosamente , lloraba y decía" Aquí estamos Señor, para pedirte, para suplicarte, para molestarte, para que ayudes a nuestros esposos, a nuestros hijos...."

Luego nos persinó con la veladora y nos llevó a uno de los altares laterales de la iglesia, tomó las flores de los

jarrones y nos las pasó por el cuerpo, de la cabeza a los pies, siempre en ese sentido. Cuando terminó nos dió un ramo para que nos lo lleváramos a nuestras casas. Toda la ceremonia se vió envuelta en una atmósfera de respeto y concentración. Doña Soledad acabó muy cansada. Al otro día tuvo que ser internada en el hospital a consecuencia de un cólico vesicular. Estuvo en observación unas horas y salió.

Este ejemplo muestra lo complejo del acto curativo, los elementos mágico religiosos que lo constituyen y el manejo de las parteras del ritual.

3.6. El saber.

El saber de las parteras de nuestro estudio es variado y complejo. En él se conjugan elementos curativos tradicionales, de la medicina moderna, mágico-religiosos, rituales y de sí mismas.

La capacitación introduce nuevos conocimientos , sobre todo medicamentos que ellas van aprendiendo a utilizar y recomendar durante las sesiones mensuales, no sólo los relacionados con la atención al perinatal, como son los desparasitantes, el suero oral, los anticonceptivos. Lo cual tendrá que modificar y enriquecer su práctica profesional. Sin embargo ellas manejan un complejo sistema de creencias y mitos sobre la reproducción que la capacitación directamente no toca.

4. La autoimagen.

La imagen que tienen las parteras de ellas como profesionistas y como personas es fundamental para su propia identidad.

Las características que debe tener una partera según ellas son las siguientes: valor, paciencia, trato con el paciente, autoridad, dulzura y mucha práctica (fuente directa entrevista a parteras que tienen tiempo trabajando con el IMSS) .

Como personas las cualidades y defectos con los que se describieron fueron los siguientes: Algunas muy tranquilas, otras muy violentas, unas no está de acuerdo en nada las otras les gusta participar en todo, pacientes-impacientes, puntuales-impuntuales, limpias-sucias, y la mayoría se definieron como responsables, alegres y que les gusta ayudar a los demás (fuente directa archivos IMSS-Puebla).

Describir las propias cualidades y defectos es un indicador de autoconocimiento, de autoaceptación. Estos datos fueron tomados de los expedientes de las parteras que tienen mucho

tiempo de trabajar con el IMSS. El que las parteras se vean es un ejercicio importante para mejorar personal y profesionalmente. El programa de capacitación les ha ayudado a conocerse.

5. La relación de las mujeres-parteras con las instituciones de salud.

5.1 La relación con el IMSS.

El reconocimiento que las dan a las parteras las instituciones de salud, educativas o políticas es muy importante, pero no indispensable, siempre y cuando ellas sean aceptadas y solicitadas en su comunidad. La relación con las instituciones incrementa su prestigio en la comunidad y aumenta sus posibilidades de capacitación, relaciones, y expectativas trabajo.

Sin embargo se mantiene una relación asimétrica entre las instituciones y las parteras, relación de poder entre los que sustentan su práctica con los postulados de la medicina hegemónica y los que no.

Para las parteras el que las instituciones de la sociedad dominante las busque, y solicite su participación en algunos programas de salud significa que les reconoce su liderazgo, no así la calidad de sus saberes. Las parteras pueden promover en la población acepte medidas de promoción y prevención a la salud como son la vacunación o la planificación familiar.

La relación entre ambas depende en gran medida de la calidad en el trato entre el personal de la institución y las parteras, la permanencia de los programas en la comunidad, el cumplimiento en lo ofrecido por las instituciones y del grado de participación y compromiso de las parteras con estas.

Hay una gran brecha entre los que planifican los programas, que tienen una visión más comprensiva sobre el trabajo de las parteras y reconocen que sin su participación sería muy difícil mejorar la atención perinatal en el medio rural, y los médicos y enfermeras que tratan directamente con ellas y que ven amenazado su propio prestigio, estatus y trabajo.

El Coordinador Delegacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de Puebla, el Dr. Fausto Fernández, señala que uno de los principales objetivos del programa es lograr que las parteras sean reconocidas plenamente por la institución como verdaderos agentes de salud".

- "El encuentro entre las instituciones y las parteras revelan en lo general, "ningún respeto o reconocimiento por la

sabiduría que estas poseen y por los elementos benéficos incluidos en su manera de atención" (Elú de L. Ma. del C.).

En el encuentro anual de parteras que se llevó a cabo en junio de 1991 en Metepec Puebla, muchas de ellas expresaron las dificultades que tienen con los médicos y enfermeras de los hospitales.

Las parteras de la zona de Izúcar de Matamoros se quejaron del trato que reciben de los médicos del hospital diciendo "que las regañan, enfrente de sus pacientes", y que les echan la culpa a ellas de las complicaciones que se presentan durante el parto, sin preguntarles siquiera lo que pasó.

Las parteras de la zona de Cuetzalan, por el contrario, expresaron que "estaban muy contentas" con el director del hospital que las trataba muy bien y que hasta las dejaba entrar a las cesáreas con sus pacientes.

Las parteras frente a las instituciones asumen una posición subordinada, sumisa y si no les parece el trato que se les dan simplemente se retiran y no participan. La sumisión como dice Fromm es más bien una táctica del campesino mexicano en general. Pero en el caso de las parteras corresponde además con una forma de ser genérica (1990).

A las parteras y a las instituciones les beneficia mantener una relación cordial y productiva. A las primeras les permite una vía de canalización de sus pacientes y recursos técnicos, medicamentos, capacitación y otras oportunidades de trabajo. Como es el caso de algunas de las parteras que han manifestado interés y capacidad en el programa de Puebla y que participan como apoyo en la supervisión o como instructoras en los cursos de adiestramiento o que forman parte de las parteras ayudantes de supervisión (PAS). A otras el adiestramiento les ha permitido alcanzar posiciones políticas destacadas en su comunidad o realizar diferentes actividades con el municipio (Castillejos, Tomasa).

Para la institución significa aumentar la cobertura y llegar a la población objeto de los programas y mejorar con ciertos límites salud de los habitantes de las comunidades.

5.2 El Programa de capacitación de Puebla.

El Programa de capacitación a parteras rurales se inició en en el IMSS en 1976 por orden presidencial y se ha mantenido hasta la fecha con diferentes modalidades. Estas variaciones dependen de los recursos y las políticas generales de salud. El objetivo con que se inició el programa fué mejorar la atención materno-infantil. En 1977 se incorporaron al adiestramiento los contenidos de planificación familiar. El

Programa depende de la Dirección General de Salud Reproductiva y Palmificación Familiar y opera en todo el país.

El Seguro Social en 1984 instituyó el 18 de junio como el día de la partera capacitada del IMSS, como reconocimiento al trabajo de ellas. Cada Delegación festeja esa fecha de diferente manera. En Puebla hasta el año pasado organizaban una reunión con más de cien parteras destacadas en el Centro Vacacional de Metepec, del IMSS. En la reunión se realizaba una evaluación de la operación del programa. Se impartían temas para actualizar a las parteras y se otorgaban reconocimientos a la labor de las parteras. Los temas estaban a cargo de diferentes especialistas del IMSS y de algunas de las parteras capacitadas. El trabajo se daba en un clima de respeto para ellas.

El programa de capacitación al inicio tenía una duración de 4 semanas, dos de teoría y dos de práctica. Actualmente se ha reducido a dos semanas. Se mantiene la estructura original de teoría y práctica. Los contenidos básicamente son los mismos, la práctica se lleva a cabo en los diferentes servicios del hospital.

El programa está orientado a mejorar la atención materno infantil y ampliar la planificación familiar. El énfasis se da en los factores de riesgo ginecológico, el cuidado perinatal, la vacunación y las indicaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos sobre todo de aquellos que van a manejar o a recomendar las parteras.

El IMSS sólo maneja como métodos de planificación familiar: pastillas anticonceptivas, condón, DIU, salpingoclasia y vasectomía. Las inyecciones hormonales están excluidas por los efectos colaterales que han demostrado, sin embargo la Secretaría de Salud las aplica.

Antes de iniciar el curso el IMSS junto con IMSS-SOLIDARIDAD hacen una promoción en las comunidades cercanas al centro hospitalario donde se va llevar a cabo el adiestramiento para captar y convencer a las parteras rurales de asistir a él.

A las asistentes, el IMSS les da alojamiento, comida y ayuda para sus pasajes durante el tiempo que dure la capacitación. Cuando concluye el curso se les invita a las parteras mantener contacto con el IMSS y acudir a las reuniones de evaluación y actualización mensuales que se lleva a cabo en el hospital de la zona e informar de las actividades que realizan en su comunidad. A las parteras que asisten sistemáticamente a las reuniones mensuales el IMSS les da atención médica para ellas y sus hijos menores de 16 años o

al esposo en caso de invalidez y les continua dando la ayuda para pasaje (50.000 pesos o 50 nuevos pesos). Se les proporciona tela blanca para que se hagan un uniforme y asistan con él a dichas reuniones .

Ellas entregan en la reunión el reporte mensual de actividades. Cada mes se les da una plática de reforzamiento o de actualización o bien si hay algún problema de salud se les dan las indicaciones y medicamentos para manejarlo, canalizarlo y orientar a la población. Ellas solicitan también ahí medicamentos, anticonceptivos etc. que necesiten.

5.3 El desarrollo del curso.

Los contenidos del curso son:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino
- Riesgo ginecobstétrico
- Trabajo de parto y sus complicaciones mas frecuentes
- Puerperio y sus complicaciones mas frecuentes
- Crecimiento y Desarrollo durante los primeros meses
- Esquema de vacunación y enfermedades más frecuentes en el infante
- Planificación familiar, indicaciones y contraindicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos
- Manejo y llenado de las formas para reporte y evaluación de las parteras.

Antes de iniciar el se curso se toman los datos detallados de cada una de las parteras: nombre, edad, nombre de la comunidad, número de habitantes de la misma, escolaridad, alfabetismo, conocimiento de otra lengua, con quien aprendió el oficio, años de experiencia, otras actividades a las que se dedica. Se les pregunta la forma como a ellas les gusta que las llamen para llamarlas así.

Después se hace una presentación de cada una de las participantes y de los coordinadores del curso. A continuación se marcan las reglas del juego para funcionar durante el mismo: puntualidad, baño diario, limpieza dental, respeto por las pertenencias de las demás, organización del grupo en pequeños subgrupos para que participen en la operación del curso y para solucionar problemas relativos al alojamiento, la comida etc.

Se nombra un representante del grupo y se les recomienda que no salgan a pasear solas o que si lo hacen avisen a su representante.

La representante organiza el trabajo de los subgrupos y sirve de intermediaria entre los organizadores del curso y las participantes.

Antes de iniciar las exposiciones de los temas se les aplica un cuestionario para hacer una evaluación diagnóstica, mismo que se vuelve a aplicar al finalizar el curso.

Las preguntas de la evaluación son las siguientes:

- 1.-Anotar las partes del aparato reproductor femenino
 - 2.-En que órgano crece y se nutre el producto hasta el momento del parto
 - 3.-Cuáles son los signos y síntomas de sospecha de embarazo
 - 4.-Mencione que material y equipo se necesita para atender un parto
 - 5.-Cuántos kilos se considera normal que debe aumentar la mujer embarazada
 - 6.-Qué alimentos se le debe recomendar que coma la mujer embarazada
 - 7.-Cual es la vacuna que se debe aplicar a la mujer embarazada entre el sexto y octavo mes
 - 8.-Cuántos kilos debe pesar el niño sano al nacer
 - 9.-Cómo se esteriliza el instrumental para la atención del parto
 - 10.-Qué debe hacer cuando la placenta sale incompleta
 - 11.-Cuáles son las vacunas que se deben aplicar al niño menor de 5 años
 - 12.- Cuáles métodos anticonceptivos de planificación familiar pueden manejar las parteras
 - 13.-Cuáles son las contraindicaciones de los hormonales orales
 - 14.-Cuáles son las contraindicaciones del dispositivo intrauterino
 - 15.-Cómo se llama el método definitivo que le recomienda a una mujer para no tener más hijos
 - 16.-Cómo se llama el método definitivo que le recomienda al hombre para no tener más hijos
 - 17.-Cuánto tiempo recomienda a la mujer después de tener un hijo para que se vuelva a embarazar
 - 18.-Para que le van a servir las entrevistas y las pláticas a grupos después de este curso
- metodología de trabajo

La metodología usada se podría dividir en dos la de los expositores y la de organizadores. La de los primeros fue exposición con transparencias fundamentalmente, o con dibujos y demostración. Los organizadores emplearon diversas técnicas de trabajo grupal, ejercicios, juegos, psicodramas para hacer más creativo y participativo el trabajo de las parteras y mejorar la comunicación.

Se les entregó material de trabajo a base de dibujos que ellas tenían que ir coloreando.

Cumplir la tarea fue para las parteras uno de los medios de que dispuso el grupo para consolidarse y comunicarse. Se ayudaban unas a las otras, se consultaban, se prestaban los lápices aunque había cierta competencia para hacer bien el trabajo. El grado de dificultad para algunas de ellas era enorme, y tenían un gran temor de no poder realizarlo. Para un porcentaje importante del grupo era la primera vez que hacía una tarea escolar, que se sentaban en un aula como alumnas, que se les daban material para trabajar. Con gran entusiasmo e inseguridad preguntaban muchas veces lo que debían hacer o veían a otras hacerlo. Mostraban su trabajo a todos los organizadores con gran orgullo e insistencia.

La oportunidad que tienen las parteras de participar en un curso es muy importante, sobre todo para las que no fueron a la escuela. Implica que ellas pueden aprender, así como son mujeres, viejas o adultas. Que están ahí porque pueden hacerlo, porque se han ganado un lugar en su comunidad, porque son las que han podido destacar. Las parteras tienen acceso a otros instrumentos para poder ampliar sus conocimientos y aunque no sepan leer ni escribir alguien en su familia o en su comunidad les podrá ayudar a recordar lo que se les han enseñado.

Este reconocimiento tiene un impacto positivo en las parteras, amplían las expectativas que tienen sobre sí mismas, reafirman su identidad.

Las organizadoras estaban muy preocupadas por las características del grupo, ya que según ellas no les había tocado trabajar con un grupo tan difícil por el grado de analfabetismo y el monolingüismo.

Para las parteras estar sentadas 4 horas, viendo transparencias en una lengua que no comprenden muy bien, y sin tener ningún entrenamiento en un sistema escolarizado les provocaba sueño. Y aunque había un gran interés por captar todo lo que ahí se les decía, el método de enseñanza era muy rígido.

Los ponentes médicos o médicas y enfermeras del hospital de Nuevo Necaxa hacían un gran esfuerzo por darse a entender, sin embargo a veces utilizaban términos incomprensibles para el auditorio.

El tono que empleaban era generalmente patriarcal, acentuando siempre la diferencia entre el médico y la partera, El galeno como el depositario del conocimiento, que tiene a su lado

todos los recursos para resolver cualquier problema que ellas no pueden resolver, aunque en la práctica las parteras que han tenido trato con los médicos y con los pasantes saben que no es tan cierto, que ser médico no es suficiente para solucionar mágicamente los problemas de salud y que en igualdad de circunstancias en el campo, con sólo la experiencia clínica de por medio, ellas muchas veces pueden disponer de más recursos en la solución de problemas en la atención perinatal.

Incluso en medios hospitalarios con alta tecnología médica no siempre se puede combatir una eclampsia bien establecida.

-"Cuando me llamaron yo no sabía que el doctor les había dicho que ya todo estaba bien. La mujer seguía sintiéndose mal y yo la revisé y ví como un cuajerón, metí la mano y lo saqué. Después salieron tres fetos chiquitos. La paciente dijo que se sentía mejor. Los familiares fueron a buscar al doctor y lo trajeron. El me empezó a insultarme y amenazarme pero yo le enseñé que no había hecho bien su trabajo".

Cuando las parteras lograban entender la exposición como fue el caso de la enfermera que les hizo una demostración sobre como manejar al recién nacido, las mujeres indígenas se le acercaron a darle un abrazo.

En las sesiones de preguntas y respuestas las parteras siempre hacen referencia a la superioridad del médico en conocimientos y experiencias, públicamente, sin embargo en los comentarios de pasillo, algunas de ellas expresaron que por que habían de explicarles a los doctores los que ellas hacían todos los días.

Las parteras se manejan de manera diferente frente a los médicos y los organizadores y entre ellas, aunque no están de acuerdo en algunas cosas del curso o no les quede claro lo que se explica no lo expresan. Ellas manifiestan estar de acuerdo con todo, y se culpan ellas mismas por no entender lo que se les explicó, por ignorantes, por no saber leer y escribir, o por que les cuesta mucho trabajo poner atención. Las parteras son muy sensibles al trato que se les da y si no se sienten agusto simplemente evitan el trato con las personas con las que no tienen empatía. Son desconfiadas de lo que se les dice, sin embargo son accesibles y comunicativas cuando se establece una relación directa y menos autoritaria.

5.4. La evaluación.

Las modalidades de la evaluación se pueden dividir en dos; una la evaluación del curso como tal y la otra el impacto del adiestramiento en las formas de atención perinatal.

La evaluación del curso se hace de diferentes maneras; con la evaluación diagnóstica inicial y final.

A las que no saben leer y escribir se les volvieron a aplicar al igual que al inicio las preguntas de la evaluación diagnóstica, a la monolingües por medio de un traductor. En general expresaron su dificultad para darle los mismos nombres que el doctor a las "partes de la mujer". Decían que sí sabían que eran pero no sabían nombrarles, lo que más difícil se les hacía era lo de las hojas que tenían que llenar y que no entendían como había que hacerlo y manifestaron que necesitaba ayuda.

A las que sabían leer y escribir se les pidió que libremente expresaran su opinión sobre el curso, los ponentes, los coordinadores, el alojamiento, la comida, el personal del hospital. Esta evaluación era anónima.

Sobre el impacto de la capacitación en la modificación o cambio en las formas de atención al parto de las parteras es difícil de precisar o medir. Algunos de los mecanismos para hacerlo son las formas como llenan el reporte mensual, sí existen contradicciones en los datos por ejemplo. Otra es la supervisión directa en el terreno observando como trabajan y en que condiciones lo hacen y por la participación de ellas en las reuniones mensuales.

Las responsables de las capacitación mencionan que cuando llegan a visitar a las parteras a las comunidades, éstas se esmeran en los cuidados a la mujer y al niño, y que les preguntan reiteradamente si lo hicieron bien.

Algunas de las prácticas que los médicos consideran riesgosas para la mujer son la manteada o la sobada sobre todo la que hacen directamente con aceite en el cuello uterino. Pero estas prácticas son solicitadas a las parteras. La sobada es parte del sistema de atención al parto culturalmente aceptado.

Doña Petra empezó atender partos una vez que ella tenía quince días de haber parido "todavía no me sentía bien. Estaba una pariente mía, sufriendo porque no podía tener su criatura y la partera no hacía nada. Entonces yo la empecé a sobar y acomodar al niño, le metí un bracito que tenía de fuera. Ya que lo acomodé pudo salir la criatura, pero ya estaba muerto.

A mí me llamaban después para sobar no me gustaba mojarme, luego lo tuve que hacer".

Sin embargo existen otros factores que a la institución tal vez no le interese evaluar pero que tienen un gran significado en la vida de las parteras que participan en los

cursos y que los organizadores y coordinadores de los mismos tienen muy claros y les dan mucha importancia, que es la oportunidad de estas mujeres de cambiar de forma de vida , de vivir en un hotel en un medio urbano donde tienen a su alcance servicios de los que ellas no disponen en su comunidad. De comer tres veces al días con diferente calidad y cantidad. De compartir con otras mujeres sus experiencias.

Así lo define la Enfermera Juana Vela Coordinadora Delegacional de Enfermería del Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar de Puebla al referirse a las parteras que tienen muchos años trabajando con ellas " se han logrado cosas. Antes no las veías a las parteras así, muchas andaban sin zapatos , mugrosas, andrajosas. Ahora ya usan tenis...en la capacitación no sólo les enseñamos cosas sobre la atención al parto también las enseñamos a comer, a defender su trabajo. Antes ellas atendían a veces hasta un mes a la familia de la parturienta nosotros les decimos que no lo hagan, que ellas también tienen que descansar o que si lo hacen les paguen".

Al final del curso se nota un cambio, la mayoría de las - parteras se ven relajadas, con más peso, la mirada menos triste, y aunque añoran regresar a sus casas, la experiencia las ha enriquecido, se les ve más seguras.

Para la clausura del curso todas compraron algo con que adornarse, aretes, broches para el pelo o alguna blusa, estaban contentas de haber superado la prueba. Se prepararon unos claveles para que los lucieran durante la clausura. En la mesa de honor estaban los directores de los hospitales de la zona del IMSS , de la Secretaría de Salud, y autoridades locales del municipio.

Las mujeres de las zonas indígenas que se cubrían la boca para hablar en los primeros días, no lo volvieron ha hacer .

La constancia de participación era cuidadosamente guardada, como algo muy preciado por ellas. Saben que tener papeles es importante para la sociedad dominante, que para ellas es como un pase de entrada a otras formas de reconocimiento. Sin embargo la constancia no dice nada. Bajo el logotipo de el IMSS y el de la Jefatura Delegacional de los Servicios Médicos y Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, sólo está escrito que se otorga la presente constancia a ...y firman el Jefe Delegacional de los Servicios Médicos y el Coordinador Delegacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar..

5.5. El seguimiento.

Las reuniones mensuales permiten el seguimiento y la evaluación a largo plazo del trabajo de las parteras, en las reuniones se les dan pláticas de actualización sobre otros problemas de salud, por ejemplo sobre diarreas y cólera, para que ellas detecten y orienten a la población. También se les dan medicamentos como desparasitantes y suero oral.

Sobre el impacto de la capacitación de las parteras en otros aspectos de su vida señala el Dr. Fausto Fernández: "La capacitación y el control al largo plazo tiene repercusiones muy importantes en la vida individual, familiar y comunitaria de las parteras, ellas modifican su forma de vida, cambian patrones de consumo y son un ejemplo para sus comunidades.

Hemos logrado que ellas participen en proyectos de investigación y que respeten los criterios establecidos por nosotros. El impacto del programa es en extenso".

Las parteras que han permanecido en el Programa muchos años define como "buena" la relación con el IMSS porque les dan medicamentos, y apoyo. Sin embargo para otras no es tan buena han tenido problemas con la atención de sus pacientes en los hospitales, por eso algunas han preferido asociarse con médicos particulares.

5.6 Otros aspectos del Programa.

Los coordinadores del Programa han organizado junto con las parteras una caja de ahorro. Muchas de ellas recurrían a las maestras (como ellas las llaman) cuando tenían algún problema generalmente económico para pedirles dinero. Se trató de dar solución a esta situación y permitir a las parteras no sólo disponer de dinero en caso de emergencia. Durante las juntas mensuales en Puebla se revisa la contabilidad de la caja, junto con los coordinadores . Esta iniciativa la llevan a cabo en la Delegación de Puebla únicamente. Los resultados hasta el momento son positivos.

6. La superación.

El Programa de Puebla inició un programa piloto de capacitación a parteras en la colocación del DIU, (dispositivo intrauterino). Dicho programa se considera entre quienes lo llevan a cabo como una especialización de las parteras y para ellas constituye una gran distinción. De las más de cuatrocientas parteras adiestradas que tienen en el Edo. de Puebla solo 20 están capacitadas para colocarlo.

Para que una partera pueda colocar un dispositivo

intrauterino se piden requisitos indispensables: saber leer y escribir, que vean bien, que tengan demanda obstétrica, que puedan instalar un área en su hogar especial para ponerlo que esté limpia.

El equipo se los proporciona el IMSS y se les da un curso de adiestramiento teórico de cinco días y posteriormente inician un adiestramiento tutelar que puede durar 5 o más semanas dependiendo de la habilidad de cada una de las participantes.

El curso práctico se lleva a cabo de la siguiente manera:

1ra semana pone en posición a la paciente.

2da semana abre los labios e introduce el espejo

3ra semana visualiza el cervix y hacen la histerometría (medir el útero)

4ta semana cambia de guantes, histerometría y pone el dispositivo en el aplicador

5ta semana aplica el dispositivo

Al final del adiestramiento el médico tutor emite una opinión si la partera puede o no colocar el dispositivo, sino sigue entrenándose hasta que lo logra.

A las parteras que colocan el DIU se les hace una supervisión cada seis meses si la productividad es muy baja se les retira el equipo. Hasta el momento señalan los responsables del programas no hemos tenido problemas de infección. Hay parteras que han comprado su propio equipo.

- "Para las parteras que saben colocar el DIU se sienten muy importantes, al grado de que algunas quieren tomar el curso para tener un estatus" (Castillejos Tomasa entrevista).

- "Ellas se las ingenian par poner su mesa de exploración son muy creativas".

6.1 Los límites del Programa.

El Programa de Puebla es uno de los más consistentes de que tengo noticia, se ha mantenido durante diecisiete años, y los coordinadores y reponsables del mismo trabajan con las parteras con gran creatividad y calidad humana. No obstante hay muchos factores que entorpecen el desarrollo del mismo.

a) Entre los más importantes destaca la condición social de las mujeres, que limita la decisión y control sobre su capacidad reproductiva en una sociedad patriarcal y genitora como la rural.

b) La precaria situación de vida y de salud de las mujeres del campo, que pone límites muy claros al trabajo de las parteras .

c) La resistencia y falta de entendimiento de las mismas parteras de fomentar el uso de métodos de planificación familiar .

d) Los problemas burócraticos de la institución en cuanto abasto oportuno de medicamentos y anticonceptivos proporcionados a las parteras.

e) Las actitudes de el personal de salud y administrativo en el trato y falta de apoyo a las parteras.

7. La autoidentidad.

Cuando se les dice a las parteras que tienen tiempo en el programa que expresen las recomendaciones que les harían a las demás mujeres, se nota un cambio en la imagen que tienen de sí mismas como mujeres. Unas recomiendan que la mujer se cuide, que coma bien. Otras que la mujer no se deje, que sean independientes, que no permitan que sus maridos las golpeen, que no le tengan miedo, que vivan de común acuerdo con él, que no deje que otros decidan por ella como la suegra o los familiares del esposo, que ya no tengan más hijos, que se cuiden

Estas recomendaciones muestran un cambio muy importante en la condición tradicional de la mujer. Las parteras manifiestan un gran interés por modificar las actitudes pasivas y de resignación de las mujeres frente los hombres. Ellas han logrado una definición más amplia de sí mismas y han encontrado la fuerza interna para cambiar. Sienten que su saber y su quehacer son muy valiosos. Buscan por eso el respeto de las instituciones sanitarias.

Reflexiones finales

La atención perinatal en el medio rural mexicano recae fundamentalmente en las mujeres como parte de su quehacer genérico. Como ya hemos mencionado la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFES, 1990) concluyó que el 62% de los partos que ocurren en el campo son atendidos o autoatendidos por mujeres, de ese porcentaje la partera rural cubre el 45% de ellos.

El modelo socioeconómico neoliberal y las políticas derivadas de él han disminuido el acceso a los servicios de salud de vastos sectores de la población. El gobierno ha contraído sus aportaciones económicas a instituciones que no considera estratégicas para el desarrollo, entre ellas las educativas y las sanitarias. Así el costo de estos servicios recae sobre las instituciones de la sociedad civil. En el caso del cuidado materno-infantil son las mujeres-parteras quienes lo asumen de manera significativa en el campo mexicano. Y aunque esta situación no es nueva, hay que considerar que la crisis agrícola ha provocado un deterioro aún mayor de las condiciones de vida del campesinado pobre, al que pertenecen las parteras de nuestro estudio. Esto se revela través del aumento de cargas y jornadas de trabajo, de la disminución y pérdida de satisfactores, del incremento en las tasas de explotación de los habitantes del campo con los consecuentes resultados negativos para su salud. El gobierno actual ahorra a costa del bienestar de "los que menos tienen".

El perfil socioepidemiológico de nuestro país como ya vimos es contradictorio por un lado corresponde al de un país "tercermundista" que presenta una alta prevalencia de enfermedades por carencias en cuanto a nutrición, servicios, educación, etc. y por otro enfermedades cardiovasculares que corresponden a las sociedades industrializadas. La salud de las mujeres esta determinada en gran medida por su condición como mujeres en la sociedad patriarcal, la cual comprende tanto los factores estructurales en cuanto a clase social, pertenencia étnica, acceso a los satisfactores básicos, culturales como el inicio temprano de la vida reproductiva, la aceptación en el uso de métodos anticonceptivos, biológicos en cuanto a la capacidad reproductiva de las mujeres, así como los subjetivos que determinan una forma de comportamiento de las mujeres consigo mismas y con los demás.

De esta manera las mujeres en la zona de nuestro estudio siguen enfermandose y muriendo de padecimientos para los que el saber y la tecnología médica ya tiene solución pero a los cuales ellas no tienen acceso.

En este sentido es importante enfatizar que mientras las condiciones de vida actuales de la población del campo permanezcan, será muy difícil disminuir las tasas de morbimortalidad materna e infantil adiestrando sólo a las parteras rurales.

La capacitación de ellas debe estar inscrita dentro de una estrategia global del sistema sanitario que realmente busque el bienestar de los grupos más desprotegidos y sostenga oportuna y eficazmente la labor de las parteras. Lo cual significa: hacer modificaciones substanciales a las políticas económicas que han favorecido que 17 millones de personas en México vivan en extrema pobreza e incrementar en términos cuantitativos y cualitativos los recursos institucionales destinados a los servicios de salud. Asimismo ampliar la capacitación a los terapeutas tradicionales en el campo e incrementar los apoyos en medicamentos; anticonceptivos, vacunas, antiparasitarios, antibióticos, así como instrumental básico en nuestro caso para la atención al parto, y estímulos económicos, y reconocimiento a su trabajo. En éste sentido es necesario también facilitar los mecanismos de coordinación entre las parteras rurales y las instituciones sanitarias.

El adiestramiento como una estrategia para lograr un acercamiento y una mayor participación entre las instituciones y las parteras rurales debería contemplar en forma importante las condiciones sociales, culturales, económicas, de salud, en las cuales las parteras realizan su trabajo y adecuar los programas a cada situación particular. Es también primordial utilizar métodos pedagógicos accesibles para que los conocimientos sean comprensibles para ellas, ya que la enseñanza tradicional tiene una pedagogía basada en la experiencia vivencial, en este caso genérica y la transmisión de los saberes se dan en forma tutorial y por un orden tradicional. Muchas parteras rurales no tienen entrenamiento en un sistema escolarizado y les es muy difícil adaptarse a esta forma de enseñanza .

La política sanitaria actual aprovecha el trabajo que durante siglos han realizado por generaciones mujeres anónimas en el cuidado materno y le da un reconocimiento, un sitio marginal dentro del sistema sanitario. Y aunque éste mantenga como política no formar parteras de hecho fortalece su presencia y de alguna manera se preocupa por alentar su permanencia. Las instituciones de salud tratan de apropiarse del trabajo de las parteras rurales, de controlarlo, dirigirlo, ampliarlo o restringirlo según el caso. Invaden su espacio de acción pero lo hacen legítimamente. Porque ellas a través del adiestramiento con el IMSS inician un proceso de integración con la institución, que las lleva a sentirse

parte de esta. El IMSS vía el consenso las convierte en sus "intelectuales" portavoces de su ideología y de sus políticas de atención.

No obstante para las parteras establecer contacto con las instituciones les permite modificar y ampliar sus actividades y recursos terapéuticos, las coloca en nuevos escenarios, ante otras posibilidades de trabajo. Así ellas logran cambiar la imagen que tienen de sí mismas, de su quehacer y su saber como parteras y como mujeres. La experiencia y el trato diferenciado que las instituciones les ofrecen a ellas con respecto a otras mujeres, les permite reafirmar su identidad, adquirir seguridad, mayores ingresos y modificar en algunos casos su forma de vida y de trabajo.

El Programa del IMSS de Puebla muestra lo positivo de trabajar continua y respetuosamente con las parteras en un lapso de 17 años. El IMSS ha consolidado un grupo de más de 400 terapeutas capacitadas que participan en diferentes actividades y responsabilidades, como las parteras auxiliares de supervisión, también les ha permitido una manera de superación profesional a aquellas que se han distinguido por su trabajo e interesado por conseguirla. Las entrena para colocar dispositivos intrauterinos -DIUS- o para participan en proyectos de investigación. El IMSS les ha brindado atención médica a ellas y a sus hijos menores de 16 años. Las parteras funcionan como intermediarias en la canalización de paciente de riesgo. Por los resultados de su trabajo el IMSS les otorga diversos estímulos y reconocimientos que para ellas son importantes.

Si bien, aunque la partera rural capacitada por el sistema médico dominante tiende a ser el perfil de la partera rural actual, existen organizaciones independientes de médicos tradicionales que están buscando vía propias que les permitan recoger, revalorar y transmitir sus conocimientos, saberes y prácticas, como el programa de capacitación entre parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). Este tipo de programas aunque pocos y aislados muestran alternativas diferentes que pueden ser adoptadas por otros grupos de parteras en el país.

La "integración" en sistemas "mixtos" de atención entre medicina tradicional e institucional puede ser una estrategia importante para mejorar la calidad de los servicios, - como lo ha demostrado el modelo de medicina integral de China- pero hasta ahora en México no existe tal integración, mas que en el discurso, ambas prácticas se mantienen separadas, ofrecen terapias distintas, a diferentes patologías. La integración como señala Menéndez la hace el paciente quien recurre a las terapéuticas disponibles para él.

Actualmente la medicina oficial esta haciendo esfuerzos por acercar la medicina hegemónica y la medicina tradicional, tales son los casos de los programas IMSS-SOLIDARIDAD y el del INI. Este último ha conjuntado ambas medicinas dentro de un mismo espacio clínico, en el cual cada una hace lo suyo. La integración se restringe a la aceptación y tolerancia por parte de la medicina hegemónica de otras prácticas curativas a las que la gente recurre, que trata de refuncionalizar para que sean útiles al sistema. El reconocimiento que el saber médico dominante confiere a la medicina tradicional es el de una práctica carente de fundamento "científico" por tanto de validez y de estatus, al que acude la población por ignorancia, por que no tiene otra opción o por "cuestiones culturales".

La práctica médica dominante ha modificado su visión sobre la medicina tradicional o etnomedicina debido en parte al desarrollo de políticas internacionales y nacionales más comprensivas de los saberes y prácticas tradicionales, así como de las estrategias derivadas de la atención primaria a la salud.

Sin embargo todavía persiste un trato desigual, discriminatorio en la relación entre instituciones y prácticas no hegemónicas como la de las parteras rurales el cual limita su participación con el sistema de salud.

El contacto con esquemas de atención materno infantiles diferentes a los institucionales debería tener como resultado el enriquecimiento de los mismos, por lo menos en términos de trato al paciente, comprensión a las manifestaciones culturales distintas, en la vivencia y concepción de la salud y la enfermedad y una mayor consideración a los terapeutas tradicionales. Pero excepto en casos aislados las instituciones son poco críticas e impermeables a cambiar sus esquemas de atención y menos por señalamientos provenientes de un saber subordinado.

La transformación de la práctica de las parteras rurales será necesariamente orientada por el saber médico dominante con el consecuente incremento en los patrones de medicalización y la pérdida o modificación de conocimientos tradicionales que han demostrado su eficacia. El recoger, investigar, evaluar y revalorar los sistemas tradicionales de atención materno infantiles tiene que acompañar a cualquier proceso de capacitación, ya que el reforzamiento del uso adecuado de los recursos disponibles benéficos por las parteras rurales debe ser una política fomentada por instituciones y trabajadores de salud. La pérdida de ciertos conocimientos populares o tradicionales puede tener consecuencias muy

desfavorables para la salud de los grupos económicos más vulnerables. Y un empobrecimiento cultural y ritual considerables en términos de cambio de identidad, cohesión social con el grupo.

En suma sí no se modifica el modelo de desarrollo económico y las políticas sanitarias, y se realizan programas realistas bien coordinados con todos los recursos de salud en el campo, a corto plazo habrá un deterioro físico, psíquico y social generalizado de millones de mexicanos, que tendrá un alto costo económico, político y personal.

La parteras rurales son las heroínas de la sobrevivencia las que en condiciones de miseria, analfabetismo, trabajo excesivo, es decir de opresión han sabido utilizar sus recursos vitales y destacar como curadoras, sanadoras, profesionales, especialistas, intelectuales.

El trabajo público genérico de las parteras pone de manifiesto el grado de complejidad, los conocimientos, el tiempo, las habilidades, las destrezas, los saberes que se requieren para cuidar a los otros y lograr su sobrevivencia.

Cuando inicié la investigación tenía la falsa hipótesis de que todas las mujeres eran "parteras", "cuidadoras" como ellas se definen. Si bien las mujeres son las médicas de la vida cotidiana como parte de su función genérica, y atienden la salud, la partera es una especialista del saber femenino. Y aunque muchas mujeres han atendido partos sobre todo en el medio rural no son parteras.

La construcción de la partera implica un proceso interno de reconocimiento, de autovaloración, de autoidentidad, que no se da en las demás mujeres, que implica una valoración de su saber y su quehacer, de lo que son, una consciencia positiva de sí mismas y de su trabajo; es decir una elevada autoestima. El proceso que lleva a las parteras rurales asumir un destino, una misión, a recibir un don, es parte fundamental de este proceso que traspasa el ámbito individual y se traslada a las relaciones sociales, familiares e institucionales de estas terapeutas.

La transformación interna de las parteras logra modificar su relación consigo misma y con los otros, y este conjunto de transformaciones podrían ser utilizados por ellas para modificar su condición genérica y la de sus pacientes en la sociedad patriarcal.

Apéndice Metodológico

1. Universo de estudio

El universo de estudio de la investigación, fueron las parteras capacitadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Puebla régimen ordinario, que iniciaron su adiestramiento en marzo de 1992. Un grupo de 35 parteras de la Sierra Norte de Puebla, zona de Huauchinango Norte.

2. Consideraciones metodológicas

En el Seminario de Antropología Cultural del Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, impartido por la Dra. Marcela Lagarde, habíamos iniciado una investigación teórica amplia sobre la condición de la mujer. El enfoque que ella le daba y la participación y discusión con las compañeras, despertaron mi interés en profundizar sobre el tema. Pretendía conciliar con la investigación, mi práctica profesional previa como trabajadora de la salud, y formadora de recursos en esta área, mi experiencia existencial como mujer, madre y cuidadora y realizar la tesis de maestría.

Así que decidí trabajar con las mujeres cuyo trabajo profesional es el cuidado de la reproducción. Este trabajo lo ejercen en el ámbito público; las parteras rurales. Ellas son terapeutas reconocidas tanto por sus comunidades, como por las instituciones de salud.

Las características del sujeto las mujeres-parteras como mujeres y como especialistas requerían de una metodología variada, ya que abordar estos dos aspectos es complejo e involucra diferentes niveles de explicación de la vida y la práctica (ámbito público y privado) de estas terpeutas.

Como mujeres su condición en la sociedad patriarcal signa su vida cotidiana, la relación con ellas mismas, con los demás, y las constituye , íntima, subjetivamente. Asimismo esta condición les confiere socialmente un lugar.

Como especialistas e intelectuales de la reproducción su trabajo involucra lo biológico, lo social y lo cultural. Las parteras con su quehacer dan vida a un sistema complejo de atención a la madre y a la criatura donde se expresa la concepción del mundo de las comunidades donde ellas ejercen su práctica. Dicha concepción está contenida en los mitos, ritos, tradiciones, costumbres, sobre la salud y la enfermedad, así como los cuidados y actitudes que de ellos se derivan . El aspecto cultural es fundamental para entender a las parteras.

Las parteras como sujetos sociales están inmersas en una realidad determinada en un contexto particular. Su trabajo, su presencia y sus posibilidades de sobrevivencia como recursos para la salud esta determinado por factores estructurales de la formación social.

Así, fue necesario analizar las características del modelo de desarrollo neoliberal en México y sus implicaciones para la salud y la atención médica en el medio rural. Se revisaron los datos estadísticos oficiales actuales para conocer el perfil socioepidemiológico de las mujeres de campo durante el ciclo reproductivo.

Al acercarnos a las estadísticas sanitaria nos dimos cuenta del gran vacío que hay al respecto, sobre todo en lo que se refiere a la salud de las mujeres del medio rural. La información se complementó con algunos estudios realizados en las zonas urbanas.

El análisis de las condiciones de salud sirvió de base para reflexionar sobre la estructura del sistema sanitario, la respuesta social al proceso salud-enfermedad y las políticas sanitarias estatales. En particular las relacionadas con la capacitación a parteras y la articulación de ellas con el sistema médico oficial.

El trabajo de las parteras destaca la importancia que tiene todavía para la salud de la población la medicina tradicional en el campo mexicano. Se reflexionó sobre ella en base a los conceptos de: hegemonía/subalternidad.

Para conocer el estado actual de la capacitación a parteras tuve que realizar entrevistas a los directores nacionales de los principales programas de capacitación del IMSS, IMSS-SOLIDARIDAD y Secretaría de Salud y a los directivos y coordinadores del programa de Puebla.

Durante el Encuentro Nacional para la Capacitación de Parteras Tradicionales, organizado en la ciudad de México, por la SS, en 1991, conocí a los Coordinadores Médico y de Enfermería Regionales del IMSS de Puebla, el Dr. Fausto Fernández y la Enfermera Juana Vela, conversé con ellos sobre el trabajo que realizaban y los resultados que habían obtenido, y motivados por el interés que en mi despertó el Programa que dirigen, me invitaron a la IV Reunión Anual de Parteras Rurales que se realizó en Metepec 1991, IMSS Puebla. En la reunión entrevisté, conocí y conversé ampliamente en forma individual y grupal con las parteras. La mayoría de ellas tenían tiempo de trabajar con el IMSS, algunas desde el inicio del programa hace unos 17 años. En el desarrollo de la reunión observé y participé. Escuché los

temas impartidos por médicos, enfermeras y las propias parteras. Platique con los ponentes.

En dicho evento el IMSS otorgó reconocimientos a quienes echaro andar el Programa de capacitación a parteras rurales, y tuve la oportunidad de entrevistarlos y conversar ampliamente sobre el desarrollo y evolución del mismo.

Observé el trato que recibían las parteras, la forma como ellas se manejaban en el evento. La relación entre ellas y con los coordinadores, directivos y organizadores del Programa.

El trato cordial y de confianza del Dr. Fernández, de Juanita Vela y su equipo facilitaron mi trabajo. Más tarde gracias a su gestión participé en el curso de capacitación organizado por el IMSS en Nuevo Necaxa, Puebla en marzo de 1992. Consideré que era un lugar apropiado para realizar el trabajo de campo tanto por las facilidades recibidas como por las características de la zona y del grupo de parteras.

La Sierra Norte de Puebla es una zona de alta marginalidad, con relativamente poca cobertura del sistema sanitario. Donde las parteras tienen todavía al igual que en muchas otras zonas del país con características similares, un papel fundamental en la atención materno-infantil. Casi todas las parteras que participaron en el curso lo hacían por primera vez. La mayoría eran campesinas pobres lo que permitía que mis conclusiones se pudieran aplicar más ampliamente.

Durante el mencionado curso conviví con las parteras en las aulas y en el hospital. Compartí con ellas sus ratos libres, descansos, comidas, observaba y conversaba informalmente en forma individual y grupal.

Las coordinadoras del curso Enfermeras Tomasa Castillejos y Lourdes Cortés, compartieron conmigo su amplia experiencia y modificaron con sus comentarios muchos de mis puntos de vista. Sus conocimientos sobre las parteras del Edo. de Puebla y los sistemas de atención al parto me ayudaron repensar mis planteamientos y a modificar actitudes hacia las parteras. Su trato solidario en el trabajo de campo fue muy gratificante y enriquecedor.

Participé en rituales de limpia y purificación que Doña Soledad - partera del grupo - realizó en la iglesia de Nuevo Necaxa y pude observar su capacidad de concentración, el despliegue de energía, de fuerza, que la llevan a una especie de trance místico desde donde ella cura. Así como la devoción y la fé que pone en la curación. Pude constatar el resultado del esfuerzo de ésta curandera - al día siguiente fue hospitalizada por un cólico en la vesícula biliar- y los elementos mágicos y rituales del acto de sanación tradicional.

Seguí al grupo de parteras de Nuevo Necaxa en las reuniones mensuales locales y estatales. Observé el proceso de integración de ellas con el IMSS, de marzo a septiembre de 1992.

Mis conversaciones "informales" tenían como objetivo conocer las experiencias, conocimientos, saberes, habilidades y vivencias que las llevaron a conformarse como parteras. Así como conocer los elementos de su práctica profesional y las dificultades a las que se enfrentan.

La vida cotidiana sirvió como hilo conductor entre el mundo doméstico y el mundo público de las parteras. Agnes Heller define a la vida cotidiana diciendo que: "es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crean la posibilidad de la reproducción social". En el caso de las parteras el saber y el quehacer de ellas se produce y se reproduce en la vida cotidiana como parte de su forma particular de "ser mujer", de esta manera la vida cotidiana articula todos los aspectos de la vida de las parteras.

Anexo I.

Perfiles individuales de algunas parteras del curso.

Se cambiaron los nombres de las parteras para mantener el anonimato.

1. Doña Rosa

1.1. Descripción

Doña Rosa es una mujer bajita, delgada, morena, joven, pulcra, inteligente, de mirada vivaz, está mutilada del brazo izquierdo. Sin embargo realiza casi todas las actividades que hacía antes de perder la mano, incluso atiende partos. Lo único que ella refiere que no ha vuelto hacer es tejer. Es bilingüe, comparte la forma de pensar de su grupo, relata las costumbres que tienen en su comunidad sobre la atención perinatal y tiene los rasgos de la gente totonaca, pero no se asume o identifica como indígena.

1.1.2 Características generales

Doña Rosa nació en la Sierra de Puebla hace 48 años. Habla español y totonaco, sabe leer y escribir, cursó hasta el tercer año de primaria, tiene 26 años de atender partos, tuvo 7 hijos, de los cuales viven 5, 3 hombres y 2 mujeres. Ella dice que aprendió sola el oficio de partera.

2. Oficio de los padres

Su madre se dedicaba al hogar y al campo. Su padre fue campesino.

3. Escolaridad

Acudió a la escuela hasta el 3er grado porque su mamá no quiso que siguiera estudiando para que la ayudara en la casa y el cuidado de sus hermanos menores.

4. Infancia

Ella lloraba porque quería continuar estudiando pero su madre la necesitaba en la casa.

Se dedicó entonces siendo muy niña a las labores del hogar, ella molía el nixtamal en el metate, molía alrededor de tres horas diarias una cubeta grande de maíz. Para poder cuidar a su hermano menor mientras preparaba la masa, ella lo amarraba con el rebozo a su espalda y con el niño cargado molía. Por eso siempre "andaba orinada y cochambrosa".

5. Conyugalidad y maternidad

Se casó muy joven ya no se acuerda exactamente que edad tenía y tuvo 7 hijos , actualmente viven 5. Uno de ellos ya se casó y tiene un nieto.

Doña Rosa crió a su hermano pequeño. El fue quien le cercenó la mano izquierda con un machete durante una discusión que tuvo con él. Ella lo denunció ante las autoridades y el pago una condena de tres años en la cárcel. Ahora está libre.

Cuando se casó, su hermano vivió con Doña Rosa y su marido un tiempo, durante el cual ellos lo mantuvieron y lo mandaron a la escuela, "y así le pagó".

Su marido la abandonó por otra mujer hace muchos años, él vive en Cuautla, Morelos. Ella sola se ha hecho cargo de sus hijos.

Uno de ellos se metió al ejército y ahí continuó sus estudios. Actualmente dió de baja.

6. Oficios

Doña Rosa trabaja en su pequeña parcela cafetalera, a veces se contrata como jornalera, además cuida o atiende partos. Como vive cerca de la Unidad Médica Rural da de comer a los doctores y enfermeras que ahí trabajan. Y es costurera. Doña Rosa es partera, campesina, jornalera, comerciante y costurera.

7. Vida profesional

Inició su actividad como partera cuando la esposa de su primo estaba dando a luz y su esposo le dijo que la ayudara. Ella fue e hizo lo que había visto hacer, después la gente la empezó a llamar para que cuidara.

Ha visto muchos niños que nacen con problemas, algunos sobreviven y otros no.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Ella utiliza muchos remedio tradicionales en la atención al parto, yerbas, tes, emplastos. Hojas calientes de acuyo, cuando la placenta no sale.

Realiza la ceremonia a la luna para los problemas de fertilidad. (Ver capítulo 5)

Cuando asiste una mujer con complicaciones en el embarazo ella la envía con el médico o a la Clínica Rural.

Algunas veces el médico de la Unidad Rural la llama cuando hay que atender un parto.

8.2 De la medicina moderna

Doña Rosa recomienda el uso de antibióticos. Utiliza pomadas como vick vaporub y antisépticos como mertiolate y alcohol. Recomienda la vacunación porque los doctores le han dicho que así no se enferman los niños o si se enferman lo hacen por poco tiempo. Ella les dice a las mamás que bañen a los niños regresando a su casa.

8.3 Anticoncepción

Sabe de algunos de los métodos anticonceptivos como las pastillas, la operación y el condón.

Ella nunca ha utilizado métodos anticonceptivos

8.4 Elementos mágico-religiosos

Doña Rosa reza y se encomienda a Dios antes de atender un parto. Realiza la ceremonia de la luna, en la cual reza al astro por la fuerza que tiene sobre las mujeres y los hombres. En esta ceremonia se le pide a la Virgen o a los santos que las personas sean devotas, "porque las imágenes también conceden" que permitan a la mujer embarazarse (ver capítulo 5).

9. Capacitaciones

A ella la invitó al curso la enfermera de la Unidad Médica Rural de su comunidad del IMSS SOLIDARIDAD. Es la primera vez que toma un curso de partera. Ha tomado otro de promotora de salud.

9.1 Vínculos con el IMSS

Doña Rosa. después del curso fue seleccionada para cooaborar con la partera ayudante de supervisión (PAS) de Nuevo Necaxa, y asiste junto con ella a la reunión mensual a Puebla donde coinciden representantes de todas las parteras del Edo.. Asiste también a la reunión regional a Nuevo Necaxa. La partera responsable de supervisión y ella serán las encargadas de transmitir a sus compañeras los acuerdos y lineamientos en la atención perinatal provenientes del IMSS. Su papel es de mediadoras entre la institución y el grupo.

2. Doña Ema

1.1 Descripción

Doña Ema es una mujer mayor, pequeñita, no mide más de un cincuenta, enjuta. con pelo canoso amarrado en la nuca con dos pequeñas trenzas. Su rostro surcado de arrugas muestra las experiencias vividas por esta mujer. Es una de las veteranas del grupo. Es cálida y afectuosa.

1.2 Características generales

Doña Ema nació en la Sierra de Puebla hace aproximadamente 75 años no lo sabe exactamente. No sabe leer ni escribir, no habla ninguna lengua indígena, jamás fue a la escuela. Tiene unos 41 años ejerciendo el oficio de partera. Tuvo 12 hijos. Dice que aprendió sola autoatendiendo sus propios partos.

2. Oficio de sus padres

Doña Ema es huérfana de padres la crió su abuela, que se dedicaba al campo.

3. Escolaridad

Ninguna

4. Infancia

Ella dice que "creció como pollito" nomás así a la "buena de Dios". Desde niña ayudaba a su abuela en la casa y en el campo.

5. Conyugalidad y maternidad

A Doña. Ema se la robó un hombre a los 13 años, a los 14 tuvo el primero de sus 12 hijos, ese fue su compañero de toda la vida. Ahora es viuda y vive con uno de sus nietos de 18 años. Tiene un hijo que vive en la Ciudad de México que la lleva con él por temporadas.

6. Oficios

Cultiva maíz, frijol y cacahuete, contrata a un jornalero porque ella se siente muy cansada, para seguir trabajando en el campo. Sabe dar baños de temazcal y atiende partos. Trabaja en el hogar.

7. Vida profesional

Doña Ema dice que aprendió sola a ser partera, al atender sus propios partos, porque le daba "verguenza que la vieran", primero no sabía bien como. Tiene mucha demanda como partera

en su comunidad . Ella refiere que siempre está bañando. Baña unas 2 o tres veces por semana. Doña Ema es la que más interviene cuando hablan de las dificultades que se presentan durante el parto o de los problemas de los recién nacidos, comparte así sus múltiples y variadas experiencias.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Ella usa té, yerbas, sabe dar baños de temazcal, soba a la mujer durante el embarazo. Hace versiones in útero. Paladea a la criatura cuando nace. Si no sale la placenta la jala suavemente.

8.2 De la medicina moderna

Usa pomadas y aceites . Recomienda la vacunación"para que no se enfermen los niños".

8.3 Anticoncepción

A oído hablar de las pastillas pero no sabe como se usan.

8.4 Elementos mágico-religiosos

Doña Ema se encomienda a Dios cuando va a atender un parto, y encomienda a la mujer y a la criatura para que todo salga bien .

9. Capacitación

Es el primer curso que toma como partera, ha asistido a otros de promotora de salud.

9.1 Vínculos con el IMSS

Quedo como integrante del grupo de parteras y asistirá a la reunión ,mensual en el Hospital de Nuevo Necaxa. Volvió a las reuniones mensuales.

3. Doña Soledad

1.1.Descripción

Doña Soledad es una mujer, robusta, bajita, joven. Con dos trenzas negras . Habla el español con dificultad, pero lo entiende bien. Su trato es suave y generoso pero a la vez, fuerte y firme. Se ve segura de sí misma.

1.2 Características generales

Doña Sole nació en la Sierra de Puebla hace 31 años. Es huérfana la crió su madrina. Es totonaca y desde hace unos diez años no viste el traje tradicional y aprendió hablar el español siendo mayor cuando fue a vivir a la Ciudad de México. Ella se dedica a la curación y al hogar. Enviudó hace tiempo y se volvió a casar. No sabe leer ni escribir.

2. Oficio de los padres

Es huérfana y no conoció a sus padres. Su madrina se dedicaba al campo y al hogar. Era monolingüe por eso no aprendió a hablar el español.

3. Escolaridad

Ninguna

4. Infancia

Ayudaba a su madrina en la casa y en el campo.

5. Conyugalidad y maternidad

A los 15 años se casó, después tuvo dos hijos pero su marido "le duró poco", murió. Se volvió a casar con un hombre más joven que ella con el que tiene 3 hijos. El trabaja en la ciudad de México como chofer y la viene a ver cada fin de semana. Ella le dice que mejor se busque otra mujer mas joven pero el no quiere porque dice que Sole lo ayudó a conseguir trabajo y por eso no la piensa dejar.

6. Oficios

Es curandera y atiende su hogar.

7. Vida profesional

Desde los 14 años Doña Sole atiende partos, ella relata que "no la enseñó nadie, sólo Dios". El fue quien la orientó para cortar el cordón umbilical. Estuvo viviendo en México y ahí atendía partos. Dice que atendió partos en un hospital, pero no se acuerda como se llamaba.

8. Elementos que constituyen su saber y su quehacer:

8.1 De la medicina tradicional

Doña Sole es curandera utiliza tes, unguentos que ella prepara con esencias, yerbas y flores, soba con ellos. Mantea

a las mujeres embarazadas o parturientas. Es huesera, cura ojo, trueno el empacho.

8.2 De la medicina moderna

Doña Sole recomienda antibióticos. Usa vaselina para preparar sus unguentos.

8.3 Anticoncepción

Ella dijo que había oído hablar de las pastillas pero no sabía como se usaban.

8.4 Elementos mágico-religiosos

Ella cura a través de un trance místico. Acude a la iglesia con sus pacientes y pide que lleven una veladora con la imagen de la virgen de Guadalupe o de algún santo especial. En la iglesia realiza la curación. Primero comienza la invocación. Entran de rodillas a la iglesia, hasta el altar. Utiliza las flores que han dejado los fieles en los altares para efectuar la limpia. Cuando ella ha alcanzado un estado particular, que los demás identifican por el copioso sudor y el llanto de Doña Sole. Ella con gran devoción inicia la petición a Dios, la Virgen o a los santos a quienes se dirige. Después pasa las flores de la cabeza a los pies de los pacientes. De la misma manera lo hace con la veladora.

9. Capacitación

Doña Sole ha tenido contacto con las instituciones médicas por lo que ella relata. Pero una capacitación formal como partera es la primera vez que la tiene.

9.1 Vínculos con el IMSS

Ella forma parte del grupo de parteras capacitadas de Nuevo Necaxa y asistirá a la reunión mensual en el hospital. Pero después del curso no se había presentado a la reunión.

Doña Berta

1. Descripción

Doña Berta es una mujer bajita, joven, pulcra, lista, se mueve sigilosamente. Se peina con el pelo recogido con una cola de caballo. Habla totonaco y español. Es desconfiada y observadora, le gusta mantener distancia con los demás.

1.2 Características generales

Doña Berta nació en la Sierra de Puebla hace 39 años. Sabe leer y escribir, pero no terminó la primaria. Tiene 15 años de atender partos. Dice que no la enseñó nadie. Ella se ha atendido de algunos de sus partos.

2. Oficio de los padre

Su madre era campesina y se dedicaba al hogar y murió cuando ella y sus hermanos eran muy chicos. Su padre era campesino. Su abuela los crió y los envió a la escuela.

3. Escolaridad

Estudio hasta 3ro de primaria.

4. Infancia

Doña Berta es huérfana de madre. Su papá los llevó con los abuelos maternos para que los criaran, pero como ellos ya tenía en casa otros 4 nietos huérfanos, Doña Berta y sus hermanos comían lo que quedaba en la cazuela cuando algo quedaba. Ella tenía 5 años y cuidaba de su hermanito de 2 . En la noche lo cubría con su falda para que no tuviera frío y "siempre andaba chamagosa". Dice que sufrió mucho.

5. Conyugalidad y maternidad

A Doña Berta su esposo se la robó cuando tenía 14 años. El tenía otra mujer con hijos y era mucho mayor que ella. Tiene 9 hijos vivos. Ha tenido 11 embarazos. Sus hijas mayores están casadas una tiene un niño . El más pequeño de sus hijos tiene tres años. Ella dice que quiere tener 12 hijos.

Su marido ya está acostumbrado a que ella salga . Ella se lo advirtió cuando se casaron. Y como cuida constantemente vigila a sus pacientes.

6. Oficios

Doña Berta trabaja en su parcela, a veces como jornalera, vende frutas y comida preparada para ayudarse. Cuida y atiende su hogar. Ella es partera, campesina, jornalera y comerciante.

7. Vida Profesional

Ella comenzó atender partos a los 14 años , "ya no se acuerda cómo" . Después atendió algunos de sus partos. Aprendió según relata sola. Doña Berta mencionó que se preocupa mucho por sus pacientes y que siempre está cuidándolas.

8. Elementos que constituyen su saber:

Ella conoce y utiliza remedios tradicionales en la atención al parto, yerbas, tes, pomadas. Sabe sobar y mantear.

8.2 De la medicina moderna

Doña Berta recomienda el uso de vacunas.

8.4 Elementos mágico-religiosos

Sabe hacer la ceremonia a la luna. Ella también la tuvo que hacer porque no podía tener más hijos (había tenido varios abortos) y a su marido le dijeron que tenía mala sombra. Por eso en la ceremonia sacrificaron a un guajolote para limpiarlo . Después de cumplir con la promesa ella pudo volver a embarazarse y su esposo se curó. Doña Berta dijo que la primera mujer de su marido fue la que les hizo el daño.

8.3 Anticoncepción

Ella mencionó que sabe de las pastillas, la operación y el condón. Pero no ha usado anticonceptivos.

9. Capacitaciones

Doña Berta no ha asistido a ningún curso de adiestramiento, es la primera vez que lo hace.

9.1 Vínculos con el IMSS

Ella forma parte del grupo de parteras de Nuevo Necaxa. Pero Doña Berta mencionó después del curso que no asistiría a las reuniones mensuales, y así lo hizo.

Doña Tina

1. Descripción

Doña Tina es una mujer de mediana edad, es bajita llenita, con el pelo canoso. Su mirada es triste. Es muy callada . Cuesta trabajo conversar con ella. No habla ninguna lengua indígena.

1.2 Características generales

Doña Tina nació hace 58 años en la Sierra de Puebla, no sabe leer ni escribir, no habla lengua indígena. Aprendió sola el oficio atendiendo sus propios partos. Tiene 16 años de ser partera.

2. Oficio de los padres

Su madre era campesina y se dedicaba al hogar, al igual que su padre.

3. Escolaridad

Ninguna

4. Infancia

Desde niña ayudaba a su mamá en el hogar, cuidaba a sus hermanos y trabajaba en el campo.

5. Conyugalidad y maternidad

Se fue con su marido cuando tenía 14 años, a los 17 ya tenía una criatura. Tuvo 9 hijos. Su marido tenía otra mujer y le pegaba y maltrataba. Relata que sufrió mucho con él. Ella tuvo que atender 3 de sus partos porque estaba sola. Después empezó a atender a cuñadas y yernas. Ahora tiene bisnietos.

Durante el curso la llegaron a buscar porque uno de sus nietos murió, cuando cayó del tractor donde lo llevaba su padre. Fue al entierro y regresó al otro día. El esposo de Doña Tina ya murió.

6. Oficios

Ella trabaja en el campo, es partera y atiende su hogar.

7. Vida profesional

Aprendió el oficio de partera autoatendiendo sus partos y después le solicitaban ayuda sus familiares.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Ella para apresurar el parto usa te de yerbabuena con chocolate.

8.2 De la medicina moderna

Recomienda antibióticos y vacunas.

8.3 Anticoncepción

No conoce bien los métodos anticonceptivos. Pero ha oído hablar de las pastillas y la operación.

8.4 Elementos mágico-religiosos

Ella se define como una persona muy creyente. Es católica y devota de la Virgen a la quien se encomienda antes de atender los partos.

9. Capacitaciones

Doña Tina dice que asistió a otro curso pero que no lo terminó.

9.1 Vínculo con las instituciones

Ella forma parte del grupo de parteras capacitadas por el IMSS. Y asistió a las reuniones mensuales.

Doña Elena

1. Descripción

Doña Elena es una mujer bajita de mirada vivaracha, con dos grandes trenzas acomodadas a los lados de la cabeza. No tiene los dientes anteriores, se ve fuerte y trabajadora. Le gusta conversar y cuando cuenta la historia de su vida llora. .

1.2 Características generales

Doña Elena nació en la Sierra hace 54 años. No sabe leer ni escribir. No habla lengua indígena. Desde hace 16 años se dedica atender partos . Una partera la enseñó. Además ella ha atendido varios de sus partos. Tuvo 19 hijos . Es viuda.

2. Oficio de los padres

Su madre se dedicaba al campo y al hogar . Su papá era campesino.

3. Escolaridad

Ninguna.

4. Infancia

Desde pequeña ayudaba a su madre en el hogar y el cuidado de sus hermanos.

5. Conyugalidad y maternidad

Doña Elena se casó muy joven, tuvo 19 hijos. Viven once.

Tuvo unos gemelitos pero uno nació muerto y el otro duró 15 días. Dice que fue porque no se cuidó. Cuando parió al 3ro de sus hijos se le salió la matriz. Su mamá la había atendido en el parto , pero cuando se presentó el problema, mandó llamar a la partera. Esta cuando llegó le acomodó el útero en su lugar. Pero tuvo una hemorragia terrible, no sabe ni cómo se salvó. La partera le recomendó que no tuviera más hijos, pero su marido cuando se enteró lo que la partera le había dicho le prohibió que hablara con ella. Le advirtió que si lo hacía le iba a dar de riatazos. El era muy borracho y le pegaba mucho.

6. Oficios

Doña Elena es campesina, jornalera y partera.

7. Vida profesional

Aprendió el oficio con una partera y autoatendiendo sus partos. A ella no le gusta que sus pacientes no se cuiden. Una vez la llamaron para que viera a una prima suya que se había aliviado en la milpa, ella se enojó y le dijo : que si no le daba pena parir así, que, qué ejemplo le estaba dando a sus hijos.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Doña Elena sabe sobar y mantear a las mujeres. Usa tes y ungentos para ayudar en el parto

8.2 De la medicina moderna

Ella recomienda las vacunas .

8.3 Anticoncepción

Ha oído hablar de las pastillas y la operación. pero no sabe como funcionan

8.4 Elementos mágico religiosos

Doña Elena mencionó que se acoge a la Virgen de la Natividad

9. Capacitaciones

No ha tomado cursos antes que éste.

9.1 Vínculos con el IMSS

Ella forma parte del grupo de parteras de Nuevo Necaxa y

asistió a las reuniones mensuales.

Doña Toña

1. Descripción

Doña Toña es una mujer mayor. Es muy delgada y bajita. Enjuta parece muy frágil, es muy insegura, no se separa de una prima suya. Es muy miedosa y desconfiada. No le gusta que le pregunten cosas en el curso.

1.2 Características generales

Doña Toña nació en Sierra hace aproximadamente 75 años, aparenta más de ochenta. No sabe leer ni escribir. Nunca fue a la escuela. Tuvo 9 hijos, viven 5. Su marido murió.

2. Oficio de los padre

Su mamá se dedicaba al campo y al hogar. Su padre al campo.

3. Escolaridad

Ninguna.

4. Infancia

Desde niña ayudaba a su mamá en el hogar y el cuidado de sus hermanos o en el campo.

5. Conyugalidad y maternidad

Doña Toña se casó muy joven, ya ni se acuerda que edad tenía. Tuvo 9 hijos, 4 murieron y 5 viven. Su marido le daba muy mala vida y ella quería dejarlo pero los familiares de él no se lo permitieron. El murió. Vive ahora con uno de sus nietos.

6. Oficios

Tabajaba en el campo, ahora ya no, es curandera, partera y se dedica al hogar.

7. Vida profesional

Ella dice que aprendió sola el oficio "sólo Dios mi cabeza y yo, los únicos que me enseñaron". Empezó atender partos cuando enviudó. Dice que ya no quiere seguir trabajando como partera porque casi no le pagan, y es mucha tensión. Después ella acostumbra bañar dos o tres veces a las pacientes en el temazcal.

8. Elementos que constiuyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Ella es curandera sabe curar ojo, empacho. Da baños de temazcal a la recién parida y al niño.

8.2 De la medicina moderna

Recomienda la vacunación

8.3 Anticoncepción

Distribuye pastillas, y condones que le da la SS

8.4 Elementos mágico-religiosos

Doña Toña acostumbra dar el baño de temazcal a sus pacientes. El temazcal es un baño ritual. Doña Toña siempre se encomienda a Dios antes de atender un parto.

9. Capacitaciones

Doña Toña ya ha tomado otros cursos impartidos por la SS. Por eso ella distribuye pastillas anticonceptivas y condones.

9.1 Vínculos con el IMSS

Ella forma parte del grupo de parteras capacitadas de Nuevo Necaxa. Y no asistió a las reuniones mensuales.

Doña Claudia

1. Descripción

Doña Claudia es una mujer corpulenta, rubia, más alta que el promedio. Sabe leer y escribir, estudió hasta 2do. de primaria. Se ve segura de sí misma y le gusta llamar la atención. Es muy platicadora. Marca las diferencias que hay entre ella y las demás parteras.

1.2 Características generales

Doña Claudia nació cerca de Huauchinango hace 58 años. Estudió primeros auxilios. Tuvo 9 hijos, viven 6. No habla lenguas indígenas.

2 Oficio de los padres

Su madre se dedicaba al hogar y su padre era carnicero. Su abuela fue partera.

3. Escolaridad

Cursó 2do. de primaria y estudió primeros auxilios

4. Infancia

Ella permaneció de niña mucho tiempo en el hogar. Por el gran interés que tenía no se le olvidó a leer ni escribir. Su padre fue muy cruel con ella, la golpeaba mucho. Una vez cuando que ella tenía 13 años le aventó un cuchillo, que ella paró con la mano, casi se la cercena. Todo por que el papá pensó que andaba con un muchacho.

La mandaron a vivir con una tía a la Ciudad de México y ahí lejos de su padre dice que vivió muy tranquila. Pero su estancia en la ciudad no duró mucho tiempo.

5. Conyugalidad y maternidad

Doña Claudia tuvo 9 hijos, tres se le murieron; uno nació muerto, el otro falleció de dos meses y el tercero a los 8 años. Su esposo no le dice nada de que ella tome el curso. Tiene hijas ya casadas.

6. Oficio

Doña Claudia se dedica al hogar y a la curación. Teje con gran habilidad.

7. Vida profesional

Ella aprendió con un médico a atender partos cuando trabajaba en un Centro de Salud. Aunque su abuela era partera nunca la dejó ver cómo trabajaba.

8. Elementos que constituyen su saber

8.1 De la medicina tradicional

Mencionó que utiliza algunos tes para curar a sus pacientes

8.2 De la medicina moderna

Ella recomienda el uso de antibióticos, vacunas y sueros.

8.3 Anticoncepción

Sabe de los métodos anticonceptivos, como las pastillas, la operación y la vasectomía. Señaló que sus hijas casadas los utilizan.

9. Capacitación

Ella ya ha tomado capacitaciones previas con otras instituciones de salud como la SS.

9.1 Vínculos con el IMSS

Doña Claudia fungió como coordinadora del grupo durante el curso. Ella era la intermediaria entre los organizadores y el grupo de parteras.

Forma parte del grupo de parteras de Nuevo Necaxa. Pero no asistió regularmente a las reuniones mensuales.

Doña Reyna

1. Descripción

Doña Reyna es una mujer joven, bonita, muy pulcra y arreglada. Ella vive en Nuevo Necaxa y ahí trabaja como partera, está asociada con un médico. No sabe leer ni escribir. Su hijo mayor tiene e 20 años y el menor es un bebé de 4 meses.

1.2 Características generales

Doña Reyna nació hace 45 años en la Sierra. No habla lenguas indígenas. Aprendió con un médico y con otra partera atender partos . También ella se ha autoatendido de los suyos. Tien 7 hijos.

2. El oficio de los padres

Su madre se dedicaba al hogar y al campo. Su padre era campesino.

3. Escolaridad

Ninguna.

4. Infancia

Ayudaba a su mamá en el hogar y el cuidado de animales y se sus hermanos.

5. Conyugalidad y maternidad

Doña Reyna tiene 7 hijos. Los más grandes trabajan. Los demás estudian, tiene uno en secundaria y dos en primaria. Su hija de 16 años no ha querido estudiar y ahora la ayuda en la casa y con el bebé. Doña Reyna quiere que su hija aprenda un oficio para que no se quede sin saber hacer nada. Su marido trabaja fuera de Nuevo Necaxa como obrero y la viene ha ver cada fin de semana. Ella se quería operar para no tener más hijos, pero el marido no quiso porque " pa eso es vieja".

6. Oficio

Ella se dedica al hogar y a la curación.

7. Vida profesional

Doña Reyna tiene 15 años de ser parteras. Aprendió con un médico, con una enfermera y con sus experiencias en la autoatención al parto. Trabaja asociada con un médico y cuando no sabe resolver algo o se le presenta un imprevisto acude a él.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Doña Reyna sabe sobar y mantear.

8.2 De la medicina moderna

Ella recomienda antibióticos y vacunas

8.3 Anticoncepción

Doña Reyna toma pastillas anticonceptivas. Sabe de la operación y del condón.

9. Capacitación

Ella se enteró del curso porque la señora que atendía en el restaurante donde comían las parteras era su prima. Llegó al curso e insistió en participar. Puso gran empeño en la capacitación

9.1 Vínculos con el IMSS

Doña Reyna forma parte del grupo de parteras capacitadas por el IMSS. Y acudió a las reuniones mensuales.

Doña Alberta

1. Descripción

Doña Alberta es una mujer joven, inteligente de trato suave pero distante. Es morena alta, pulcra.

1.2 Características generales

Doña Alberta nació hace 34 años. Estudió secundaria. Tiene 4 hijos. No habla lenguas indígenas.

2. Oficio de los padres

Su madre es partera, al igual que su abuela.

3. Escolaridad

Secundaria

4. Infancia.

Ella fue a la escuela y ayudaba a su mamá a cuidar a sus pacientes y en el cuidado de la casa y sus hermanos.

5. Conyugalidad y maternidad

Doña Alberta tiene 4 hijos . Su esposo la deja que vaya a todos lados porque cuando se casaron ella así se lo advirtió. Ya se acostumbró menciona Alberta a que yo haga mis cosas.

6. Oficios

Es parteras, curandera y se dedica al hogar.

7. Vida profesional

Desde chica su mamá le pedía que la ayudara a atender partos. Ella es quien la ha enseñado. Tiene 12 años trabajando como partera al lado de su madre.

8. Elementos que constituyen su saber:

8.1 De la medicina tradicional

Usa tes, yerbas, para acelerar el parto. Si la paciente retiene la placenta calienta hojas de acuyo y se las pone en el vientre y así sale fácilmente.

8.2 De la medicina moderna

Recomienda antibióticos y vacunas.

8.3. Anticoncepción

Doña Alberta conoce las pastillas, la operación y el condón. Pero no usa ningún método anticonceptivo. Dice que no los necesita porque sólo ha tenido 4 hijos, así sin cuidarse.

9. Capacitación

Ella no mencionó haber tomado cursos previos

9.1 Vínculos con el IMSS

Doña Alberta quedó como Partera Ayudante de Supervisión en el grupo de Nuevo Necaxa. Ella asiste a las reuniones mensuales en Puebla, está encargada de transmitir a sus

compañera de Nuevo Necaxa lo que acordaron allá. Doña Alberta funciona como intermediaria entre IMSS y el grupo.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Beltrán, Gonzalo.
1987 **Magia y medicina.** Instituto Nacional Indigenista, Colección INI, número 1, 3ra reimpresión. México.
1980 **Programas de salud en la situación intercultural.** Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- Aisenson, Aida.
1981 **Cuerpo y persona.** Fondo de Cultura Económica. - México
- Anunategui, B.
1981 **"En torno a la noción de identidad femenina".** Primer Simposio de Estudios de la Mujer en México memorias. COLMEX, México.
- Araujo, Leopoldo. LLoréns Figueroa (coordinadores).
1985 **La lucha por la salud en Cuba. Siglo XXI.** México.
- Arizpe, Lourdes.
1981 **"Empleo agroindustria y participación de la mujer en el desarrollo rural".**
- Seminario Tripartito Regional para América Latina memorias. COLMEX, México.
- Avila, Raúl.
1993 **Lengua y cultura.** Trillas, México.
- Basaglia, Franca.
1987 **Mujer, locura y sociedad.** Universidad Autónoma de Puebla. México.
- Barbosa, Moisés
1989 **"El control demográfico, meta gubernamental".** En el periódico La Jornada, sección Doble Jornada 3 de octubre.
- Bathia, Shunshum
1985 **"Condición social y supervivencia".** En revista Salud Mundial, OMS, abril.
- Becker, Carol.
1989 **El drama invisible.** Editorial Pax. México.
- Calva, José Luis.
1988 **Las crisis agrícola y alimentaria en México - 1982-1988.** Fontanamara 54. México.

- Cardaci, Dora. (compiladora)
 - 1987 Cómo son las cosas...Rev. Mujeres y Medicina, UAMX, México.
 - 1990 Volar hasta el otro lado. Rev. Mujeres y medicina". UAMX, México.

- Casanova, Martha et. al.
 - 1989 Ser mujer. UAMX, México.

- Castillejos, Tomasa. Coordinadora Zonal de enfermería de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. IMSS Puebla. Comunicación personal 1992.

- CIDHAL
 - 1985 Mujeres campesinas. Noticias febrero-abril.

- CIDEEM
 - 1989 "Violencia y mujer". En rev. FEMPRESS, Ilet Santiago de Chile, enero.

- Cervera, M. D.
 - 1983 "Educación informal y relación madre hijo en la reproducción". Tercer Simposio de Estudios e --
 - - Investigaciones sobre la mujer. Guanajuato, -
 - COLMEX, México.

- Colectivo del libro de salud de las mujeres de Boston.
 - 1984 Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Icaria, segunda edición, Barcelona, España .
 - --
- COPLAMAR.
 - 1989 Necesidades esenciales. Geografía de la marginación. COPLAMAR Siglo XXI, México .

 - 1982 Necesidades esenciales en México, salud. Siglo XXI, México.

- Condori, Mita et al.
 - 1987 "Dualismo hombre-mujer en el mundo andino". En Rev. Fempress especial, la mujer indígena, Ilet, Santiago de Chile.

- Cosminsky, Sheila
 - 1977 "El papel de la comadorna en Mesoamérica". En América Indígena, vol. XXXVII, no. 2, abril-junio. Instituto Interamericano Indigenista. México.

- Corona, E. et al.
 - 1985 "Embarazo adolescente e identidad femenina". -
 - Participación social de la mujer . COLMEX-PIEM, México.
 - -

- Cuevas, Susana

- 1992 "Salud mental" y "La mujer anciana".
En La mujer adolescente, adulta y anciana
y su salud, Sistema Nacional
de Salud. México.
- De Barbieri, Teresita
1984 Mujeres y vida cotidiana. Fondo de Cultura -
- Económica. SEP 80. México.
- De Beauvoir, Simone
1989 EL segundo sexo. Alianza Editorial Mexicana. -
- Siglo Veinte. México.
- Dubet, Francois
1989 "De la sociología de la identidad a la
sociología del sujeto".
En Estudios Sociológicos, vol.7 no.21
septiembre-diciembre, COLMEX, México.
- Doble jornada equipo
1987 10 de mayo .
- Espíndola, Clementina
1992 "Embarazo, parto y puerperio". En La mujer
adolescente, adulta y anciana y su salud,
Sistema Nacional de Salud. México.
- Excelsior
19 de mayo de 1990.
- 21 de diciembre 1990.
- 18 de marzo 1990.
- 31 de mayo 1992.
- 24 de febrero 1992.
7 de mayo 1993
- Elú de Leñero, María del Carmen
1982 De lo Institucional a lo Comunitario.
- Un programa de salud rural. Asociación
Mexicana de población A.C., México.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.
1990 Informe resumido, SS, México.
- Fernández, Fausto. Coordinador Médico Delegacional de Salud
Reproductiva y Planificación Familiar. Comunicación personal.
Delegación IMSS Puebla 1992.
- Ferreira, Nora
1989 Yo soy mía. Planeta, Buenos Aires, Argentina.
- Flores y Troncoso, Francisco
1982 Historia de la medicina en México. IMSS, México.

- Fritscher, Magda
1990 "Los dilemas de la reconversión agrícola en América Latina". En Sociológica, año 5, número 13, mayo-agosto, UAMA, México.
- Fromm, Erick. Malccoby, Michael
n 1990 Sociopsicoanálisis del campesino mexicano. Fondo de cultura económica, quinta reimpression. México.
- Gamio, Margarita
1957 La mujer indígena de Centro América. Instituto Indigenista Interamericano, Ediciones Especiales, México.
- García, Bárbara
1993 "Abusos ocultos bajo el manto de la sacralidad privada". En el periódico Excelsior, 7 de mayo.
- González, Rosa M.
1992 "Fecundidad y Nupcialidad". En La mujer adolescente, adulta y anciana y su salud, Sistema Nacional de Salud. México.
- Gramsci, Antonio
1988 La Formación de los intelectuales. Grijalbo, --
-- - México.
- Gunn, Paula
1989 The Sacred Hoop. Beacon Press, Boston, USA 1989.
- Guyton, Artur
1989 Tratado de Fisiología Médica. 7a edición, - -
- - Interamericana MacGraw.Hill. México.
- Hartman, Silvia et al
1992.....La mujer adolescente, adulta y anciana
y su salud, Sistema Nacional
de Salud. México.
- Heller, Agnes
1987 Sociología de la vida cotidiana. Ediciones
Península, segunda edición, Barcelona.
- Heuzé, Patricia. Luengas, Isabel
1990 "El temazcal una forma de resistencia indígena". En Nematihuani, Revista de psicología y ciencias sociales no. 8. ENEP-Zaragoza. México.

- Hernández, Francesco
1986 "El relato biográfico en Sociología"
Rev. Internacional de
Sociología.Vol.44,no. 39,julio septiembre.
- Iglesias, Norma
1985 La Flor más bella de la maquiladora.SEP-CEFNOSEX.
- - México.
- IMSS-COPLAMAR
1986 Diagnóstico de salud en las zonas marginadas y -
- - rurales de México. IMSS México.
- IMSS-COPLAMAR
1988 Capacitación dialogada por experiencias para
parteras rurales.IMSS-COPLAMAR, México.
- IMSS
1991 Diagnóstico, Plan de acción y compromisos
para el programa de salud materno -infantil del
IMSS. Agosto, México.
- IMSS-SOLIDARIDAD
1990 Actividades de interrelación de la medicina -
- - tradicional con el Programa IMSS-SOLIDARIDAD.
IMSS- - -
1992 Boletín Informativo. Enero-febrero. México.
- INEGI
1991 Anuario Estadístico del Edo. de Puebla.
INEGI, México.
- Izazola, Elena et al.
1992 "Maltrato".En La mujer adolescente, adulta y
anciana y su salud, Sistema Nacional
de Salud. México.
- Joeques, Susan.
1987 La mujer y la economía mundial. Editorial Siglo
-- XXI, México.
- Juárez, Irma
1990 "Taller Nacional de Crédito Alternativo al -
- - Campo".En Rev. Sociológica, año 5, no. 13, mayo-
- - agosto, UAMA.
- Juan, Mercedes
"La mujer en las acciones de atención a la salud
en México". ponencia mimeo.
- Kelly, Isabel
1955 "El adiestramiento de parteras en México, desde

- el punto de vista antropológico". En América Indígena, vol. XV, no.2. abril, Instituto Interamericano indigenista. México.
- Lagarde, Marcela
1981 "Lineamientos teóricos para el estudio de la opresión de la mujer". Primer Simposio de --
-- Estudios e Investigaciones de la Mujer en COLMEX , México.
- 1990 Cautiverios de las mujeres: madre-esposas, monjas, putas, presas y locas. Coordinación General de Estudios de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras. UNAM, México.
- Lamas, Martha
- - - "La antropología feminista y la categoría de --
-- género". En Rev. Nueva Antropología, vol. VII, núm. 30, México. -
- Langer, Marie
1988 Maternidad y sexo. Paidós. México.
- Larguía, Isabel et al.
1977 La liberación de la mujer en el año cero. Granica Editor. Barcelona 1977.
- Laplanche
Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Labor, México.
- Larousse Ilustrado
1976 Ediciones Larousse. México.
- Laurell, Asa Cristina.
1991 "La política social en crisis: una alternativa --
-- para el Sector Salud". Documentos de Trabajo -
- Fundación Friedrich Ebert, México.
- Leal, Gustavo
1991 Democratización inaplazable: La sucesión de las --
-- hegemonías médico-gremiales al trasluz del - -
- Programa Nacional de Salud 1990-1994. UAM,
- reporte de investigación 62. UAMX, México.
- Limón, Rojas
1984 "Oculta esterilización de mujeres en zonas indígenas". En Uno más Uno, 20 de junio. México.
- López Acuña, Daniel
1981 La salud desigual en México. Siglo XXI. México.
- Lombardi, Alicia
1990 Entre madres e hijas. Acerca de la opresión

- psicológica. 1ra. reimpresión, Paidós,
Argentina.
- Losoya, Xavier et al.
1988 La medicina tradicional en México. Experiencia
del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987. IMSS,
México.
- 1984 La medicina invisible. Folios. México .
- Luengas, Isabel et al.
1989 "Temazcalli" video. UAMX-Kalpulli Koakalko A.C.
-- - México .
- Martínez Manautou, Jaime
El modelo y características del Programa de ---
---- Planificación Familiar en el IMSS. mimeo.
- 1986 (Ed.) Planificación familiar, población
y salud. IMSS, México.
- Matos, Elena et al.
1988 "Efectos de los plaguicidas en trabajadores de
- - cultivos intensivos". En Boletín, OPS
vol.104,no.2,febrero. Whashington, USA.
- Mellado, Virginia et. al.
1989 La atención al embarazo y el parto en el ---
medio rural mexicano. CIESS, México.
- Menéndez, Eduardo
1981 Poder, estratificación y salud.
Ediciones de Casa Chata 13, México.
- 1982 "Medios de comunicación masiva reproducción
familiar y formas de medicina"popular" ".
En Cuadernos de la Casa Chata 57, México.
- 1984 Hacia una práctica médica alternativa.
Hegemonía y autoatención (gestión) en
salud. CIESAS, México
- 1987 "Medicina tradicional o sistemas práctico-
ideológicos de los conjuntos sociales, como
primer nivel de atención". En
El futuro de la medicina tradicional en la
atención a la salud de los países
Latinoamericanos.Memorias CIESS,
México.
- Mercadé, Francesco
1989 "Metodología cualitativa e historias de vida"
En Rev. Internacional de Sociología,vol. 44 no.3

julio-septiembre.

- Modena, María Eugenia
1990 Madres, médicos y curanderos. Ediciones de la Casa Chata, no. 37. SEP, México.

- Moreno, Pedro (coordinador)
1991 "Factibilidad y viabilidad financiera y - - - -
- administrativa de la seguridad social en México: el caso del IMSS". En la política social en crisis: una alternativa para el Sector Salud. Cuadernos de Trabajo Fundación Friedrich Ebert, México.

- OMS
1978 Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Serie Informes Técnicos 622, OMS, Ginebra.

1979 Parteras tradicionales. Informe 44, OMS Ginebra.

...1981 La partera tradicional en siete países. Cuadernos de Salud Pública 74. OMS Ginebra.

- OPS
1985 La salud de la mujer en las Américas. OPS-OMS.

- Ornelas, Gloria et al.
1992 "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". En La mujer adolescente, adulta y anciana y su salud, Sistema Nacional de Salud. México.

- Pernoll, Martin et al.
1989 Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. Manual Moderno. México 1989.

- Porrúa Grupo Cultural
1991 Derecho a vivir derecho a morir. Porrúa, México.

- Rivera, Amalia
1989 "Modernidad de palabra entre mujeres e iglesia". En el periódico la Jornada, Sección Doble Jornada, 3 de octubre.

- Rojas Soriano Raúl
1982 Capitalismo y Enfermedad. Folios Ediciones, México.

- Sahagún, Bernardino
1969 Historia de las cosas de Nueva España. 2da. edición .Porrúa. México.

- Salinas de Gortari, Carlos.
1991 3er Informa de Gobierno.Poder Ejecutivo Federal, México.
- Secretaría de Salud.
1990 La salud de la mujer en México. SNS, México.
1991 Anuario Estadístico. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dirección General de Estadística e Informática.México.
- Sepúlveda, Jaime
1992 Presentación del Foro Mujer y SIDA COLMEX, México.
- Shendel, Gordon.
1980 La medicina en México de la herbolaria azteca a la medicina nuclear. IMSS, México.
- Sjorberg, S.
1985 "Las mujeres necesitan a la ciencia. La ciencia necesita a las mujeres". Conferencia de Bangalore.
- Solis, A. Martinez, A.
1990 Trabajadoras Nuevas. Colección Cuadernos Universitarios. UAMI. México .
- SOLIDARIDAD
1992 Programa de desarrollo regional, Sierra Sierra Norte de Puebla 1992-1994. SOLIDARIDAD.
Mujeres en SOLIDARIDAD. SOLIDARIDAD, México.
- Sullivan,Thelma.
1969 "Embarazo y parto: costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicas de los aztecas y su supervivencia en México. Anuario Indigenista, Inst.Ind. Int. vol. XXIX, diciembre, México.
- Taller universitario de asesoría a campesinos, publicación.
1992 México.
- Tlakaalel. Luengas,Isabel. Heuzé, Patricia. Zenses -- - Gertrudis.
1992 Nahui Mitl. Tomo II- UAMX. México
- Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX),
-UAMX. Boletín Informativo
1989 El pueblo indígena ante el Quinto Centenario
1990 11 de junio
1991 mayo

- Uno más Uno
1984 20 de julio.
- El Universal.
1993 31 de marzo.
- Valdespino, José Luis et al.
1992 Mujer y SIDA en México: epidemiología.
COLMEX, México.
- Valle, Norma.
1989 "Miel y acibar para la mujer en el balance
de 1988". Rev. Mujer Fempress. Enero 1989
no. 88. ILET, Chile.
- Valladares, Patricia.
1989 "Algunas consideraciones metodológicas
sobre los estudios de violación". En memorias
del Seminario sobre la participación
de la mujer en la vida nacional. UNAM,
México.
- Vela Juana. Coordinadora Delegacional de Enfermería en Salud
Reproductiva y Planificación Familiar. comunicación personal.
Delegación IMSS Puebla
- Zavala, María Eugenia
1992 "Cambios de fecundidad en México y políticas de
de población. COLMEX-PCE 1992
- Zolla, Carlos. et al.
1988 Medicina tradicional y enfermedad. CIESS México.