

# TENSIONES SILENCIOSAS Y SILENCIADAS EN EL PARTO COMO PRÁCTICA SOCIOCULTURAL: HACIA UNA REVALORACION DE LA PARTERA COMUNITARIA

SILENT AND SILENT TENSIONS IN CHILDBIRTH AS A SOCIOCULTURAL PRACTICE: TOWARDS A REVALORATION OF THE COMMUNITY MIDWIFE

Tania Carrillo Ibarra<sup>1</sup>

## RESUMEN

En los contextos actuales de grandes avances de la ciencia y la tecnología pareciera que la medicina tradicional de los hospitales urbanos tuviera un desarrollo social más humano. En estos espacios los pacientes que están por tener a sus nuevos integrantes de la familia, estarían por recibir las mejores atenciones en el ámbito de los servicios médicos. Sin embargo, se llega a estos espacios con un déficit de pensamientos sobre el papel del médico partero y de poca reflexión sobre la función fisiológica del parto como acto cultural. En este ámbito el hospital se convierte en un escenario que silencia otro tipo de prácticas socioculturales y médicas que trae como consecuencia conductas que tiene que ser revaloradas en el contexto de las prácticas tradicionales de las parteras comunitarias. Este trabajo tiene como propósito resignificar el papel de la atención de sí mismo y del cuidado de los otros, hacia un quehacer fisiológico y cultural más humano. Todo esto en contexto de revalorar prácticas médicas tradicionales que tienden a ser silenciadas.

**PALABRAS CLAVE:** Tensiones socioculturales, parto, partera comunitaria.

## ABSTRACT

In the current contexts of great advances in science and technology it seems that the traditional medicine of urban hospitals has a more human social development. In these spaces patients who are about to have their new family members, would be receiving the best care in the field of medical services. However, we arrive at these spaces with a deficit of thoughts about the role of the midwife and little reflection on the physiological function of childbirth as a cultural act. In this area, the hospital becomes a scenario that silences other types of socio-cultural and medical practices that result in behaviors that have to be reassessed in the context of the traditional practices of community midwives. The purpose of this work is to resignify the role of self-care and care for others towards a more human physiological and cultural task. All this in the context of reassessing traditional medical practices that tend to be silenced.

**Key words:** Sociocultural tensions, childbirth, community midwife.

(1) Médico General y Homeópata por el IPN. Maestra en Pedagogía por la UNAM.

Recibido: 9-octubre-2017/Aceptado: 17-enero-2018.

## INTRODUCCIÓN

El primer acercamiento sobre la problemática que viven las parteras comunitarias fue durante mi experiencia como médico pasante en el Centro de Salud Rural de la comunidad de Cerro de Ortega en el Municipio de Tecomán, en el estado de Colima, fue ahí donde surgió la inquietud de estudiar las prácticas socioculturales y médicas. Durante este año una de las tareas que se me encomendaron fue la atención prenatal,

cuestión que no hubiera sido posible sin la ayuda de “Doña María”, la cual paso de ser mi competencia, a ser mi aliada, y a la cual le debo experiencias gratas y otras no muy gratas; y muchos aprendizajes. Aunque actualmente solo se dedica a la atención del embarazo y no del parto hasta hace unos años era una de las parteras más buscadas del pueblo, pero simplemente dejo de “parterear” como ella dice. Éste fenómeno me parece importante retomarlo para llevar a cabo una

reflexión sobre la extinción de una tradición sociocultural que podríamos llamar milenaria.

### ANTECEDENTES

Así como "Doña María" era parte de la comunidad a la que fui asignada, igualmente en México, desde épocas prehispánicas, las parteras siempre han estado presentes. Desde aquellos tiempos la práctica de la partera estaba en manos de mujeres adultas y se volvió una tradición, pero no formaban parte del quehacer de la medicina, si no que era una práctica social. A mediados del siglo XVIII el oficio de las parteras preocupaba tanto a la Iglesia como al Estado. Calificadas de charlatanas y practicantes sin ninguna experiencia clínica, su quehacer fue el blanco de una época regida por el binomio "a mayor población mayor riqueza", que veía en la gran mortalidad infantil una de las causas de pobreza (Agostini, 2001).

Aun cuando su reputación era desprestigiada, la presencia social que tenían era indiscutible, al formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, ya que gozaban de reconocimiento, que les permitió ejercer una influencia considerable sobre las prácticas de la comunidad, sin embargo a partir del inicio de la vida independiente de México en el siglo XIX, las parteras se ven sometidas a situaciones de presión y control que se traducen en limitar su práctica.

Las parteras causaban desconfianza al Estado, pues éste veía en ellas a mujeres envueltas en magia, casi brujería, que

practicaban en secreto, y tenían además popularidad entre las comunidades rurales. Se trataba de terminar con la complicidad verdadera o supuesta, de la partera con los delitos (abortos, infanticidios y abandono de niños). Por todos lados la causa del mal se justificó por la "impericia de las matronas", "su clara ignorancia" y su vanidad, acusación no siempre desinteresada (Davalos, 1998).

Los médicos a través de un discurso degradante de sus saberes prácticos y mediante la institucionalización de los conocimientos obstétricos en la Facultad de Medicina, no permitían que las parteras continuaran con su práctica ya que muchas de estas no podían acceder a este tipo de instituciones por su bajo nivel de escolaridad. En cambio, para la Iglesia novohispana dos eran los asuntos de importancia: el aborto, en la medida que se consideraba un pecado en contra de la santidad del matrimonio y salvar el alma del feto en peligro de muerte; en cambio, para el Protomedicato y la academia decimonónica lo importante era integrar a las parteras a las instituciones médicas. Estas dos vertientes, aparentemente opuestas, formaron parte de los mecanismos de control social que permitieron que la obstetricia abriera paso a la medicina, ese cuerpo complejo y coherente en el cual se reúnen una forma de experiencia, un método de análisis y un tipo de enseñanza (Davalos, 1998).

Los textos escritos en el siglo XIX nos permiten reconstruir cómo a partir de la experiencia empírica de las parteras se fue almacenando un conjunto de registros sistematizados, que la clínica y los médicos

emplearon "a fin de facilitar y de compendiar su estudio" en una disciplina denominada Obstetricia. El embarazo y el parto comprendidos como diagnóstico, es decir, adscritos para "identificar a qué especie y género correspondía la enfermedad que sufría determinada persona" (Agostini, 2001), permitió tener una nueva percepción sobre el cuerpo reproductivo.

El desplazamiento de las parteras, así como su desprestigio social y laboral se da a partir de esta nueva validación de los saberes médicos, con la incorporación de los conocimientos obstétricos y ginecológicos a la enseñanza de los médicos y las parteras, lo que obedece a la jerarquización y apropiación de los saberes relacionados con la medicina. Esta institucionalización les da a los médicos mayor credibilidad y por ende, el control sobre parteras y parturientas, pues desde este momento el será quien determine los lineamientos para la atención del parto, aun cuando estos se encontraban carentes de práctica.

## PROBLEMÁTICA

El saber médico inauguraría "la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, Las mujeres comenzarían a reeducar su percepción corporal, y las pioneras fueron las parteras. A esas "mujeres que se suponían por el público experimentadas en el arte de partear", en adelante se les exigió efectuar un examen ante un "tribunal que estableciera las reglas prudentes a que debían sujetarse en sus exámenes [...] y formar una instrucción de lo

que les estaba permitido y lo que les estaba prohibido". En los manuales se les indicó cómo debían expresarse. La fisonomía sería descrita en los términos reconocidos por el Real Tribunal del Protomedicato: desde la concepción hasta el puerperio y cada uno de los síntomas del "estado de preñez" quedaron registrados en el manual que conformaría la anatomía femenina (Foucault, 1978; 1966).

En contra de lo que consideraron superstición y charlatanería, actuaron el protomedicato y la academia. Los escritores defensores de las políticas de esas instancias ridiculizaron el bautismo, pasaron de largo por la cesárea y tuvieron como principal interés terminar con la labor de las comadronas. En defensa de los cirujanos y parteras, y en contra del "empirismo reinante", fue creada México la Escuela de Cirugía en 1768, donde por primera vez se impartió la cátedra de obstetricia sin mayor éxito. Las parteras, sin embargo, hasta "el año de 1813 no se recibían en el Protomedicato y su profesión, como antes, seguía siendo hereditaria".

El éxito de la academia fue muy relativo hasta bien entrado el siglo XIX. Por un lado, las parteras no asistían a los cursos impartidos pues "apenas saben leer, y escribir, y que hasta ahora, por no haberse sujetado a estudio alguno, se les ha de hacer muy ardua cualquier literaria enseñanza" y, por el otro, los varones que los tomaban debían desprenderse de los preceptos religiosos, que veían en el cuerpo femenino una invitación al pecado.

Por otro lado, un punto a favor de las parteras fue la barrera del pudor. El cual se convirtió en uno de los mayores obstáculos que tuvieron que afrontar los médicos, para desplazar a las parteras del trabajo obstétrico, debido a las creencias que existían entonces en torno al comportamiento femenino, en esta época donde se obligaba a las mujeres a ser recatadas, preferían soportar enfermedades antes de pasar por la vergüenza de someterse a un examen físico de un médico. Esta situación les da un punto a favor a las parteras, ya que las mujeres del S. XIX, tenían más confianza a tratar asuntos relacionados con su cuerpo, con personas de su mismo sexo.

Esta idea sobre el recato y la castidad femenina limita la vinculación del médico con el trabajo obstétrico, sin embargo, la relación entre médicos y mujeres empieza por sectores sociales cultos, donde la mayor posesión de conocimientos y saberes facilita el acceso a los médicos a esta resguarda intimidad femenina, haciéndose más común la atención de partos por parte de los médicos, aunque su intervención será menor que la que tienen las parteras (Cházaro, 2005 y Estrada, 2005).

Ante tal panorama, los médicos poseedores del prestigio social y científico, obtuvieron el derecho a regular las prácticas obstétricas y anular las de dudosa procedencia científica, por ejemplo el parir sentada, hincada o acostada se volvió, para los médicos, un asunto que hablaba del desarrollo nacional.

La guía del atraso era la postura para parir. A más parteros inscritos y menos comadronas

en las cabeceras de las mujeres, mayor era el adelanto del país. Eso quería decir más partos horizontales y mayor reconocimiento a las instancias médicas: parir acostada difiere por completo de las otras dos, pues en ella la enferma toma el decúbito supino, aproximándose a la posición clásica que empleaban los parteros franceses. La partera en estos casos está subordinada casi siempre a la dirección de un cirujano (Viniestra, 1895).

Desde ese punto de vista, el "decúbito supino" dejaría de lado la ignorancia con que eran tratadas las embarazadas; ya no la sacudirían más "como si fuere un saco" para dejarla luego "caer bruscamente" y "después atraparla haciendo se produzca un choque y una compresión brusca sobre el abdomen" (Viniestra, 1895). Por lo que las mujeres de bajos recursos eran quienes recurrían al parto en cuclillas, y aquéllas de mejor posición social eran las que solicitaban el parto en silla, veían en la partera a una adjunta del médico.

Para terminar con la costumbre de que a cualquiera se le permitía ejercer el oficio de partera, los médicos empezaron a marcar diferencias entre sus prácticas y las de la partera. El surgimiento de la medicina los obligaba a rechazar cualquier indicio del antiguo saber ellos no salvarían almas, sino cuerpos. Su conocimiento no provenía de la "ignorante costumbre", sino de "la civilización y adelanto". La crítica médica en contra de la tradición sepultó cuanto tuviese que ver con el quehacer de las viejas parteras; a ésta práctica "empírica" se opuso un saber sistemático, homogéneo, Díaz, L. et. al (2007)

que se impondría sobre todo en las grandes ciudades durante el siglo XIX.

Además del parto en cuclillas que realizaban las indias mexicanas, estaban "las posiciones horizontales", como la "francesa y la inglesa". Los médicos no fueron capaces de reconocer la experiencia acumulada por siglos, sino "moda" y "práctica moderna", además, por supuesto, de una moral que al tiempo que alejó a las mujeres del oficio, encerró en un ambiente de mojigatería velada el antiguo "arte de partear". Esto se sintetiza en razón que los médicos daban para defender la postura de "decúbito supino" ante la de cuclillas o cualquier otra: se debía "a que cuadra mejor con la idea de respetar debidamente el pudor de la mujer, pues da la espalda al partero, consiguiendo ocultar su fisonomía" Díaz, L. et. al (2007).

Podemos concluir que conforme fue creciendo la participación de los médicos en el embarazo y el parto, a través de la obstetricia primero y la ginecología después convirtiéndose en especialidades de la medicina académica, la cual seguía estando reservada a los hombres hasta hace poco y con la finalidad de despojar a la mujer de su saber sobre la reproducción; tratando al embarazo y al parto como asuntos técnicos y especializados que se volvieron exclusivamente propiedad de los médicos, quedando relegado el trabajo de las parteras sólo para aquellas clases sociales bajas que no podían pagarle a los médicos o no tenían acceso a ellos como en las zonas rurales donde se encuentran carentes de estos servicios. Las parteras han dejado su lugar a

los hombres de blanco, ya que su sabiduría socio-cultural y médica entra a veces en tensión con la ciencia, pero muchas mujeres en las comunidades aún las buscan.

Los médicos organizaron y legitimaron el proceso de calificación de las parteras como asistentes técnicos del parto, subordinando a la llamada "partera adiestrada" a la ciencia obstétrica, supervisada por el médico. La adquisición de estos conocimientos no sólo se limitó a los aspectos técnicos del parto, sino que a la calificación de la conducta moral que éstas debían demostrar como asistentes en el proceso de dar vida, por lo que no puede considerarse como un proceso de profesionalización en cuanto a que fueron los médicos, y no ellas, los que controlaron sus estudios y el ejercicio de su profesión durante el siglo XIX (Cházaro, 2005).

Por lo anterior, ahora podemos entender cómo entran en tensión y pierden terreno en el campo de la práctica médica a través de este discurso científico, y por qué las parteras han sido despojadas de ese papel que tenían durante el cuidado del embarazo, el nacimiento y la ayuda de la crianza de los niños, llevándolas a un relegamiento social. A lo largo de la historia los médicos y la institución sanitaria no han tenido en general ningún respeto o reconocimiento para la sabiduría que poseen las parteras, así como para con los elementos incluidos en su manera de atención, al contrario estas se han visto sometidas bajo el control y modificando sus prácticas por lo que es importante reflexionar sobre ¿Qué es lo que sucede con este oficio?, ¿Qué papel juega el médico y el

estado en el despojo de su oficio?, y ¿Cómo afecta esto a las mujeres en su salud?

### **HACIA UNA REVALORACIÓN DE LA PARTERA COMUNITARIA**

Entonces podemos observar que, después de los años veinte donde inicia la descentralización del sistema de salud la partera vuelve a estar en la mira del Estado ahora para implementar políticas de control natal en las zonas rurales. Se buscó a un grupo de personas procedentes de las mismas comunidades rurales que podían mediar estas tensiones entre las autoridades sanitarias y la población campesina. Es decir, se entra en debate entre la llamada cultura moderna y cultura tradicional (Hernández, 1980). Esto sería la tarea de las parteras tradicionales. Esta política responde a la crisis del sistema médico hegemónico, de calidad cuestionable e insuficiente cobertura de la época y la cuál aun en la actualidad no se encuentra resuelta.

La política propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años setenta se dirigió a formular programas integrales de atención a la salud con la participación de las parteras tradicionales. Esta política fue retomada por México y a partir de entonces se estableció una relación entre la medicina tradicional y el sistema médico mexicano (Castañeda, 1992). En ese momento, las parteras se volvieron el enlace de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar con las comunidades, ya que éstos habían sido aceptados rápidamente en los centros urbanos, pero no

en las zonas rurales. Esta falta de aceptación implicó adoptar una nueva estructura vinculada directamente con el ámbito comunitario y crear programas específicos de capacitación de parteras empíricas para incorporarlas a la atención materna.

Todos estos procesos implicaron transformaciones en los discursos y en la visión que se tenía del trabajo de las parteras. Pero en relación de las instituciones con ellas no estuvo exenta de contradicciones, ya que se reconoció que las parteras eran un vínculo indiscutible con las pequeñas comunidades, sus conocimientos y prácticas siguieron siendo devaluados y atacados por las mismas instituciones.

En adelante las parteras fueron integradas a cursos de capacitación que no procuraba abolir por decreto la práctica de la partería tradicional. A través de las capacitaciones, se intentaba refuncionalizar a la partera de tal modo que desapareciera a mediano y largo plazo, mediante la limitación de su práctica nuevamente, ya que tenían que referir a las pacientes a los hospitales y por otro lado impulsando por medio de dichos cursos, una actitud de autocensura entre las parteras, mediante el discurso de los dudosos beneficios de la atención tradicional del parto, resaltando las inconveniencias. Toda política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos que van en contra de la identidad de las parteras.

Las instituciones de salud han creado cursos de capacitación donde se explica lo

que la partera debe hacer para así relegar y subordinar toda la significación cultural del oficio de parteras en las comunidades rurales. Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a las parteras proporcionados por el sector Salud, aún tienen grandes deficiencias, principalmente por que éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, alejados de una realidad sociocultural.

La práctica de las parteras dependía de tres factores: de la validación de la partería tradicional como un servicio benéfico y útil; del reconocimiento de la autoridad médica sobre los temas de salud y enfermedad; y la introducción de una nueva ética que guía el trabajo de las parteras comunitarias bajo el mando del Estado (Sieglin, 2001). Aunque este nuevo discurso no recurre siempre a la estigmatización abierta y directa de las prácticas de las parteras, ellas lo perciben en sus discursos:

“Yo respeto mucho a los médicos porque ellos tienen mucha escuela, ellos saben mucho, tienen mucha escuela, muchísimo saben, ¿Cómo me voy a comparar yo con todo lo que los médicos saben? Yo nunca podría decir. No, pues yo soy más que un médico. ¡Jamás! ¡jamás! No me puedo comparar ni un alfilercito con un médico, porque ellos son muy estudiados.

La transformación de la partera comunitaria en promotora de salud en algunas regiones fue un éxito considerable. Aunque muchas no perduraron en el trabajo, y prefirieron dejar este lugar a mujeres más jóvenes, tampoco

proseguían en la partería tradicional. En parte por temor a ser castigada o investigada por las autoridades en caso de una peripecia, en parte por sentirse viejas y por otro lado el ritmo de los cursos que sólo repiten los mismos temas, muchas parteras optaron por hacerse a un lado. Sólo algunas cuantas atienden aún a mujeres embarazadas y un número menor presta su servicio sólo en caso de emergencia (Mellado, V et. al. 1989).

Por otra parte, el servicio médico reproductivo perdió en el transcurso de los últimos años su inicial carácter gratuito. Dar a luz en un hospital tiene un costo monetario que las familias de bajos recursos no pueden pagar. Actualmente nos encontramos ante una nueva visión de la atención médica donde se tiene que pagar como cualquier otro producto y cuyos precios siguen la lógica del mercado y no la necesidad social. Gracias a los cursos de capacitación y la mercadotecnia médica, la lógica del dinero ha penetrado al pensamiento de la partera y la ha empujado a desplazar, las acciones basadas en valores tradicionales, en donde hasta el tiempo adquiere carácter de mercancía, buscando alguna otra actividad más rentable que su tradición.

Actualmente en nuestro país existen grandes diferencias socio-económicas y culturales, situación que se refleja claramente en la asistencia médica, hay quienes gozan de los adelantos de la ciencia y las mejores instalaciones hospitalarias, así como de los mejores especialistas. Pero al mismo tiempo existen también grandes sectores sociales viviendo en situaciones, técnicas y

procedimientos de siglos atrás y en regiones donde la agricultura ha alcanzado mejores índices de productividad y desarrollo estos grupos disponen de mejores condiciones de trabajo salarios remunerativos y asistencia educativa médica y social. En contraste hay grupos que viven en condiciones precarios sin los servicios asistenciales indispensables.

### HALLAZGOS

En este sentido, el estado de Colima es un claro ejemplo de las diferencias socio-económicas y culturales, ya que mientras el año pasado fue declarado el estado con el primer lugar en calidad de vida y cabe señalar que en el área rural, no goza de estos privilegios económicos, simplemente en el aspecto de la salud, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 el 25.8 % de la población no cuenta con protección en salud.

En el medio rural, en el respecto a la salud, en infinidad de casos el único recurso médico es la partera empírica. Pero tal vez porque no hay profesionista que resista y que se satisfaga con sus honorarios de algunos kilos de maíz o frijol o de unos cuantos pesos, por otra parte, tampoco se puede preparar a médicos o enfermeras que estén dispuestos a caminar algunos kilómetros o montes para sentarse en espera del parto; por ello estas mujeres solo cuentan con la partera y nadie más. Aunado a esto en el área rural mexicana, la probabilidad de presentar riesgo para la salud reproductiva es elevada, debido a las precarias condiciones socioeconómicas que

prevalecen, y la insuficiente cobertura, difícil acceso y dudosa calidad.

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

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

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

articulador de la atención entre la comunidad y los equipos institucionales de salud.

En el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras comunitarias desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de México, en comunidades menores de 2 500 habitantes, el 44.5% de los partos son atendidos por parteras empíricas y, aún en comunidades más grandes (de 2 500 habitantes a 20 000 habitantes), la atención que ofrece es considerable (23.7%) (SSA, 2002).

Ante el auge explosivo de la cesárea como el camino más fácil para dar a luz, las parteras tradicionales han sido puestas de lado, aun cuando sus conocimientos son requeridos en las zonas y comunidades más pobres del país. Mientras que las cifras sobre la práctica de cesáreas aumentan, y se calcula que se practica hasta en 80 por ciento de los nacimientos en México, la partera ni siquiera es reconocida como profesión.

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

Dentro del estado de Colima la atención perinatal registrada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 del estado, la primera revisión de estas mujeres ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en 87.1% de los casos. El parto se resolvió en un 38.6% de los casos por cesárea, 20.8% por urgencia y 17.8% programada. Este mismo indicador en el ámbito nacional fue de 37.9%, ocupando Colima lugar número 15. En cuanto a instituciones, el 34.6% se atendió en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por la SSA-Seguro Popular y el medio privado con un 31.7% y 15.6%, respectivamente. En el ámbito estatal, la institución con el mayor porcentaje de cesáreas fue el medio privado con 66.8% de los partos y seguido por el ISSSTE con 60.2%. En comparación con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud 2000, el porcentaje de cesáreas en Colima aumentó un 24% (31.2 a 38.7%). Por último, el 98.9% de los partos fue atendido por un médico y sólo el 0.6% por partera, lo que está debajo de la media nacional de 4.9 por ciento (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006).

Con respecto a estos datos podemos observar la proporción de cesáreas es ligeramente mayor a la presentada a nivel nacional y que más adelante veremos traducido en problemas de salud perinatal, además del incremento del número de cesáreas también se observa una disminución importante de la atención del parto, aunque solo se menciona cuántos de estos partos fueron atendidos por personal médico es de destacarse que menos del 1% es atendido por

las parteras, lo que confirma el relegamiento de estos actores rurales.

Aun cuando exista aparentemente un buen control prenatal ahora lo que preocupa es el incremento en muertes perinatales. En 1997 según el INEGI la principal causa de mortalidad en menores de 1 año son las afecciones perinatales, lo que se traduce en embarazos no controlados, niños prematuros, anomalías congénitas entre otras. En el estado de Colima según el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia el 52.9% de las muertes en menores de 1 año se debe a afecciones originadas en el periodo perinatal, siendo la primera causa de muerte en el 2002 y en el municipio de Tecoman la número 3. Esto se traduce a que aun con el crecimiento en la última década de la cobertura formal de atención primaria a comunidades rurales y marginadas del país, insuficiente y de calidad cuestionable.

Esta atención deficiente es una de las razones que explica que alrededor del 50 por ciento de la población mexicana emplee los recursos de la medicina tradicional para enfrentar diversos problemas de salud, si bien los motivos económicos y socioculturales son, seguramente, los más importantes y que hacen al usuario determinar el uso de una u otra práctica médica. Como afirma García (1997), nos encontramos frente a una situación donde la brecha entre las distintas formas de concebir y atender la gestación y el nacimiento no se ha reducido sustancialmente por lo menos en el medio rural.

Aun cuando se tienen políticas nacionales de salud donde se promueve la interculturalidad, resulta interesante observar como los diferentes modelos de atención médica se vinculan con diferentes consecuencias y resultados significativos.

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

A partir de estos antecedentes, la investigación realizada tiene como fundamento examinar la institucionalización de la medicina tradicional en particular las prácticas de parteras en México, como un espacio clave donde las tensiones entre necesidades nacionales, prioridades estatales y realidades locales están confluyendo. Pero con una mirada desde la óptica de los mismos actores rurales.

Por otro lado, la atención de los problemas de salud reproductiva y en particular los referentes a la atención obstétrica, en las mujeres de comunidades rurales en este caso en el estado de Colima, requiere incorporar la participación de actores sociales que tengan la capacidad para incidir en esta población. La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Cabe señalar que Colima se encuentra entre los trece estados con una tasa de mortalidad materna mayor que la registrada en el conjunto nacional. El nivel de mortalidad de Colima en 2005 (4.9 muertes por diez mil nacimientos registrados) fue 43 por ciento menor que el de Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados). La consulta a embarazadas fue de 6 762 consultas durante el 2006, representando el 80% del total de las consultas de primer nivel tan solo en el municipio de Tecomán.

Las comunidades de Cerro de Ortega, Caleras y Madrid ofrecen un espacio ideal para el estudio ya que representan a las localidades con mayor número de habitantes y con antecedentes en la profesionalización de las parteras comunitarias como parte de sus políticas de salud y de atención de primer

nivel. Además que dentro de sus principales problemas de atención a la salud reproductiva se encuentran el deficiente manejo de la atención prenatal y la tercera causa de muerte en menores de un año es la afección perinatal por complicaciones durante el parto.

Abordar esta problemática es una tarea compleja, la cual requiere de una nueva forma de abordarse, en cuestiones de salud reproductiva, las parteras desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Estos factores de riesgo durante el embarazo reconocidos tanto por la medicina académica como por la tradicional, con la finalidad de aprovechar este conocimiento en el diseño de programas que permita disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en áreas rurales. Debido a que las parteras comunitarias construyen su conocimiento a partir de un saber tradicional que han adquirido por medio de su experiencia o por transmisión intergeneracional, lo que supone una forma de tratar los problemas de salud muy distinta a la que tienen los sistemas médicos.

## A MANERA DE CONCLUSIÓN

La aceptación de los médicos hacia las parteras tradicionales es un reto que todavía falta saltar con el desarrollo de estrategias que fortalezcan esta relación positivamente. Es necesario modificar la percepción de los médicos sobre el quehacer de las parteras, fortalecer y mejorarlos procesos de interrelación con el personal de salud y que los

cursos de capacitación se adecuen al contexto de las parteras.

El desafío es repensar nuevamente la organización de la atención del parto, delegando dicha tarea en una mujer adiestrada como la partera, y que pudiera ser una alternativa, pero es mucho más interesante que las parteras vuelvan a recuperar el rol tradicional de apoyo a la mujer a través de un modelo de atención personalizado donde la madre se sienta considerada, estimada y apoyada para cumplir el rol de madre. Algunas de las ventajas que ofrecen son: acuden directamente al domicilio de la mujer que se va a aliviar, en algunas ocasiones se quedan algunos días para atender al recién nacido, sus precios son accesibles para las personas con recursos económicos limitados, la partera tiene los mismos valores, idioma y cultura de la persona que se va a aliviar y también porque ayuda a la recién aliviada a las labores domésticas durante la cuarentena. Las parteras también combinan el tratamiento con otros médicos tradicionales y los nuevos saberes aprendidos de la medicina institucional.

Sería importante hacer hincapié en lógica que mantiene sus acciones, ya que mantiene dentro de sí un sistema de creencias ancestrales y estas se combinan con los nuevos conocimientos adquiridos como mecanismos de adaptación y respuesta a las condiciones culturales y socioeconómicas en las que ellas han operado y en gran medida pocas lo siguen haciendo. El reconocimiento de esa coherencia interna es fundamental a mi

parecer para poder respetar realmente la labor de la partera en el ámbito rural de la salud reproductiva.

Es importante retomar el papel de la partera, en el futuro se tiene que promover este oficio como una alternativa a la deficiencia en la atención prenatal por parte del estado, pero dentro de un clima donde la partera no se sienta relegada. En razón a que, generalmente se hace énfasis en cómo utilizar a las parteras, aprovechando su estatus dentro de la comunidad, su influencia y cercanía sobre las mujeres, pero poco se menciona sobre la importancia de integrar y aprovechar su sabiduría y conocimiento.

A través de este trabajo se trató de mostrar de como se ha llevado a cabo la institucionalización de la práctica de la partera en México, como un espacio clave donde las tensiones entre las realidades y necesidades nacionales, la imposición de un conocimiento y la supervivencia de una tradición se hacen visibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostini, C. (2001). "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato", G. Cano y G. José Valenzuela (Coords.) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*. México, Miguel Ángel Porrúa/UNAM.
- Aguirre-Beltrán, G. (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, D.F.: IMSS (Col. Salud y Seguridad Social).
- Aguirre-Beltrán, G. (1994). *Antropología Médica. Obra Antropológica* Vol. XIII México. Fondo de Cultura Económica.
- Carrillo, A. (2017). *Las parteras tradicionales. Su contribución a la humanidad desde la prehistoria al siglo XXI*, en prensa.
- Campos-Navarro R. (1999). "La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina". *Salud Problema*; Año 4(7). México.

- Castañeda Camey X. (1992). "Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos". *Rev. Salud Pública* 34. México.
- CONAPO (2001). *Demanda futura de los servicios de salud reproductiva en la situación demográfica de México*, CONAPO, México.
- Cominsky, S (1992). "La atención del parto y la antropología médica", en Roberto Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México*, Instituto Mora México.
- Cházaro, L. (2005). "Introducción. Historia, Medicina y ciencia: pasado y presente de sus relaciones", Chazaro García L. (editora). *Medicina, Ciencia y Sociedad en el S. XIX*. México El Colegio de Michoacán y Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo.
- Dávalos, M. (1998). "Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas". *Revista Dimensión Antropológica*. Volumen No.13 CONACULTA. INAH. México.
- Díaz, L. et. al (2007). "Las parteras del s. XIX: el despojo de su arte". *Revista DYAMIS*. Granada España.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). *Resultados por entidad federativa, Colima*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. D. F.
- Estrada, R. (2005). "La inevitable lujuria masculina, la natural castidad femenina". En el umbral de los cuerpos". *Estudio de antropología e historia*. Cházaro, L. y R. Estrada, (editoras) México, Colegio de Michoacán y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
- Flores, A y Valladolid, R (1997). "Educación para la salud. Aplicaciones metodológicas", en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades.
- Foucault M, (1978). "Historia de la medicalización", La cultura en México. Suplemento de la revista *Siempre*, No. 835, México.
- Foucault, M, (1966). "El nacimiento de la clínica", México, siglo XXI, en Díaz, L. et. al (2007) Las parteras del siglo XIX: el despojo de su arte. *Revista Dyamis*. Vol. XX. Granada España.
- García, J. (1997). "La capacitación en el Programa IMSS Oportunidades" en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS Oportunidades, México.
- Hernández Llamas H. (1980). "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". En: Ortiz F, ed. *Vida y muerte del mexicano*. México, DF.
- IMSS (1992). *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales*, Dirección General. Programa IMSS-Solidaridad, IMSS, México.
- IMSS (2002). *Concentrado Nacional del Registro de Actividades de Parteras Rurales*, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. División de Planificación Familiar, IMSS, México.
- IMSS-SSA (1994). *Directorio Nacional de Parteras Rurales. Información por Estado, Municipio, Localidad, Edad y Capacitación*, IMSS, México.
- INEGI-INM (2002). *Mujeres y hombres en México*, INEGI, México.
- Lozoya X. (1980) . *Medica Tradicional*. México, D.F.: CEESTEM- IMPEPLAM
- Mellado, V et al. (1989). *La atención del embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Menéndez, Eduardo (1998). "Saber local y toma de decisiones" en Armando Haro y De Keijzer, Benno (Coord.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora, México.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. En: Atención Primaria a la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud; 1978 Alma Ata URSS.6-12 septiembre*. Ginebra: OMS
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2002). *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*. México, D, F. :SSA, 2002
- Sieglin, V. (2001). *De humillaciones, abandonos y maltratos: las instituciones y servicios de salud pública desde la perspectiva de las mujeres campesinas*, Consejo para la Cultura de Nuevo León (CONARTE), Consejo Nacional de Cultura y Artes (CONACULTA).
- Viniegra, F. (1895). *Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas*, Tesis de la Escuela Nacional de Medicina de México, México.

#### PÁGINAS WEB

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