T
799

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

9

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Casa abierta al tiempo

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
POSGRADO EN DESARROLLO RURAL
NIVEL MAESTRÍA

"ALUMBRANDO EN LA OSCURIDAD, SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS".

El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN DESARROLLO RURAL

P R E S E N T A :

VERÓNICA MORENO URIBE

DIRECTORA: CATALINA EIBENSCHUTZ HARTMAN

XALAPA,VERACRUZ,agosto 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
POSGRADO EN DESARROLLO RURAL
NIVEL MAESTRÍA

"ALUMBRANDO EN LA OSCURIDAD, SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS".

El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz.

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN DESARROLLO RURAL

PRESENTA : VERÓNICA MORENO URIBE

DIRECTORA: CATALINA EIBENSCHUTZ HARTMAN

XALAPA,VERACRUZ,agosto 2005

I N D I C E páginas

Agradecimientos.....5

Presentación.....6

Notas preliminares sobre la metodología, o de cómo pensar la transformación como utopía.....10

Capítulo1. Antecedentes y Contexto.....13

1.1 Desarrollo y Salud reproductiva.....13

1.1.1 Políticas de población y desarrollo.....13

1.1.2 El Cairo y su perspectiva sobre el tema de la población y el desarrollo.....15

1.2 La capacitación a parteras y su relación con los derechos reproductivos.....18

1.2.1 Antecedentes históricos del concepto de derechos reproductivos.....18

1.2.2 La renovada concepción de salud y derechos sexuales y reproductivos de El Cairo.....20

1.2.3 Vinculo entre la capacitación a parteras con la posibilidad de hacer efectivos los derechos reproductivos.....23

1.3 La autonomía de la práctica.....25

1.3.1 Precisando el concepto de práctica.....26

1.3.2 La autonomía de la práctica.....28

1.3.3 La conceptualización de las mujeres como sujetos en, desde y para el desarrollo.....34

1.4 Habilitando las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos.....39

1.5 El contexto de las reformas del sector de la salud.....46

1.6 Atención Primaria a la Salud.....50

1.6.1 El trabajo comunitario con los actores de la "medicina tradicional".....53

Capítulo 2. Salud Reproductiva en las comunidades del Cofre de Perote 60

2.1 La región 60

2.1.1 Mujer y salud reproductiva en el Cofre.....61

2.2 Morir por ser madre. Descifrando la inequidad.....63

2.2.1 Las cifras en México.....64

2.2.2 La vida que cesa en tierra jarocha.....66

2.3 Insumos para el efectivo ejercicio de los derechos reproductivos.....74

2.4 La perspectiva institucional sobre la práctica de la partería y sus actrices.....80

2.4.1 Parteras, sujetos de los programas de desarrollo.....83

2.4.2 Los contenidos de la capacitación.....87

2.4.3 El enfoque de riesgo y la terapéutica mixta de atención al embarazo, parto y puerperio.....89

2.4.4 Las reglas del trabajo.....93

2.4.5 Los avatares de la capacitación.....97

2.5 Parteras rememorando.....99

2.5.1 El trabajo con las mujeres, enseñando a resolver.....100

2.5.2 "Sé lo que ellas sienten porque ya lo sentí".....104

Capítulo 3. La transformación de la práctica de la partería.....109

3.1 Género y salud reproductiva.....109

3.1.1 El acertijo de cómo desmontar las relaciones de subordinación.....111

3.1.2 Responsabilidades y derechos en la perspectiva de género implementada en la capacitación a parteras.....120

3.2 La construcción de los objetos de estudio. Recuperando la historia de los discursos.....127

3.2.1 Disputándose la legitimidad del conocimiento. Lo tradicional *desde* lo moderno....128

3.2.2 El abordaje teórico de la medicina tradicional....130

3.2.3 El paradigma de la cientificidad....135

3.2.4 El enfoque de riesgo clausurado. La paradoja del modelo mixto de atención al parto....139

Capítulo 4. Participación, Intervención y Resistencia....149

4.1 Participación como intervención....149

4.2 Haciendo camino al andar....163

Adminículos (a modo de recomendaciones) para un bienaventurado viaje de trasatlántico..166

Bibliografía....175

Agradecimientos

Como en todas las travesías que se emprenden a lo largo de la vida, ésta fue posible gracias a la urdimbre de apoyos y solidaridades de diversa naturaleza.

Quiero reconocer en primer lugar a la décima generación de la Maestría en Desarrollo Rural de la Universidad Autónoma Metropolitana, así como a las maestras y maestros y que nos acompañaron en las nutridas reflexiones sobre el devenir del campo mexicano y sus actores. Agradezco de manera especial al seminario de investigación y a quienes estuvieron de cerca debatiendo paso a paso el itinerario de viaje, proponiendo nuevas rutas por dónde transitar en ultramar. De la maestría recordaré entrañablemente, la lucidez, inteligencia y terquedad de las amigas y maestras: Alejandra L., Natalia, Karina, Susana, Amaranta, Gisela E. y Sonia, así como la hermandad de Mauricio y Raymundo.

Dado que no es posible aventurarse en proyectos a ultramar sin timonel, agradezco también el esfuerzo de Catalina Eibenschutz, directora de tesis, quien acompañó, asesoró, aconsejó, escuchó. guió, y reflexionó cada una de las líneas que a continuación leerás. Sin su compromiso sustancial este documento no hubiera tomado el rumbo que tomó.

La posibilidad material de esta investigación estuvo determinada por el apoyo económico que otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, institución a la que también agradezco.

De manera central dedico este trabajo a las mujeres que reciben la vida en el frío Perote. Mujeres-luz que hacen posible el arribo de la vida a puerto seguro. Su tenacidad para enfrentar la adversidad me motiva a seguir pensando y trabajando en construir alternativas; bitácoras de viaje cuyo propósito sea dignificar las condiciones en que se desarrolla la vida de ellas, y de todas nosotras.

Dedico también mi trabajo a la vena por donde la sangre colombiana y mexicana, fluye y vitaliza. Oriana Justa, amor central, Gustavo, Amparo, Graco, Emiliano y Mencha (entre muchos otros) hacen parte del arsenal que no permite que el navío, aún en tiempos de tormenta, naufrague al fondo abisal.

En la larga lista compuesta por quienes nos vamos encontrando en la travesía, no pueden faltar los amigos y amigas que nos hacen más feliz la vida: a Marta, Elsa, Nicté, Ernesto y familia un gran abrazo.

Presentación

En Ayahualulco, comunidad del Cofre de Perote, las parteras (y enfermeras) recibieron la vida del 84 por ciento de los niños y niñas nacidos a finales de la década de los noventa - de 1207, sólo 200 no fueron atendidos por parteras (INEGI 2000).

Una década antes había llegado a ésta región veracruzana el proyecto de Atención Primaria a la Salud del Cofre de Perote (COPE) que, entre otros programas de trabajo comunitario, proponía la capacitación a parteras rurales, cuyo objetivo general era disminuir el número de decesos de las mujeres que se atendían con ellas

Xocotepec, Ayahualulco y Tlalconteno son tres comunidades del municipio de Ayahualulco. Veracruz en las que COPE operó y en las que viven las parteras cuya historia aquí se quiere recuperar[1] y reconocer. Algunas de ellas recibieron la capacitación, otras, las de más edad, no.

Alumbrando en la oscuridad, es la síntesis de varias metáforas entrelazadas: por una parte refiere a lo que se ilumina estando en la penumbra, en el desconocimiento, revela por ejemplo las condiciones en que se dan los nacimientos en las frías tierras peroteñas, revela también las posibilidades que tienen quienes atienden estos nacimientos, de brindar un servicio de calidad, oportuno y que no ponga en riesgo la vida de la madre y del recién llegado a la vida.

Sin embargo la luz no sólo emana del que arriba naciendo, iluminan por igual las manos que lo acogen al mundo y que son para muchas mujeres la única oportunidad de atención. En un tercer sentido la metáfora puede leerse como la posibilidad de permanencia y transformación de las prácticas, en contextos donde impera la invalidación de su manera de entender, representarse y operar en la salud.

La manera en la que está vertebrada la arquitectura de esta investigación, es la siguiente:
El primer capítulo se divide en seis partes, en la primera (1.1) se expone y desarrolla contextualmente el vínculo entre la salud reproductiva y las políticas de población y desarrollo. La capacitación a parteras deviene en unidad de análisis para discutir este vínculo donde lo medular es

[1] Las entrevistas a las parteras de las comunidades mencionadas se hacen aproximadamente diez años después de iniciada la capacitación

problematizar si las condiciones en las que se instrumentan acciones, programas y proyectos permitieron y fomentaron la construcción de capacidades autónomas en los sujetos.

En la segunda (1.2) se aborda el proceso de capacitación como una estrategia para hacer factible el ejercicio de derechos reproductivos, específicamente los relativos a recibir servicios de calidad, efectivos y oportunos y a tener acceso a la información suficiente para la toma de decisiones. Desde esta perspectiva se presupone que los asuntos vinculados con la reproducción humana están sujetos a derecho y en ese sentido son susceptibles de ser defendidos.

Dado que una de las preguntas centrales de la presente investigación fue si la capacitación abonó en la construcción de capacidades autónomas por parte de las parteras para resolver la necesidad concreta de atención al embarazo, parto y puerperio,[2] para la toma de decisiones y la elección, así como para ejercer y hacer factible tal elección en la práctica, el punto 1.3 define límites y fronteras conceptuales en relación al problema empírico: ¿qué se entiende por autonomía y práctica?, ¿Por qué estos conceptos son útiles para problematizar el caso que nos ocupa?

Entendiendo la salud reproductiva como bien social y como derecho, nos preguntamos en el apartado 1.4 de este capítulo ¿quiénes están obligados a garantizar, promover y preservar las condiciones que hagan efectivo el ejercicio de los derechos que están en la base de la salud reproductiva?. Se parte de las consideraciones desarrolladas en la primera parte para cuestionar las condiciones que permiten o impiden que la toma de decisiones respecto a la práctica se hagan conforme al principio de auto–determinación, ¿existe un compromiso institucional de trabajar tanto en el mejoramiento de las condiciones que permitan aumentar la capacidad autónoma de toma de decisiones, como en la desarticulación de los obstáculos que impiden este proceso?

En la quinta parte (1.5) se plantean algunos elementos contextuales al respecto de las reformas al sector de la salud en México, con el propósito de tener un marco de referencia para entender la aplicación de un proyecto de Atención Primaria a la Salud (APS), como el de COPE.

La particularidad de este proyecto de APS es descrita en la última parte del primer capítulo (1.6). Entre otras cuestiones se problematiza el papel que juegan los actores comunitarios —en este caso las mujeres parteras— en la planeación, ejecución y evaluación de los proyectos comunitarios que

[2] En adelante E-P-P

las postulan como principales responsables, pero que no las integran en el proceso de toma de decisiones.

El segundo capítulo tiene como propósito la construcción de un contexto interpretativo del estado de la salud reproductiva- específicamente la relativa a la atención del E-P-P-, en la región de estudio (2.1). Esta regionalización se fundamenta, en tanto permite la elaboración de un marco de referencia para entender el proceso de transformación de la práctica de la partería a raíz de la capacitación.

Así, en este capítulo la pregunta base es si la transformación de la práctica obedeció a que las parteras construyeron habilidades y capacidades autónomas, para resolver necesidades específicas de su experiencia en la salud reproductiva comunitaria, o por el contrario, es una práctica representativa de cómo se opera desde las instituciones un discurso coercitivo y controlador, fundamentado en la importancia de su permanencia para resolver las necesidades de la población rural -en vista de la carencia de una estructura de salud eficiente-, que adjudica responsabilidades a las mujeres que la practican, que sin embargo no se acompañan de la correlativa garantía de derechos.

En la parte 2.2 y 2.3 de este segundo capítulo se analiza el fenómeno de la mortalidad materna y se describir el contexto de precariedad y ausencia de sistemas de bienestar y seguridad social.

La cuarta parte (2.4) describe la peculiaridad del trabajo de COPE en la región del Cofre de Perote, sus principios operativos, objetivos, los contenidos de la capacitación, el proceso de vinculación con las parteras, la conformación de un actor susceptible de ser capacitado (la partera de "nueva generación"), así como las estrategias de capacitación y de participación comunitaria y la propuesta de construcción de una terapéutica mixta de atención al parto.

En la última parte de este capítulo (2.5), dos parteras narran sus experiencias y percepciones sobre la capacitación, sobre las condiciones en que practican sus saberes, sobre vivir, nacer y morir en sus comunidades, sobre la importancia de su trabajo, pero también respecto a la discriminación, la violencia que han vivido como parteras, la posibilidad de aplicar lo aprendido en la capacitación y lo que ésta no les enseñó y desearían saber. Puesto que la metodología utilizada en esta tesis es preponderantemente cualitativa, es de suma importancia partir de la interpretación que los propios sujetos tienen sobre sus procesos; por esto el apartado de "parteras rememorando" tiene por objeto

recuperar este proceso de significación de sus prácticas a través del tiempo, de la transformación que ésta ha sufrido y de cómo ha impactado en la propia metamorfosis como sujetos.

En el tercer capítulo la transformación de la práctica de la partería será observada desde una dimensión cultural, referida a dos tipos de relaciones. La primera, analizada en el apartado 3.1, es la genérica en la que se discutirán las implicaciones de la capacitación desde una perspectiva que problematiza las estrategias utilizadas por los capacitadores para abordar el problema de la inequidad en este tipo de relaciones; en tanto las condiciones desiguales sociales, culturales, económicas, inciden sobre la aplicabilidad de los derechos, en su viabilidad, es de sumo interés preguntarse por el caso donde intervienen relaciones de género y/o prácticas exclusivamente de mujeres, como la práctica de partería cómo es que esas desigualdades se convierten en desventajas. ¿Permitió el espacio de la capacitación reflexionar sobre cómo desmontar los mecanismos que instrumentan la subordinación genérica, o por el contrario la propia capacitación reforzó las representaciones que están en la base de esa subordinación?.

En la segunda parte (3.2) se discutirá el problema de la intermediación institucional para la conformación de una terapéutica mixta de atención al proceso de embarazo, parto y puerperio. Es decir, el segundo tipo de relación será el existente entre la medicina llamada tradicional —en este caso la que practican las parteras— y la biomédica hegemónica. ¿Cuáles son las características de la construcción de ese conocimiento mixto? ¿se están contemplando las percepciones que las parteras tienen sobre los recursos y las acciones terapéuticas? ¿la transformación de la práctica es el resultado de la construcción colectiva del conocimiento terapéutico, o se presenta en virtud de un proceso de validación terapéutica que subordina los saberes "tradicionales" a los "científicos"?

La dimensión política de la transformación de la práctica, se abordará en un cuarto capítulo que discutirá las estrategias de participación comunitarias promovidas en la capacitación (4.1) y su relación con la conformación de habilidades para determinar necesidades, para visibilizar obstáculos y proponer estrategias de desarticulación de los mismos, para asumir responsabilidades o resistir a las impuestas, para consolidar capacidades retomando las experiencias colectivas, para construir canales y mecanismos de negociación que permitan ampliar el horizonte de oportunidades y opciones, en fin, discutirá también desde una perspectiva ética y política, ¿qué se entiende por participación?, ¿quién se beneficia de estos proyectos de desarrollo?, ¿de qué manera se ha vinculado a las mujeres en las políticas y programas de desarrollo y qué se ha hecho para promover procesos de organización y participación de este sector? ¿cómo abordar el papel de la intervención institucional en los proyectos de desarrollo rural? ¿cómo reflexionar la participación comunitaria

desde una perspectiva que dé prioridad al punto de vista de los actores comunitarios, a sus expectativas y necesidades, a sus elecciones, experiencias y deseos?

La última parte del cuarto capítulo (4.2) reflexiona sobre la labor de los interventores que promueven el desarrollo rural. Una vez más la ética sirve como herramienta de análisis para cuestionar veredas y posturas, quehaceres y luchas.

Para terminar, a manera de *adminículos para bien viajar* en futuras e inmediatas travesías, se proponen, sugieren, —más que se concluyen— 10 recomendaciones a considerar para la elaboración de nuevas bitácoras de capacitación a parteras rurales, que se fundamentan en el imperativo de que los proyectos de desarrollo rural tengan como propósito la transformación de la injustas relaciones en que viven las mujeres del campo.

Notas preliminares sobre la metodología, o de cómo pensar la transformación como utopía.

Todo proceso social de cambio profundo, como la transformación de un práctica cultural, (que tiene sin embargo un impacto *más allá* de lo cultural, en lo económico, político y social) requiere de herramientas teórico metodológicas que permitan captar el conflicto y las relaciones de poder -resistencia, negociación y lucha- que ocurren como trasfondo en el proceso de transformación, que es también un proceso de disputa por la legitimidad de los discursos, los recursos simbólicos y materiales y los proyectos.

Partimos de la premisa de que la definición de cualquier problema de la realidad debe ser referido al contexto en que se inserta (Zemelman 1987), negar el contexto como punto de partida, significa ir en dirección contraria a la idea de que el quehacer del investigador en ciencias sociales está comprometido en la empresa de entender la manera en que cobran especificidad (en el contexto) los proyecto de transformación de la realidad. Estos proyectos son entendidos como concreciones particulares, de los cuales es factible interpretar el vínculo de los sujetos con su realidad, vínculo materializado en la capacidad de modificar el estado de cosas y por tanto vínculo significante de utopía.

La reflexión sobre la vida social tiene como materia prima el marco de significados con base en el cual el observador opera para darle sentido a esa vida social. Como menciona Max Weber (1976), todo conocimiento de la realidad se funda en el punto de vista particular de quien se pregunta por ella. Puesto que la realidad es inaprehensible en su totalidad, los procesos sociales deben indagarse en términos de los significados que tienen para los sujetos determinadas particularidades de esa realidad seleccionadas por ellos.

Tenemos entonces un imperativo metodológico que es preciso retomar: existe en la investigación un doble proceso hermenéutico, primero, en el que se indaga por el propio posicionamiento de quien piensa la realidad, por la manera en que construye las relaciones entre los procesos que la integran, por los intereses que lo llevan a seleccionar un objeto de estudio y por la forma en la que construye conocimiento sobre ese objeto, delimitando observables para abordarlo. Estas observables, son producto de un marco teórico que en sí mismo es un marco significativo con una funcionalidad práctica, que permite el entendimiento del mundo, la relación con él.

Por otra parte el investigador se ocupa de un mundo preinterpretado por los sujetos. Este proceso de significación debe ser también centro de atención de quien se interesa por entender la trama de los procesos sociales ya que constituye el proceso de producción de la realidad misma (Giddens 1993)

Captar este proceso requiere de una herramienta metodológica que permita observar la manera en que las prácticas son constituidas estructuralmente y cómo se constituyen las estructuras en la práctica de los sujetos (Giddens 1993). Esto es, cómo el proceso de asignación de significado que los agentes realizan al respecto de su práctica está mediado por las condiciones materiales en las que esa práctica se inscribe.

Desde la perspectiva que vincula práctica y contexto (al agente que las realiza y significa y al contexto de necesidades y expectativas a que estas prácticas responden), las prácticas no son en sí mismas significantes, sino en la medida que los sujetos históricos las interpretan y las dan sentido.

Esto no quiere decir sin embargo que exista una relación unidireccional entre práctica y contexto, o entre individuo y sociedad. Aunque el sentido que para los sujetos tienen sus prácticas está mediado culturalmente, esto es, lo colectivo –la sociedad, el contexto- está depositado bajo diversas disposiciones en los sujetos, estas prácticas se pueden resignificar en virtud de la experiencia de vida particular de los sujetos.

Para el caso de la práctica de la partería que se ejerce en el Cofre de Perote, es necesario partir del análisis de la red de relaciones que convergen para darle especificidad, así como de las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas a las que responde. Es decir, limitar el análisis de la partería a su diferenciación como práctica tradicional, impediría entender cómo los sujetos específicos construyen respuestas frente a necesidades, como la atención al E-P-P, con relación a una manera de entender lo que es la enfermedad, la salud y disponer de los recursos simbólicos y materiales para obtenerla y/o recuperarla.

Estas respuestas tienen un contenido histórico y social. Lo que deriva en la necesidad de relativizar – o en todo caso contextualizar - los saberes que son construidos para tratar de incidir en lo que se entiende como enfermedad. Por esto la importancia de referirlos a la particularidad de su adscripción. Ante un mismo hecho – el riesgo a morir en el parto, por ejemplo -, doctor y partera construyen diagnósticos, pronósticos, interpretan y ponen en funcionamiento conocimientos y recursos, cuyo objetivo es lograr que su práctica sea eficaz, acertiva, resuelva una necesidad.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

1.1 DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA

En la primera parte de este capítulo analizo brevemente la influencia que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo tuvo en la transformación de la política de Estado en México en relación al control demográfico, esto es, el tránsito de una política que buscaba garantizar el desarrollo por medio del control de la natalidad, a otra centrada en la autonomía en las decisiones reproductivas y en donde el desarrollo es entendido tanto como un derecho, como el conjunto de condiciones que hacen posible el ejercicio de otros derechos.

1.1.1 Políticas de población y desarrollo

A diez años de la quinta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo, Egipto, con la participación de 4 000 delegados oficiales representando a 180 países y más de mil representantes de Organismos no Gubernamentales (ONGs), los expertos del tema en salud reproductiva y sexual han señalado que ésta representó un parteaguas en la definición de políticas de población. En las anteriores conferencias[3] la discusión en torno al vínculo entre población y desarrollo, tenía un rumbo unívoco; desde la perspectiva de los que ahí opinaban y dictaminaban planes de acción, la pobreza en los países por ellos denostados como subdesarrollados, se explicaba en parte por la carencia de políticas que regularan la fecundidad. En la lógica de desarrollo promovida, la ecuación pobreza—crecimiento poblacional—subdesarrollo podía ser conjurada con políticas y programas que permitieran reducir los índices de natalidad, controlando la fecundidad de las poblaciones por medio de estrategias de control de la natalidad y/o planificación familiar.

En México el discurso político en torno a la población se definió de dos maneras antagónicas. Por una parte se le consideró como la condición de fortaleza nacional y, por otra, como obstáculo para el crecimiento económico y social (Warwick 1982, Sandoval 1988, Cabrera 1989, citado por Cervantes 1998). Aún cuando múltiples estudios han puesto en entredicho la relación inversa entre población y desarrollo, la tendencia sin embargo ha sido interpretar el crecimiento poblacional como obstáculo de este.

Esta interpretación significó que la integración del componente poblacional al proyecto de Estado tendría que ser concordante con el paradigma de desarrollo que preconizaba la relación causal entre modernización, modernidad y desarrollo.

La modernización, en tanto ideología del desarrollo, funge como paradigma del modelo de crecimiento en las décadas de los 50 y 60 y tiene en la propuesta etapista del desarrollo de W. Rostow a uno de sus principales representantes (Hettne 1982). La Modernidad es vista como la etapa de crecimiento económico más evolucionada, producto de la transición desde la tradición hasta la industrialización, racionalización de toda técnica y producción y cuyo representante es el occidente modernizado.

A pesar que la evidencia empírica mostraba que los efectos de la crisis económica de los ochenta habían afectado seriamente el nivel de vida de la población —tanto por las consecuencias negativas en los ingresos y su impacto en el consumo de alimentos, en la educación y la salud, como por la reducción del gasto público y privado—, pero además que la disminución de la tasa de crecimiento de la población coexistía con la crisis, la política de Estado frente al componente poblacional se focalizó en fijar metas en la disminución del crecimiento demográfico como vía para no obstaculizar el desarrollo. Al contrario de revisar las políticas económicas y vías de desarrollo que originaban y promovían la desigualdad social en el acceso a sistemas de bienestar y recursos, se centró la atención en el control de la fecundidad de la población (Espinosa y Paz 2000; Cervantes 1998). Este argumento provocó, a partir de 1974, un viraje en los planes de desarrollo de México, en los que se estipuló como meta demográfica primordial la reducción de la población.

Por esto, al referirse a El Cairo, se menciona un cambio de paradigma en lo referente a políticas de población. Por primera vez se decide no fijar metas de reducción demográfica, puesto que se entiende que, para garantizar el desarrollo, no es suficiente con bajar la tasa de fecundidad de las poblaciones. Incluso el concepto de desarrollo es problematizado desde perspectivas antes no contempladas; se discute la relación entre desarrollo económico, pautas de consumo, medio ambiente y dinámicas de población. De esta forma se reconceptualiza el problema de la pobreza, por ejemplo en relación con el deterioro ambiental, de manera que se deja de responsabilizar a los pobres de este problema. Consecuentemente, se considera que, por el contrario, había que estudiar las consecuencias del consumo de los países ricos. En síntesis, "... se transitó de un enfoque

[3] La primera se realizo en Roma en 1954, la segunda en Belgrado en 1964, la tercera en Bucarest en 1974 y la cuarta en

'demografista', a otro en el que las políticas poblacionales quedaron engarzadas a una perspectiva de desarrollo más armónica, equitativa y humana" (Espinosa y Paz 2000).

Este nuevo enfoque, que priorizó el bienestar de la gente frente a la reducción de la población, se tradujo en la promulgación de metas nuevas como la reducción de la mortalidad materno infantil, el fin de la desigualdad en acceso a educación entre hombres y mujeres y el acceso universal a servicios de salud reproductiva.

A continuación analizo las implicaciones del viraje en el enfoque sobre el vínculo entre desarrollo y población, a raíz de la CIPD, de El Cairo y las repercusiones que esto tuvo en la manera de resignificar el tema de la reproducción.

1.1.2 El Cairo y su perspectiva sobre el tema de la población y el desarrollo

El tema de la reproducción de las poblaciones fue considerado desde una perspectiva social y humanista. Esto implicó la transformación sustantiva del objeto de estudio; en principio los asuntos vinculados con la reproducción fueron considerados sujeto a derecho (Espinosa y Paz 2000), es decir susceptibles de ser impugnadas sus violaciones y defendida su vigencia. La reproducción pasó de ser abordada como objeto de control de políticas y planes de desarrollo a ser discutida desde una óptica que la contemplaba como consecuencia de la toma de decisión de los sujetos.

El abordaje del tema de la reproducción desde una óptica sociológica, significaba considerar elementos antes omitidos por la perspectiva "demografista". Por una parte se problematizó, gracias al enfoque promovido por el movimiento de mujeres, desde una perspectiva de género; esto se tradujo en la posibilidad de analizar el problema integrando diversas reflexiones sobre la construcción cultural de lo femenino con base en la maternidad, la imposibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su cuerpo y su reproducción debido a impedimentos de orden cultural, político y legal, la expropiación de su sexualidad, las implicaciones de la división sexual del trabajo, en la salud, en el acceso a la educación, a la equitativa remuneración, el reconocimiento de la importancia de su participación no sólo en el ámbito reproductivo sino también en el productivo, etcétera.

México en 1984.

La resignificación del tema de la reproducción precisó de un viraje metodológico, que obligo a ubicar la problemática en un contexto de referencia y a preguntarse por las estrategias que han instrumentado las sociedades para regularla, por las representaciones sociales sobre los procesos de salud, enfermedad y atención a la reproducción y por los conocimientos, especialistas y recursos generados para atender los procesos de embarazo, parto y puerperio.

En fin, la consideración de estas y otras cuestiones significó, como se dijo ya, la construcción de un objeto de estudio cuyo sustento era la idea de que la salud reproductiva es un derecho de todas y todos, un bien social que es necesario proteger, que los estados están obligados a promover, preservar y garantizar disponiendo recursos, que se debe exigir pero también impulsar con la propia participación en condiciones de respeto y autonomía, que debe ser considerada como indicador de bienestar, que su presencia en las agendas y planes de desarrollo debe ser no sólo discursiva, que debe entendérsele como un ingrediente que necesariamente tiene que estar presente en el proceso de la urgente transformación de las estrategias y de los criterios que han de prevalecer para la construcción de un proyecto de desarrollo más humano y equitativo.

En El Cairo diversos sectores sociales (pero de manera contundente los grupos de mujeres) confluyeron para discutir las políticas y programas de población desde una óptica que interrelaciona los derechos humanos, las pautas de consumo y producción, el desarrollo económico, la dinámica y estructura demográfica y el deterioro del medio ambiente.[4] La premisa que vincula estos tópicos y que se traduce en propuesta de acción, es que el desarrollo es un derecho cuya factibilidad depende, entre otras cuestiones, de que se promueva la autonomía de las mujeres.

En el capítulo segundo del Programa de Acción de la CIPD, se describen los 15 principios bajo los cuales opera la Conferencia (y por tanto con base en los cuales debe operar el plan de acción que de ella derive), se mencionan como derechos fundamentales: el derecho al desarrollo (principio 3) entendido como "... un derecho universal e inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales y la persona humana es el sujeto central del desarrollo..." (Germain y Kyte 1995: 19); los derechos de las mujeres como derechos humanos (principio 4), que buscan garantizar y promover la equidad e igualdad de participación de la mujer en la vida política, económica y social de sus comunidades, eliminar la violencia contra ella y asegurar que pueda tener un efectivo

[4] De acuerdo con Graciela Freyermuth (2003: 45) la agenda de El Cairo contempló: "1. crecimiento poblacional / desarrollo sustentable/ medio ambiente; 2. elevación de la calidad de vida (desigualdades y subdesarrollo), 3. Desarrollo humano (empoderamiento de las mujeres y las niñas), 4 Derechos reproductivos; 5 Calidad de los servicios de salud reproductiva y 6) participación de la sociedad civil y colaboración entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales."

control de su fecundidad; el derecho al desarrollo sostenible como elemento imprescindible para lograr el bienestar y eliminar la pobreza y que implica que las diferentes naciones concernidas[5] asuman su responsabilidad en la aplicación de acciones que permitan operacionalizarlo; y el derecho de niños y niñas a la salud y la educación.

Si bien no es el objetivo de este apartado hacer un análisis detallado de cada uno de los temas que se abordaron en El Cairo, quiero destacar algunos en tanto se relacionan con el de salud y derechos reproductivos. Así, en el capítulo tercero del Programa de Acción, en el que se discute la relación entre población, crecimiento económico y desarrollo sostenible, se insiste en que las políticas para abatir la pobreza deben considerar que son las mujeres "las más pobres entre los pobres" y por tanto su planeación tiene que hacerse teniendo como prioridad sus necesidades y el fomento de su autonomía como requisito para el mejoramiento de la calidad de vida de todos. Una vez más encontramos en el capítulo IV, fracción 4.1 del documento citado, este llamamiento a crear las condiciones que posibiliten la autonomía de la mujer en diferentes esferas, que se proyectará en el acceso a la educación como vía para el empoderamiento, es decir como habilitante para el ejercicio de derechos, la resolución de necesidades y la toma de decisiones:

> "(...) En la mayoría de las regiones del mundo, la mujer recibe menos educación académica que el hombre y, al mismo tiempo no se suelen reconocer los conocimientos, aptitudes y recursos de la mujer para hacer frente a la vida. Las relaciones de poder que impiden que la mujer tenga una vida sana y plena se hacen sentir en muchos planos de la sociedad, desde el ámbito más personal hasta el más público. Para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos, aligeren sus responsabilidades extremas con respecto a los quehaceres domésticos, eliminen los obstáculos jurídicos a su participación en la vida pública y despierten la conciencia social mediante programas de educación y de difusión de masa eficaces (...)" (Germain y Kyte 1995: 20)

Estando de acuerdo en lo fundamental de este planteamiento que centra el análisis en las condiciones del contexto que impiden o permiten el acceso a los diversos recursos que son

[5] Observar las recomendaciones del Programa de Acción es un derecho soberano de las naciones participantes, no hay ninguna obligatoriedad al respecto de su cumplimiento, de hecho recientemente el Departamento de Estado de los Estados Unidos se opuso a reafirmar ante la ONU los compromisos hechos en El Cairo en 1994, así como la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de 1995, negándose también a ratificar la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Mujeres (Rodríguez 2004)

determinantes para el ejercicio práctico de la autonomía y de los derechos, paso a discutir de qué manera se relaciona el tema de la salud y los derechos reproductivos, con el objeto de estudio de esta tesis, la capacitación a parteras rurales.

1.2 LA CAPACITACIÓN A PARTERAS Y SU RELACIÓN CON LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

En este apartado se expone el desarrollo histórico del concepto de derechos reproductivos, a partir del S. XIX y hasta la segunda mitad de la década de los noventa del S. XX. Retomo una vez más, la CIPD como parteaguas en la definición de este concepto, en sus alcances, dimensiones y en las obligaciones y derechos que estipula. Por último analizo de qué manera se relaciona el trabajo que hacen las parteras en sus comunidades con el planteamiento de los derechos reproductivos.

1.2.1 Antecedente histórico del concepto de derechos reproductivos

El planteamiento original de los derechos reproductivos ha sido ubicado en la lucha del movimiento de mujeres en diferentes latitudes del orbe. Para el siglo XIX las socialistas Owenite de Inglaterra[6] consideraban que en el problema del control de la natalidad convergían, lo que en adelante se convertiría en el contenido de una doble reivindicación: la emancipación política y social de la mujeres y la posibilidad de apropiación y control del cuerpo (que implicaba la obtención de conocimientos para el disfrute sexual) (Sanger 1920, citada por Correa y Petchesky 1994).

Sin embargo el término "derechos reproductivos" parece ser más reciente. Las citadas autoras feministas mencionan que su origen se remonta a 1979, año en que se fundó en Estados Unidos la Red Nacional por los Derechos Reproductivos (RNDR). Uno de los primeros escenarios de aparición del término fue en la Campaña Internacional por los Derechos al Aborto, a principios de los 80 y la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Amsterdam (1984) que se transformó en la Red Global de las Mujeres por los Derechos Reproductivos.

Independientemente de la trinchera o del discurso abanderado en la lucha, el movimiento de mujeres a favor de su salud tenía como premisa la idea de que, en la medida en que se promoviera la igualdad de estatus de la mujer respecto al hombre en las sociedades que ambos conforman, éstas

[6] Entre las líderes que en el siglo XIX impulsaron la lucha por la autodeterminación sexual, la emancipación de las mujeres en la sociedad y el control del cuerpo (incluida su capacidad reproductiva) figuran Margaret Sanger en Estados Unidos y Stella Brown en Inglaterra. Por el contrario en el siglo XX el movimiento de mujeres en Asia, África del Norte y América Latina, que promovía el control de la natalidad, no centró la lucha en el tema de la sexualidad, sino que reivindicaba el derecho (en negativo) de rehusarse a tener relaciones sexuales y a tener hijos no deseados (Correa y Petchesky 1994)

"...tendrían que ser respetadas como agentes morales completos con proyectos y objetivos propios" (Correa y Petchesky 1994: 3)

A finales de los 70 y principios de los 80 surgen en los diferentes continentes organizaciones de mujeres que debaten el tema de la "condición de la(s) mujer(es)" teniendo como elemento central el cuerpo. De esta manera el cuerpo deviene objeto de estudio al que a su vez se vinculan temas como los derechos, el trabajo, la salud, la educación, el poder, la sexualidad, la pobreza y el desarrollo. Así, si al principio de este periodo la discusión giraba en torno a la posibilidad de decisión de las mujeres, así como a la necesaria diferenciación, sobre el uso reproductivo, sexual (u otros) de su cuerpo, a medida que avanzaba la década se vislumbraba con mayor claridad el interés de relacionar la problemática de la salud de las mujeres y de las decisiones tomadas al respecto, con un contexto social, cultural, político y económico que la determina, impide o posibilita, la significa y valora (Women's Global Network for Reproductive Rights 1991, citado por Correa y Petchesky 1994)

Esta precisión contextual en el análisis de los derechos reproductivos y sexuales[7] tuvo entonces varias repercusiones. Por una parte permitió ampliar los campos de acción a que referían incorporando al de la fecundidad, el de la mortalidad materna e infantil, la infertilidad, la esterilización no deseada, la desnutrición en mujeres y niñas, la violencia sexual, la mutilación genital, las enfermedades de transmisión sexual entre otros. Por otra parte, el tema de las decisiones relativas a la reproducción y la sexualidad se vinculó con el de las *condiciones* que las restringen, es decir, con la posibilidad de ejercicio de las decisiones en tanto se funda- el ejercicio- en una perspectiva de derechos.

Estas condiciones podían ser la reducción del gasto social a consecuencia de las reformas de ajuste estructural, la carencia de infraestructura sanitaria, transporte público, instituciones, recursos y prestadores de servicios, o las condiciones culturales que les permiten a las mujeres valerse de redes de solidaridad y apoyo comunitario y familiar por ejemplo, para hacer efectivas sus decisiones, acceder a información oportuna y confiable etcétera.

[7] Ya en los ochenta se observa la reiteración del vínculo entre derechos reproductivos y autodeterminación sexual pues se concibe que uno de los elementos consustanciales a la idea del control de las mujeres sobre su cuerpo, es precisamente el derecho a la autodeterminación sobre todo aquello que incida en su salud, como la sexualidad: este vínculo es observable en iniciativas como la del Ministerio de Salud Pública de Colombia que "ordena a todas las instituciones de salud asegurar el derecho de las mujeres a decidir en todos los aspectos que afectan su salud, su vida y su sexualidad y garantiza los derechos a ' la información y a la orientación que permitan el ejercicio libre, gratificante y responsable de la sexualidad, la cual no puede estar limitada a la maternidad ' " (citado por Cook 1993[a], en Correa y Petchesky 1994 4)

1.2.2 La renovada concepción de salud y derechos sexuales y reproductivos de El Cairo

En la CIPD de El Cairo la visibilización de los múltiples actores concernidos en garantizar, decidir y responsabilizarse al respecto de la salud reproductiva, fue en efecto un propósito implícito a la nueva consideración de ésta como bien social (Isaacs, S., *et al* 1998), que se derivó del proceso de elucidación de fundamentos de orden ético.

En tanto derecho humano, los derechos reproductivos conllevan la articulación de por lo menos dos actores, la sociedad civil y el Estado, en el que la primera se vale de aquellos para hacer cumplir al segundo una serie de obligaciones y responsabilidades concordantes con una normatividad, que permite regular la relación entre ambos y que guía las acciones, políticas, programas etcétera. Además los Estados deben garantizar las condiciones de objetivación de estos derechos, la existencia de medios y recursos que hagan factible su ejercicio con plenitud.

En este sentido tales derechos fungen como parámetros, mecanismos de regulación y vigilancia, que en un sentido práctico se traducen en formas legales con las cuales defenderse y evaluar el cumplimiento e incumplimiento de los estados nacionales frente a la satisfacción de las necesidades, con respeto a la integridad y a la diferencia de los grupos sociales (Cervantes 1998)

La renovada concepción de salud reproductiva se sustentó en el ejercicio de los derechos equivalentes. Para esto el Programa de Acción de El Cairo fungió como instrumento cuyo objeto era responsabilizar tanto a los gobiernos como a los organismos internacionales que se hubiesen suscrito a los compromisos adquiridos ahí, como fue el caso de México.

Así tenemos que la definición que se precisa en el capítulo VII "Derechos reproductivos y salud reproductiva" del Programa de Acción del consenso de El Cairo dice:

> "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud

reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, *la atención de la salud reproductiva* se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (Germain y Kyte 1995:22)[8]

En el apartado 7.3 de este mismo capítulo se definen los derechos reproductivos como derechos humanos y se especifican en diferentes dimensiones aludidas en la definición anterior arriba transcrita. Estas dimensiones de los derechos son.[9]

1) La del reconocimiento del derecho de la pareja y de los individuos a determinar de manera libre y responsable la cantidad de hijos que quieren tener y el intervalo y espaciamiento entre los nacimientos,[10]

2) La del reconocimiento del derecho a disponer de información y medios para la toma de decisiones,

3) La del reconocimiento del derecho a que las decisiones tomadas se hagan sin riesgo a la discriminación, coacción o violencia (de conformidad con las disposiciones universales de los derechos humanos) y

4) La del reconocimiento al derecho a alcanzar los niveles de salud sexual y reproductiva más elevados.

---

[8] Las cursivas son mías

[9] En este mismo capítulo se menciona con especial énfasis las obligaciones frente a los derechos de los adolescentes, como grupo vulnerable debido a la falta de información y servicios para atender sus necesidades específicas

[10] La consideración sobre la toma de decisiones libre y responsable respecto al número de hijos y al intervalo intergenésico, presente en el consenso de El Cairo, se declara como derecho humano - y por tanto consustancial a todo ser humano por el hecho de serlo - desde 1968 en el artículo 16 de la Proclamación de Teherán (Cervantes 1998)

Es de resaltar que en la base de estos reconocimientos se desarrollan dos premisas, la primera vincula derechos con libertad, ésta con responsabilidad que a su vez es asociada con necesidad y como segunda premisa el hecho de que la salud reproductiva no es accesible para una gran mayoría de grupos sociales y por tanto la posibilidad de hacer efectivos los derechos relativos está restringida.

Por otra parte en el apartado 7.6 se propone al sistema de Atención Primaria a la salud como el mecanismo para hacer llegar los servicios de salud reproductiva a las comunidades, estos servicios son en concreto:

> "(...) asesoramiento, educación e información, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud maternoinfantil; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de la infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento según sea apropiado, sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistema de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA (...)" (Germain y Kyte 1995:23)

Por último es importante retomar la mención que se hace sobre la importancia de que las mujeres se involucren en cada una de las fases del proceso de los servicios en salud reproductiva, en este sentido el documento hace una recomendación muy concreta a los gobiernos y demás organismos encargados de ofrecer servicios de atención en dicho campo, para que creen mecanismos mediante los cuales las mujeres pueden participar en la "(...) dirección, planificación, la adopción de decisiones, la gestión , la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios" (Germain y Kyte 1995:23)

Como se observa el capítulo VII del Programa de Acción provee de definiciones varias sobre lo que es la salud sexual y reproductiva (fracción 7.2), sobre los derechos correspondientes (fracción 7.3), sobre lo que es la atención a la salud reproductiva (fracción 7.2) y sobre los servicios que abarca (fracción 7.6); de qué manera se relaciona esto con el trabajo que prestan las mujeres parteras en las comunidades rurales, a continuación se desarrolla.

1.2.3 Vínculo entre la capacitación a parteras con la posibilidad de hacer efectivos los derechos reproductivos

La capacitación a parteras rurales debe ser entendida como una estrategia que permite el ejercicio de los derechos reproductivos, de algunos de ellos por lo menos; por lo cual podemos problematizar el vínculo entre derechos y desarrollo.

En principio se puede decir que el trabajo de la partera estaría relacionado con dos aspectos generales reivindicados en el discurso de los derechos reproductivos y especificados en el Programa de Acción de El Cairo. El primero refiere al trabajo que la partera ofrece en términos de información, educación y asesoramiento básicamente a mujeres, pero también a hombres de la comunidad y el segundo aspecto con el que se vincula la práctica de la partería es el relativo a la prestación de servicios de salud reproductiva, en concreto los referentes específicamente a la atención al embarazo, parto y puerperio, en casos sin complicación.[11]

Un programa de capacitación a parteras rurales que se suscriba a los principios de la salud y los derechos reproductivos tiene que ser consecuente con el objetivo de construir capacidades en las parteras para que la información que ofrecen permita a las parejas, pero principalmente a las mujeres tomar sus decisiones reproductivas con responsabilidad y libertad así como es su derecho.
La información adquirida en la capacitación a la vez debería servirle a la partera para que las decisiones que ella misma tome sobre el servicio que ofrece, permitan cuidar y proteger del riesgo a la muerte o a la enfermedad a la mujer y su bebé, es decir le posibiliten ofrecer un servicio seguro, digno y de calidad.

[11] Como se vio en las transcripciones de los apartados del capítulo VIII de la CIPD de El Cairo, los servicios de salud reproductiva son amplios y diversos y no se limitan a los relativos a la atención del embarazo parto y puerperio, por eso no afirmamos que los servicios que otorgan las parteras cubrirían la totalidad de los servicios en salud reproductiva

En tanto cada uno de estos dos aspectos del trabajo de la partera en relación con los lineamientos de la salud reproductiva, se amparan en derechos correspondientes, no observar su cumplimiento en un programa de capacitación a parteras significa ir en dirección inversa al planteamiento de los derechos reproductivos.

La capacitación a parteras tendría que ser diseñada con el propósito de cumplir ese objetivo fundamental teniendo en consideración que el discurso renovado de salud reproductiva, que asocia derechos con libertad y responsabilidad, pone como centro del debate el acceso al recurso información como condición para la toma de decisiones responsables.

En este mismo sentido la partera capacitada debería estarlo para dar una gama de opciones disponibles, a partir de las cuales la pareja, pero principalmente la mujer, pueda hacer elecciones convenientes a su salud y bienestar, es decir efectivas y eficaces según sus propios marcos de referencia culturales.

Es de resaltar el pronunciamiento sobre los principios de salud reproductiva que se hacen en relación al rubro de prestación de servicios (al que dijimos estaba relacionado el trabajo de la partera), que buscan instrumentar en realidades concretas el fervor discursivo, el objetivo principal sería precisamente prestar servicios integrales y de buena calidad que "(...) propicien los derechos de la mujer y fomenten su autonomía (...)" (Germain y Kyte 1995:9) al tiempo que favorezcan que los hombres asuman la responsabilidad de sus actos sexuales y de su fertilidad en bienestar de su prole y su compañera; como segundo principio se menciona que los servicios deben responder a la particularidad de las demandas específicas, más que a un "modelo" de "vigencia universal"; en tercer lugar se habla de manera somera sobre la participación de las mujeres y por último (y concordante con el planteamiento de Atención Primaria a la Salud) se insta a aprovechar los recursos existentes.

Aunque referidos en el documento de Germain y Kyte (1995) de manera imprecisa en ese apartado de "principios", no es difícil darse cuenta a qué se refiere por ejemplo con participación o aprovechamiento de recursos, leyendo el resto del texto. Lo que considero de gran importancia destacar es la breve mención a que los servicios respondan al contexto en que se requieren. En este caso son más bien pocas las alusiones a la necesidad de diferenciar entre la prestación de servicios en contextos donde lo que hay es, paradójicamente, la ausencia de infraestructura de salud y por lo

tanto un muy alto porcentaje de la población no tiene servicios médicos y el recurso más solicitado para atenderse problemas de salud lo representa la medicina tradicional. Esta es una distinción que bien valdría la pena ser resaltada teniendo en consideración de que es la experiencia de un gran número de mujeres y hombres indígenas y/o rurales no sólo de América Latina, sino del mundo todo y de que uno de los obstáculos determinantes para no poder hacer efectivo el derecho a recibir servicios de salud, es precisamente la carencia de recursos institucionales.

Qué posibilidad tiene una partera rural de ofrecer servicios "integrales y de calidad" si por lo general ella comparte la situación de las mujeres que atiende, que son mujeres que viven en comunidades sin servicios oficiales de salud, que no han tenido acceso a educación, que sobreviven a lo largo de su vida con problemas crónicos de desnutrición y anemia, que no cuentan en sus casas con agua, ni sistema de drenaje y que no pueden garantizarle a la mujer que atienden el traslado eficiente a otros niveles de atención en caso de que su parto de complique.

Es decir, habría que preguntarse si garantizar los medios para hacer efectivas las decisiones - condición indispensable para el cumplimiento efectivo de los derechos -es una responsabilidad de la partera capacitada, o más bien tiene que ver con las condiciones de desarrollo que permiten el acceso a los servicios de salud y el ejercicio de facto de los derechos.

En efecto desarrollar esta problemática específica sobre las condiciones en que ejercen su práctica los actores de la medicina tradicional, que impide hacer efectivos los derechos, en tanto estos no se definen exclusivamente en la posibilidad de decisión, sino también en su efectiva instrumentación, es un saldo pendiente del debate sobre salud y derechos reproductivos que se realizó en El Cairo. Esta es una omisión grave que debería ocupar la atención de quienes están preocupados por discutir el problema de la autonomía de la mujer y el cumplimiento de sus derechos humanos.

1.3 LA AUTONOMÍA DE LA PRÁCTICA

Los derechos reproductivos se sustentan en dos principios generales, primero el relativo al derecho a recibir atención y servicios de salud reproductiva (en contra de la discriminación[12]), y el segundo al derecho a la autodeterminación reproductiva (a favor de la autonomía). Discuto en este apartado

[12] Dado que se entiende que la salud reproductiva es fundamental para el bienestar de las mujeres y por tanto que los servicios correspondientes deben estar al alcance de todas, en la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, se reconoce que el suministro de estos servicios se basa en el principio de no discriminación (CRLP s/f)

las implicaciones que tiene pensar la autonomía en el contexto de las comunidades rurales que nos ocupan. ¿En qué se traduce la autonomía en términos del ejercicio del derecho a la autodeterminación? Esta pregunta se reflexiona en dos niveles, el de las mujeres que acuden con las parteras y el nivel donde se ejecuta la práctica de la partería.

1.3.1 Precisando el concepto de práctica

Con *práctica* me refiero a la relación entre sentidos y acciones que se despliegan en la interacción de los individuos con la realidad. Las prácticas a la vez que condicionan el entendimiento de esta realidad, responden (están orientadas) aunque no unívocamente, a sistemas de representaciones que constituyen la realidad como totalidad significante.

Las representaciones como sistemas a partir de los cuales se interpreta la realidad y que por tanto están a la base de las relaciones que los sujetos construyen con ella, no sólo orientan las acciones sino que también las dotan de significación.

Dicho de otra manera las prácticas se manifiestan en las relaciones sociales por sujetos que las actúan, si bien las representaciones (convenciones históricas y culturalmente condicionadas) pueden orientar los sentidos de las prácticas, es en la especificidad de la experiencia de estos, donde se define el significado de estas prácticas. Es decir, las prácticas en sí mismas no son significantes, este proceso se da en tanto los sujetos históricos las interpretan y les dan sentido.

Esto no quiere decir que exista una relación lineal y unívoca entre representación y práctica. Como dije es más bien una relación dinámica, dialéctica: si bien las representaciones son referentes que orientan los sentidos por los que transita la acción, también son pautas para la interacción, pautas que sin embargo pueden ser transformadas y resignificadas por estas mismas relaciones; la significación que las prácticas tienen para los sujetos también puede transformarse situacionalmente a razón "de la experiencia y el aprendizaje" (Osorio 2001: 15)

Entender las prácticas, en tanto acción y sentido, como respuestas que los diferentes grupos sociales construyen a razón de sus deseos y necesidades, por ejemplo en el ámbito de la salud, significa pensar estas respuestas desde por lo menos dos perspectivas de análisis:

a) por una parte responden a una serie de opciones condicionadas histórica y culturalmente, lo que exige relacionarlas con un contexto en el que se inscriben y al cual refieren; al que dotan de significado y que las significa;

b) por otra, las prácticas aluden a un conjunto de saberes que operacionalizados por los grupos sociales, constituyen los criterios que sirven para legitimar su accionar en la realidad.

La problematización teórica del concepto de práctica surge debido a la necesidad de explicar el proceso en el cuál, la práctica concreta de la partería es dotada de significado en relación con elementos de orden cultural, político y social, al mismo tiempo que, en su accionar se pueden interpretar aquellos fundamentos utilizados por los actores para darle, acertividad al conjunto de saberes y de creencias que orientan acciones y decisiones, donde lo medular es la efectividad sobre la realidad (Osorio 2001)

S. Comboni (2002) menciona que la "realidad cultural" está en la base de cualquier tipo de conocimiento que regula las actividades, técnicas y modos de ser y percibir, por esto, afirma la autora, existe un vínculo entre conocimiento e identidad (este conocimiento implícito a toda práctica posiciona a los sujetos, los singulariza). Sin embargo es en la experiencia donde se construye el significado, que a la vez la orienta:

> "De este modo se hace patente la idea de que los mundos de vida, realidades culturales al fin, son mundos autorreferidos a los propios significados que generan. Son en otras palabras, cerrados, puesto que configuran la realidad en virtud de su estructura cognoscitiva" (Comboni 2002: 276)

Es así que la cultura dota de marcos de referencia desde los cuales la experiencia, - los modos particulares de ser -, cobra significado. La comprensión que de mi propia práctica (referida siempre al significante más amplio que es la cultura) tengo, necesariamente se construye en razón de los términos de mi propio mundo. La posibilidad de comunicación, señala la autora y por tanto la posibilidad de comprensión de otros mundos diferentes al propio se caracteriza porque es sólo a partir de los propios referentes, que lo otro cobra significación.

El proceso de valoración de las prácticas no se da al margen de los grupos sociales de los que emerge, por el contrario está relacionado con el poder que estos tienen para hacer imponer los discursos de legitimación. Este conjunto de ideas se sustenta en la perspectiva sociológica que

afirma que la realidad es producto de una construcción social por tanto la realidad terapéutica y diagnóstica,[13] de la práctica de la partería es expresión, refleja el mundo social, cultural, político del que surge, responde a una específica manera de entender el proceso de salud, enfermedad, vida, muerte y coherente con estas representaciones opera creando instrumentos, recursos, conocimientos eficaces para resolver/prevenir lo que se estatuye como patológico.

Por esto podemos hacer varias lecturas de lo que puede ser una práctica como elemento de identificación. Por una parte en ella podemos leer las estrategias, elecciones, valoraciones, discriminaciones, etcétera que sirven para identificar y singularizar a un grupo frente a otro, es decir, conocer los sentidos que para los propios sujetos tienen sus acciones en un contexto y cómo legitiman esas acciones tratando de darle acertividad a las respuestas construidas para resolver necesidades.

Por otra parte, podemos hacer una interpretación de la práctica, que nos permita deducir lo que en ella hay impreso de ideología, entendida como el resultado del proceso de imposición (coercitiva o no) de discursos de legitimación, por ejemplo de una determinada práctica terapéutica, sobre otros.

Cuando he mencionado el vínculo entre práctica y representación, he querido señalar que existe una relación entre cultura y práctica. A la práctica de la partería le subyace un conjunto de representaciones que aunque no son reproducidas mecánicamente por aquella, sí constituyen pautas de sentido que en la experiencia y en las relaciones cotidianas se reproducen, pero también se transforman: La partería en tanto práctica, puede ser interpretada como la expresión de un proceso en el que determinados sujetos construyen una relación con otros sujetos y con la realidad (relación que puede estar llena de contradicciones pero también puede ser transformada).

1.3.2 La autonomía de la práctica

Podemos subrayar la importancia del reconocimiento de una perspectiva decisiva para determinar la dirección de los acuerdos en torno a los derechos y la salud reproductiva. Se refiere al énfasis que

[13] "Estamos hablando por tanto de dos principales órdenes de realidad con relación a la medicina general, sea ésta la practicada en el modelo medico hegemonico como la practicada en otros modelos. la realidad diagnóstica y la realidad terapéutica La separación ontologica entre estas dos realidades es sin embargo a su vez un producto de la ciencia biomédica" (Hersch 2000· 61)

ésta declaración hace respecto a la autonomía de los sujetos para tomar sus decisiones en relación con las prácticas concernientes a la salud reproductiva, como condición de posibilidad del cumplimiento cabal de los derechos correspondientes.

La autonomía es entendida como la capacidad de determinación tanto de las necesidades como de las condiciones para satisfacerlas. En esta sencilla definición hay una variedad de implicaciones que es necesario desarrollar. Primero habría que precisar que la autonomía se refiere a un proceso, más que a un estado, es mutable y dinámico, implica la interrelación de sujetos concretos y es el producto de relaciones sociales que se dan en un tiempo y espacio específicos. La dimensión histórica, contextual es la que dota de significación particular a este proceso; la definición de lo que son las necesidades de los grupos sociales siempre debe ser referida al contexto social y cultural en que los actores ideologizan y politizan sus prácticas, así, es en relación con este contexto que se cuestiona quién determina lo que son las necesidades, a la par de las condiciones para satisfacerlas.

El señalamiento de la relevancia de la elección, como valor inmanente a los derechos reproductivos, connota la consideración de elementos de orden social, político, económico y cultural en la toma de decisiones de los sujetos. Si el criterio para determinar que los programas y políticas de desarrollo instrumentados por los Estados, es el mejoramiento de la calidad de vida de la población, se pone entonces a discusión en qué consiste esta situación de bienestar para cada uno de los actores implicados, o en todo caso cómo se negocia la determinación de lo que son las necesidades y prioridades si hay divergencia entre la perspectiva del Estado –que puede ser la reducción de la tasa de natalidad - y la de los grupos y/o de los individuos al respecto.

Según Sonia Correa y Rosalind Petchesky (1994) diferentes actores, críticos del discurso de los derechos humanos en general y del concepto de derechos reproductivos y sexuales en específico, han planteado su desacuerdo respecto:

a) Al lenguaje utilizado, puesto que consideran que es indeterminado y dado que enfatiza el interés individual frente al colectivo, ésta indeterminación permite que cada individuo demande sus derechos (independientemente de que sean antagónicos con los intereses de otros individuos, ej. Mujeres vs. transnacionales farmacéuticas)

b) A que está asociado a la tradición individualista derivada del capitalismo occidental que supone *a priori* que su aplicabilidad es universal, bajo la premisa del modelo clásico liberal de que los

individuos iguales negocian el cumplimiento de sus derechos, premisa que no permite contemplar el obstáculo que representa vivir en contextos de precariedad y carencia para hacer efectivo el derecho a tener derechos.

c) A que plantea una peligrosa dicotomización entre lo público y lo privado y por si fuera poco es reivindicado sin ton ni son, incluso por los defensores de los programas cuyo objetivo es la reducción de la fecundidad.

Comparto con las autoras la insistencia en la impostergable tarea de reinventar un discurso de derechos humanos que parta del reconocimiento de las necesidades sociales específicas - es decir, enfatizando la naturaleza social no sólo individual de los derechos -, en función del género, la cultura, la clase etcétera y que por tanto reconsidere la transferencia de las obligaciones y responsabilidades de los individuos, a las instancias públicas, propuesta que va a contracorriente de las premisas del derecho liberal clásico, que plantean una diferenciación de las esferas públicas y privadas y que restringe a la esfera de lo privado los derechos relativos al ámbito de la reproducción, la familia, la sexualidad; desde esta lógica el Estado no debería involucrarse en los intereses de los individuos.

Por tanto el debate sobre la cuestión se sustenta precisamente en la crítica a ambas premisas, primero se cuestiona la maniquea perspectiva de lo público- privado, puesto que pensarlo de esta manera significa hacer una ruptura ficticia de dominios donde el poder se ejerce, aunque de manera diferenciada por varones y segundo, que la no intervención estatal en los asuntos privados, - es decir la falta de acciones públicas en relación con los asuntos por ejemplo de la reproducción -, como si en ellos no ocurriese violación a los derechos humanos, es interpretado como una manera de consentirlo (Bunch 1990; Cook 1993b; Copelon 1994; Freedman e Isaacs 1993 y Heise 1992 citado por Correa y Petchesky 1994)

> "Las deconstrucciones feministas de la división "público- privado" también destacan un modelo de comportamiento reproductivo y sexual socialmente contextualizado, que contrasta marcadamente con el supuesto del modelo clásico liberal y con el de muchos planificadores de la familia y demógrafos (que hacen eco de la lectura de Malthus) en el sentido de que las decisiones reproductivas de las mujeres reflejan solamente intereses personales muy limitados. Al contrario, apoyándose en datos sociológicos y antropológicos, han logrado mostrar que tales decisiones generalmente son tomadas bajo enormes presiones de la familia, de la comunidad y de la sociedad para que las

mujeres cumplan con las normas vigentes respecto al género y la reproducción, así como compromisos internalizados de actuar responsablemente respecto a los otros" (Correa y Petchesky 1994: 7)

Convergen entonces una serie de variables y de posibles escenarios que nos obligan a preguntar cómo pensar la autonomía en el campo que nos interesa, si se puede hablar de libertad en relación con las decisiones reproductivas y sexuales, considerando que existen condicionantes y mediaciones de orden cultural, normativo, moral, que impelen a dirigir el sentido las decisiones (las apoyan, coaccionan, limitan..), así como factores sociales y económicos que afectan la capacidad de ejecutar estas decisiones.

Considerando que desde una perspectiva ética, el fundamento sustantivo de los derechos es el logro del bienestar humano – la satisfacción de las necesidades humanas vistas desde una dimensión antropológica- la presencia del Estado, sus instituciones y su función redistributiva, se hace ineludible. ¿Qué papel deben jugar entonces los diferentes actores en el proceso de negociación de lo que deben ser las acciones que promuevan el bienestar, de lo que son los indicadores mismos de bienestar, las estrategias para alcanzarlo, los mecanismos para regular el trabajo en pro de él?

Dado que las decisiones a que aluden los derechos conciernen al problema del poder y del acceso a recursos, se plantea una vez más la pregunta sobre la libertad de elección que puede haber en un contexto de inequidad.

En alusión a la pregunta central de esta tesis, sobre si la capacitación a parteras del cofre de Perote permitió generar capacidades autónomas para regular su práctica, podemos diferenciar por lo menos dos actores involucrados en este proceso y en relación con los cuales se entiende la autonomía también como proceso de negociación. Uno de estos actores se representará a lo largo del texto como "los actores institucionales" que son básicamente los capacitadores; por otra parte están las parteras rurales de tres comunidades de Ayahualulco, Veracruz, que a la vez de prestar el servicio de atención al embarazo, parto y puerperio, han sido también demandantes de éste.

La dimensión política de la autonomía tiene que ver con la construcción de espacios y canales de participación, que hagan factible el ejercicio de negociación, decisión y control por parte de los actores al respecto de su práctica, desde esta perspectiva política la autonomía no es sólo

negociación, también es reconocimiento (Bonfil 1996). En este sentido la autonomía significaría la capacidad tanto para determinar cuáles son las necesidades que debe satisfacer la capacitación a parteras, como los medios y los recursos indispensables para su resolución.

Esto obliga establecer mecanismos para regular la intermediación institucional y la actividad estatal, esclareciendo los compromisos y las responsabilidades que han de asumir los actores implicados. Uno de estos mecanismos puede ser una mayor participación ciudadana en la definición democrática de dichas responsabilidades (Bustelo y Minujín 1998)

Como decía, la autonomía refiere a la consideración de las personas como capaces de tomar decisiones; aterrizada esta afirmación al plano de la salud reproductiva, con relación a la que se entiende la práctica de la partería como una estrategia que hace factible el derecho a vivir el proceso de embarazo, parto y puerperio en condiciones de seguridad y bienestar, la capacidad de tomar decisiones respecto a esta práctica necesariamente tiene que vincularse con la discusión de cómo garantizar que estas decisiones se tomen en condiciones de respeto y de información.

Si bien en un escenario ideal, se puede estipular una normatividad que regule que la toma de decisiones esté acompañada por un proceso previo de información, como lo quiere ser la capacitación a parteras, hay impedimentos de orden cultural, político y económico que restringen las oportunidades reales para tomar el control de los procesos participativos y de elección y que en ese sentido limitan el acceso al poder que implicaría el desarrollo de capacidades autonómicas.

En las comunidades de estudio, así como en la mayoría de las comunidades rurales en las que aún cumple la partera una función primordial,[14] la capacitación implica la incorporación de información, instrumental y técnicas terapéuticas a la práctica de la partería; ésta incorporación refiere a un proceso más complejo de integración, que resulta en la síntesis de saberes, de creencias curativas y preventivas y de tecnologías que los grupos sociales operacionalizan según un sistema de referencia que determina lo que es la salud y la enfermedad (Menéndez 1987b). Este no es un proceso racional, si bien algunas de las terapeutas pueden identificar la procedencia de sus conocimientos, diferenciando por ejemplo los procedimientos que son utilizados para atender el parto, como procedimientos enseñados en la capacitación, o aprendidos en el trabajo en la comunidad.

[14] Se estima que en 1994 el 25.1% de los nacimientos que se registraban anualmente en el país, eran atendidos por parteras, así mismo el 70% de los partos atendidos por ellas, era en zonas predominantemente rural e indígena. (SSA:1994)

La discusión que quiero señalar aquí es que la capacidad autónoma de decisión no se refiere a la defensa *a priori* de la práctica "tradicional" frente a la institucionalizada, empezando porque esta separación maniquea no es representativa de la realidad empírica, pero también porque teóricamente es imprecisa[15]

> "(...) la apropiación de técnicas, instrumentos o procedimientos de trabajo ajenos, su integración y control por comunidades técnicamente más atrasadas, ha sido un factor frecuente de progreso, por haber ampliado el ámbito de poder de esas sociedades. La sujeción a técnicas y procedimientos de trabajo cuyo dominio escapa a una comunidad dependiente es un factor de enajenación, en cambio su asimilación y manejo en provecho propio afirma su autonomía. No es, por ende, la procedencia externa de un producto o instrumento la causa de enajenación, sino su pérdida de control" (Villoro 1999:119)

Desde esta perspectiva teórica, la autonomía se entiende como la potenciación de capacidades de elección, decisión y transformación, en donde los propios sujetos agentes construyen habilidades para reinventar sus prácticas y en este sentido sus tradiciones (Hernández s/f). No se trata de una defensa esencialista, en este caso de la práctica "tradicional" de la partería, sino de la reivindicación del derecho a que sean los propios sujetos que están inmersos en los programas de desarrollo, los que determinen cuáles son las prácticas contrarias a sus derechos y a su bienestar, incluso si éstas tienen un origen relacionado con la "tradición" y las "costumbres".

Es decir, es una perspectiva centrada en el actor y que entiende que los procesos de cambio cultural, en el que se enmarca la transformación de las prácticas y de los sujetos que las significan y accionan, deben ser observados desde una óptica que permita captar la conjugación de estrategias, intereses, representaciones, negociaciones y resistencias.

[15] La discusión sobre la relación entre práctica tradicional de la partería y la práctica institucionalizada, se desarrolla en el tercer capítulo de la tesis, en el que analizo la transformación de la practica desde una dimensión cultural.

1.3.3 La conceptualización de las mujeres como sujetos en, desde y para el desarrollo

La "Primera Conferencia Mundial sobre la mujer" se celebra en la ciudad de México en 1975, año que es declarado por la Organización de la Naciones Unidas como "año internacional de la mujer" y fecha que también marcó el inició de la década (1976-1985), en la que se pretendió visibilizar el aporte que las mujeres hacen a sus sociedades, así como concientizar acerca de la importancia de promover la igualdad entre los géneros como una necesidad social y reformar las leyes y tradiciones discriminatorias. En este contexto, diferentes estados buscaron incorporar a las agendas nacionales el tema de la relación entre mujer y desarrollo, así como promover politicas y proyectos que tuvieran como fin la integración de estas actrices al desarrollo económico (Martínez Corona 2000; Freyermuth 2003)

En la "década de la mujer" se ponen en marcha iniciativas para reivindicar los derechos humanos de las mujeres como la "Convención sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer", en la que se retoman declaraciones anteriormente elaboradas también al respecto de la erradicación de la discriminación, como "pago igual para trabajo igual (1953), igualdad en derechos políticos (1954), protección a la maternidad (1953), igualdad en el empleo (1960), e igualdad en los derechos matrimoniales (1964)" (United Nations Secretariat 1992, citado por Freyermuth 2003: 42)

En relación a los derechos en el área de salud reproductiva, la Convención aborda en los artículos 4°, 5°, 11, 12 y 16 los referentes al derecho a la maternidad sin discriminación laboral, a la participación responsable del hombre en el cuidado de los hijos, al derecho a la decisión libre y responsable sobre su número y espaciamiento, a la protección a la salud de las embarazadas y al acceso a atención médica gratuita y de calidad.

Como se observó anteriormente, (primera parte del capítulo uno) el tema de la salud reproductiva ha estado vinculado con la preocupación por el incremento demográfico desde la década de los setenta, la deseada integración de las mujeres al proceso de desarrollo de sus países tercermundistas, se discute también en foros especializados en el problema poblacional, tal es el caso de la Conferencia Internacional de Población (1974), en la que la política demográfica tiene un impacto en la de salud

reproductiva, así, se abordan cuatro puntos: derechos humanos, salud, política social, e integración al desarrollo (Freyermuth 2003)

Desde los años cincuenta, las políticas desarrollistas en auge ya mencionaban la necesidad de incorporar a las mujeres al desarrollo, se les veía como receptoras pasivas, beneficiarias del desarrollo económico en tanto se asumía que éste era neutral en cuanto a género se refiere, es decir, que al beneficiarse de él los padres proveedores de la familia, indirectamente lo harían también las mujeres de ésta. Dado que el problema desde el enfoque conocido como de *bienestar*, se definía por la resolución de las necesidades específicas al sector de mujeres (entendido como grupo vulnerable, víctima del subdesarrollo), la solución por tanto, se dirigía a la satisfacción de esas necesidades, descritas básicamente en tres rubros: salud, nutrición y cuidado de los niños. En consecuencia las intervenciones se focalizaron en acciones como, programas de alimentación, campañas de vacunación y construcción de clínicas (CEDPA 1996)

Es en los años sesenta que se puede ubicar el enfoque que se conoce como "mujeres en el desarrollo" (MED), que parte de una perspectiva del desarrollo que lo equipara a crecimiento económico y desarrollo tecnológico. El interés por visibilizar a las mujeres del tercer mundo, se dirige desde esta óptica a tratar de encontrar los mecanismos para insertarlas en el mercado laboral ya que se les considera como "recurso no aprovechado" (CEDPA 1996). Pero también plantea esa integración en términos de derecho, que implica el reconocimiento y promoción de su estatus en la sociedad.

Es así que con base en el enfoque de MED se orientan los proyectos en tres direcciones: primero, se promueven programas específicos de reducción de la población, a través de control de la natalidad, que enfatizan la dimensión sociodemográfica de la pobreza; son característicos los asistencialistas relativos a la atención a la salud materno- infantil, de servicios y educación sobre planificación familiar y de educación sexual a los y las adolescentes, debido a que se considera que hay una relación causal entre crecimiento demográfico y pobreza.

Segundo, sustentado en la idea de que el "antídoto contra-pobreza", es la eficiencia productiva y por tanto la generación de ingresos, se determina la importancia de que las mujeres se incorporen a proyectos productivos, que les permitan paliar sus carencias económicas, resolver sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida. La eficiencia productiva como criterio para determinar el éxito de estos programas, era evaluada en tanto permitía aminorar la carga de trabajo reproductivo

(doméstico) como por ejemplo el relativo a la búsqueda cotidiana de las mujeres rurales de agua y combustibles para el hogar (CEDPA 1996)

Tercero, en concordancia con los ideales de equidad que promueve MED, se observa la proliferación de proyectos de capacitación, educación y promoción de la participación de la mujer en la vida política y económica de sus comunidades.

Ha sido criticado el enfoque que MED tiene, tanto de los actores como del desarrollo, la concepción que prioriza lo productivo sobre lo social que significó focalizar esfuerzos en el fortalecimiento económico, más que en la transformación de las condiciones sociales y culturales que estaban a la base de la asignación de los roles genéricos que desvalorizaban el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres; la ausencia de un análisis de las relaciones de género impidió la discusión profunda y contextualizada del concepto de equidad y su vínculo con el de poder.

Las mujeres del subdesarrollo son definidas desde la perspectiva de MED así:

> "Como asalariadas potenciales; como usuarias de métodos anticonceptivos; como individuos sin empleo que pueden ocuparse de proyectos comunitarios o recibir educación; como encargadas de proporcionar servicios básicos de salud a los infantes (amamantándolos, supervisando el crecimiento de sus hijos, rehidratándolos); como administradoras de recursos conjuntos de un hogar; encargadas de arar, acarrear agua, cosechar, plantar, vender verduras, recolectar leña, cocinar, limpiar, construir letrinas..." (Brachet-Márquez 1990, citado por Freyermuth 2003: 43)

Una definición así, no da muchos elementos de análisis para ubicar al personaje al que refiere en un contexto histórico, ni en una relación social que la discrimina y una estructura social que le asigna roles que son los que determinan que su participación sea acotada, disminuida. En todo caso es una descripción que no contempla la relación de poder existente entre los géneros, ni refiere explicaciones sobre las razones estructurales de la desventaja de las mujeres que intenta describir. De esta manera la propuesta original de MED de visibilizar lo oculto, no se tradujo en un cuestionamiento de la base cultural de la asignación de los roles genéricos (Martínez 2000), por el contrario en el rubro de proyectos productivos, se apoyaron las actividades relacionadas con este papel tradicional, sustento de su situación subordinada.

MED operó con la premisa de que la incorporación de las mujeres a la vida productiva y el acceso a trabajo remunerado devendría en la modificación de las relaciones genéricas, pero también en el mejoramiento de sus condiciones de vida, sin embargo no abordó la pregunta por los mecanismos que determinan su situación de desventaja.

La perspectiva conocida como Mujeres y Desarrollo (MyD), desarrollada en la segunda mitad de los setenta, surge como reacción a las omisiones de MED y se sustenta en la propuesta feminista neo- marxista, cuya base es la teoría de la dependencia. Aborda el problema de la relación entre las mujeres y los procesos de desarrollo, problematizando la anterior perspectiva MED, que se limitaba a construir estrategias de integración. Por el contrario, MyD observa que si bien es crucial reconocer y valorar la función productiva y reproductiva que desempeñan las mujeres en sus sociedades y por tanto la importancia de su participación en los procesos de desarrollo, también se hace necesario reflexionar de qué manera esta integración contribuye en el mantenimiento de las estructuras de desigualdad a nivel internacional (Díaz y Spicehandler 1998)

Esta propuesta argumenta que la integración buscada por MED es una falacia puesto que las mujeres ya están integradas en los procesos de desarrollo de sus sociedades, el problema radica en que esta integración se da de manera desigual, inequitativa, en donde ellas por igual trabajo (o mayor trabajo promovido por los propios proyectos de desarrollo) obtienen inferiores beneficios, remuneraciones y en donde no pueden acceder ni a los recursos ni al poder:

> "Mujeres y Desarrollo argumenta que las estructuras de clase son más opresivas que las de género y que las mujeres pobres marginadas tienen más en común con los hombres de su propia clase, que con las mujeres de otras clases" (CEDPA 1996:11)[16]

Desde esta óptica se asume que si se transformaran las relaciones de inequidad entre los países centrales y periféricos, mejoraría la situación de las mujeres. Una vez más esta perspectiva no debate la relación de poder entre los géneros y focaliza las acciones en el plano de lo productivo, buscando el incremento en los ingresos de las mujeres, pero también ocasionando una mayor carga de trabajo. Al igual de MED, el enfoque de MyD no discute el tema del papel reproductivo de la mujer, por lo que considero acotado su planteamiento.

En respuesta a la crisis del modelo interpretativo de los teóricos de la modernización, el feminismo socialista replantea el problema de la subordinación de la mujer a partir de elementos no

[16] Traducción del inglés mia

considerados en las anteriores perspectivas. Surge así en los ochenta la propuesta Género y Desarrollo (GyD), que en principio y de manera fundamental, se pregunta por la construcción sociocultural de la asignación de roles a mujeres y hombres y la connotación de las representaciones asociadas a estos que las diferentes culturas significan y asignan.

Las feministas gestoras de esta novedosa manera de plantearse el problema de la relación entre el género y la posibilidad de acceso y poder en los procesos de desarrollo, identifican en la construcción sociocultural de la reproducción y la producción "la base de la opresión de las mujeres" (Díaz y Spicehandler 1998) y se preguntan por qué los diferentes esfuerzos por integrar a las mujeres al desarrollo, por generar políticas y poner en marcha acciones, no han significado en la práctica la existencia de sociedades no discriminatorias, en las que opere un principio de justicia social que reconozca el trabajo en los diferentes ámbitos en que participan las mujeres.

Por esto su cuestionamiento es doble, por una parte someten a examen la asignación misma de roles a mujeres y hombres y por otra indagan sobre la valoración inferior de los roles asignados a las mujeres, valoración que ubican y refieren siempre a contextos históricos específicos. Es así que buscan resignificar la dicotomía público/privado, utilizada desde su perspectiva, como mecanismo de desvalorización del trabajo realizado en el hogar y mostrar que en dicha división sexual del trabajo el poder se ejerce diferencialmente, es decir que ésta división público/privado denota a la vez una apropiación diferenciada de los recursos.

El marco de análisis del tema del desarrollo es planteado en términos más amplios que contemplan no sólo las relaciones de género, también las de clase, etnia y generación, por tanto el pilar de la discusión es la pregunta por el desarrollo mismo ya no sólo en relación a los sectores, sino desde una mira que cuestiona cómo se deben pensar las estrategias para lograr un desarrollo integral, incluyente. Mas que focalizar las energías en la elaboración de políticas que facilitaran la integración de la mujer al desarrollo, GED se propone hacer una revisión de los elementos de orden social y cultural que es necesario transformar para generar un cambio en las relaciones de género inequitativas e injustas. El concepto de "empoderamiento" es utilizado para referir el proceso de adquisición de capacidades, fortalecimiento y extensión del poder a las mujeres para terminar con las relaciones de inequidad y opresión, sustantivas a la ideología del patriarcado.

Desde el enfoque del empoderamiento, GED está planteando una relación tangencialmente diferente entre agente y estructura, puesto que concibe a las mujeres como sujetos capaces de transformar su

realidad de modificar los mecanismos que instrumentan la subordinación, no como actores pasivos a los que es necesario integrar al desarrollo. "Empoderarse significa adquirir control de sus vidas y recursos, desarrollar habilidades para hacer cosas y definir el rumbo de sus propias vidas" (León 1997, citado por Martínez 2000:44). GED consecuente con estos ideales, promueve la organización de las mujeres y la consolidación de los espacios de participación y de discusión de los "intereses estratégicos de género", que les permitan a la vez la identificación de "necesidades estratégicas de género" y de medios para satisfacerlas, a los que se asocia el empoderamiento (Martínez 2000), así mismo promueve el fortalecimiento de los derechos legales como vía para la reforma a las leyes que les impide beneficiarse de la herencia y/o de la tenencia de la tierra (Díaz y Spicehandler 1998)

Si bien GED, plantea como objeto de análisis al género, reconoce que la división sexual del trabajo, reproduce y es reproducida en las diferentes culturas por hombres y mujeres, sin embargo ambos se benefician de manera desigual de esta, por tanto los esfuerzos deben centrase en las mujeres que están en desventaja. Sin embargo la estimación, evaluación y determinación tanto de los problemas que emanan de estos roles, como de las propuestas de transformación, son un asunto que no sólo le concierne a las mujeres, sino que debe ser responsabilidad y compromiso de la comunidad toda. Así, la discriminación debe ser asumida como problema prioritario, cuya resolución significará un paso hacia el bienestar de la sociedad.

Considero que el concepto mismo de género se politiza, deviene instrumento de acción y participación, de lucha y demanda que en alianza con el de desarrollo permite cuestionar los modelos mismos de desarrollo y la potencialidad para que de ellos surjan mejores relaciones humanas.

1.4 HABILITANDO LAS CONDICIONES PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

En la base de la concepción ampliada de salud reproductiva, propuesta en El Cairo, se erigía la demanda por la construcción de nuevos espacios de decisión y participación, que permitieran garantizar las condiciones que hicieran factible el ejercicio de los derechos reproductivos, lo que representaba la adquisición de nuevas responsabilidades por parte de los diferentes actores.

> "Las exigencias eran simples, en cierto sentido elementales: que la mujer sea considerada como humana, que no sólo se vean su útero y ovarios, que se pida su

consentimiento para el uso de anticonceptivos y se le digan sus efectos, que los servicios de salud vean a la mujer toda, no sólo su capacidad reproductiva, que los varones se responsabilicen de sus actos sexuales, que haya más equidad entre los géneros, entre los grupos de distintas edades, entre los residentes rurales y urbanos, que no sólo se atienda la reproducción sino la sexualidad y que el placer de mujeres y varones, no sólo su función reproductiva, también se considere como un componente central de la salud...la lucha por los derechos sexuales y reproductivos encuentra su raíz en desigualdades sociales y de género y desde ahí proyecta, en positivo una visión justiciera y feminista que toca puntos básicos pero fundamentales; es por ello que estos derechos se inscriben ni más ni menos que en el terreno de los derechos humanos" (Espinosa 2000:11)

Este conjunto de reivindicaciones con las que concuerdo, reposan en una peculiar noción de justicia en la salud reproductiva, entendida como la equitativa distribución de beneficios, responsabilidades, riesgos, cargas y costos vinculados a las decisiones reproductivas (Isaacs *et al*: 1998). Dicha noción se sustenta en la idea de que la condición de posibilidad de la anterior perspectiva – del respeto a la autonomía en la toma de decisiones – descansa en la habilitación y disponibilidad equitativa de recursos, estructuras, informaciones y actores que la hagan factible.

Ello pone a debate el problema de las condiciones de desarrollo que hacen posible o no, el ejercicio de los derechos reproductivos; en condiciones de privación económica, pobreza, segregación cultural, incumplimiento de los derechos políticos y civiles, inequidad genérica, étnica, etárea en el acceso al trabajo, la educación y los sistemas de bienestar social en general, así como a los espacios de participación y decisión.

En este sentido garantizar la autonomía de las personas en tanto derecho humano, les representa a los gobiernos la obligación de trabajar por el mejoramiento de las condiciones que permitan aumentar la capacidad para tomar decisiones voluntariamente y sin coerción, lo que redunda en el incremento de la dignidad y calidad de vida humana, pero también significa que las personas bajo el amparo de estos derechos pueden reclamar, exigir a los gobiernos medidas sociales que les permitan protegerse de abusos (como la coerción), de privaciones y que garanticen las opciones y oportunidades por una vida digna (Informe sobre Desarrollo Humano 2000).

Este vínculo entre derechos y desarrollo se puede entender bidireccionalmente, por una parte si se integra la perspectiva de desarrollo como criterio para observar el cumplimiento de los derechos, entonces se precisa revisar el contexto socioeconómico y político que permite hacerlos realidad o por el contrario amenaza su cumplimiento; desde esta perspectiva el desarrollo humano es visto como una estrategia que hace factible la existencia de los derechos. Por otra parte, tener como referencia a los derechos para el análisis de los proyectos de desarrollo, implica priorizar a los grupos sociales excluidos y desposeídos a consecuencia de la discriminación, pero también enfatizar la importancia de la información y la expresión política como elementos indispensables del desarrollo.

> "La planificación gubernamental puede trabajar en compatibilidad con las necesidades y los derechos individuales, pero solamente si las metas se formulan de tal manera que incluyan los objetivos de aumentar el máximo el flujo de información, de ejercitar los derechos y de satisfacer las necesidades de los individuos y en general de darle poder a los individuos dentro de sus relaciones con las estructuras del Estado y la sociedad" (Isaacs *et al.* 1998: 209)

Desde esta trinchera – fundada en un principio de justicia social-, se piensa el desarrollo como un proceso de construcción de condiciones posibilitantes del fortalecimiento de las capacidades, libertades, oportunidades, garantías que las personas, las comunidades y principalmente los grupos sociales en desventaja, valoren como necesarios y urgentes para lograr su bienestar; esto conlleva la revisión de los obstáculos y limitaciones de todo tipo, institucional, financiero, programático, etcétera que impidan el objetivo central de consolidar capacidades y ampliar el horizonte de opciones, así como de las estrategias que lo hagan posible (Informe sobre Desarrollo Humano 2000)

Para el caso de las mujeres mexicanas, formalmente habría la posibilidad de vivir los procesos relativos a la reproducción en una situación de doble protección ya que en tanto seres humanos tienen el inalienable derecho de decidir al respecto de la cantidad y el espaciamiento de sus hijos y en tanto ciudadanas mexicanas son también titulares de derechos constitucionales específicos que obligan al estado a garantizar toda serie de recursos para que las decisiones sean tomadas de manera libre e informada.

De acuerdo a los autores (Isaacs *et al* 1998), solamente cuando se observan tres tipos de derechos para impulsar la salud reproductiva, se puede hablar del cumplimiento de principios éticos, estos derechos son, a) el derecho del cuidado de la salud, así como de la información relacionada: b) el derecho relativo a la libertad y seguridad de las personas; y c) el derecho vinculado al estatus e igualdad de la mujer dentro de la sociedad:

> "La inclusión del derecho en la decisión reproductiva dentro del Plan de Acción Mundial en población de 1974, estableció dos tipos de obligaciones para los gobiernos: Por un lado, no inhibir el proceso de toma de decisiones con respecto a la reproducción ya sea a través de la coerción o del ocultamiento de la información necesaria para tomar la decisión. Por otro, la provisión de los medios necesarios para el ejercicio de las decisiones que han sido tomadas" (Warwick 1982; Hartmann 1987; Ficancioglu 1990; citado por Cervantes 1998: 328)

Sin embargo puedo decir que con los acuerdos de El Cairo, a la par que se amplía el reconocimiento de derechos reproductivos que es posible ejercer y por tanto se redefinen determinadas prácticas como violatorias de estos, también se diversifican las obligaciones de los diferentes actores al respecto de su cumplimiento. Un ejemplo de esto, es que si en 1974 como menciona la anterior cita, los gobiernos tenían el compromiso de no inhibir la toma de decisiones en relación con la reproducción mediante prácticas coercitivas, a partir de El Cairo[17] se determina la necesidad, no sólo de rechazar los métodos coercitivos justificados para el cumplimiento de metas de reducción demográfica, sino que se hace hincapié en la importancia de identificar y abordar las prácticas culturales e institucionales (presentes en la religión, la familia pero también las instituciones del Estado) que son potencialmente coercitivas.

A pesar de la existencia formal de una normatividad de la que los ciudadanos pueden valerse para hacer cumplir sus derechos, el ejercicio real de estos está restringido por impedimentos de índole estructural, político e ideológico; un ejemplo de estos limitantes que obstaculizan la instrumentación de acciones fue la reducción del financiamiento en salud reproductiva en el periodo 1993 – 1996 en un 33% (de 3mil 486.6 millones en 1993, pasa a 2 mil 339.9 millones en 1996), esta disminución estuvo vinculada con la correspondiente en salud, que fue en el mismo periodo del 37% (Espinosa y Paz 2000).

[17] Es necesario precisar que esta serie de proposiciones éticas se discutieron en el contexto de preparación de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, también en el año de 1994 pero en la ciudad de Nueva York, en la mesa redonda sobre ética, población y salud reproductiva.

En 1995 se elabora en México un Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000,[18] derivado del plan de acción de la CIPD de El Cairo, que busca ser el referente normativo de instituciones públicas al respecto de la salud reproductiva y cuyo propósito es ampliar la cobertura de información y servicios integrales de salud reproductiva y sexual, integrando enfoques (como el de género), ampliando líneas de acción (como la coordinación institucional, el fortalecimiento de la relación del sector salud con las organizaciones no gubernamentales y el uso eficiente de recursos) y tareas y programas (como de planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH-SIDA; trabajar con grupos de población con necesidades diferenciadas como los adolescentes, los indígenas, los adultos mayores, los varones, aquellos que ya no están en la etapa reproductiva y especialmente vulnerable como la que habita en las zonas urbanas marginadas y el medio rural; disminución de morbi-mortalidad materno infantil; detección oportuna de carcinoma cérvico uterino y mamario; atención y consejería en anticoncepción, posaborto y posevento obstétrico; prevención del aborto y de embarazos no deseados etcétera) (Espinosa y Paz 2000).

Si bien estas medidas son concordantes con la pretensión mencionada en cuanto a ampliación de cobertura y conformación de servicios integrales de salud reproductiva y sexual, el recorte presupuestal en el campo demuestra, coincido con las autoras, que son poco factibles ya que el sector público dio menos importancia a la asignación de recursos en salud reproductiva después de la crisis económica de 1994.[19] Esto es observable dado que si bien se contrae el gasto publico y social a consecuencia de esta crisis, en 1996 se recupera (al nivel de 1993) lo que no ocurre para el caso de la salud reproductiva.[20]

Aunque el gobierno mexicano buscó disponer de recursos institucionales, como la puesta en marcha de los programas mencionados, en el trasfondo de las políticas de desarrollo operacionalizadas en el Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000, se percibía la concepción de que la pobreza y el crecimiento demográfico estaban vinculados tan estrechamente, que orientar las estrategias a la reducción de la población, redundaría en el abatimiento de la pobreza. Como mencionan Gisela Espinosa y Lorena Paz (2000) esta perspectiva implementada por el gobierno mexicano para

[18] Este Programa fue elaborado por el entonces recién creado Grupo Interdisciplinario de Salud Reproductiva, en el que participaron organismos públicos, representantes de la sociedad civil y ONG.
[19] En 1994 aunque el 89% de la población mexicana tenía algún servicio de salud, había 10 millones que habitaban las áreas rurales y urbanas marginadas que no lo tenían (Espinosa y Paz 2000)
[20] "...si en 1993 sus recursos (de la salud reproductiva) representaban el 1.68% del total del gasto público y el 3.26% del gasto social, cuatro años más tarde, en 1996, estas proporciones disminuyeron al 1.12% y al 2.16, respectivamente, mientras que el gasto social se mantenía en el orden del 50%". (Espinosa y Paz 2000: 77)

posicionar las vías de desarrollo de la nación, significaba omitir la riquísima discusión elaborada en la CIPD de El Cairo, sobre que la pobreza debe ser problematizada no sólo en relación a la presión demográfica, sino que deben incorporarse al debate otros temas: las inadecuadas políticas económicas y de desarrollo, los patrones de consumo y el medio ambiente entre otros.

> "(...) Como decíamos estas políticas compensatorias y redistributivas, este espíritu justiciero que acompaña a la política social, se ve contrarrestado por las políticas económicas y las tendencias que dicta el mercado. En este sentido, el concepto Salud Reproductiva que con tanta agilidad fue incorporado a los planes y programas más importantes del sector público, se impulsa a contracorriente, en medio de una reducción del gasto público y una estrategia global que en el balance favorece las tendencias empobrecedoras y que dificulta que la Salud Reproductiva sea un derecho efectivo para todos los mexicanos" (Espinoza y Paz 2000: 55)

En este contexto, incorporar como tema de agenda los principios de la salud y derechos reproductivos, que enfatizaban el derecho a la toma de decisiones libre e informada, demandaba pensar en el desarrollo de estrategias afines a este propósito, que para el estado de la problemática en el país, debían enfocarse a la transformación de prácticas de origen cultural e institucional que acrecentaban la desigualdad y que por tanto restringían las opciones reales de ejercer estos derechos.

Este esfuerzo hacía parte de un proceso iniciado décadas atrás,[21] había pues un antecedente de experiencias, que sin embargo no significaban trabajo específico en el campo de la salud reproductiva. Apoyar e impulsar los programas de educación, información y capacitación significaba desde esta óptica, operar consecuentemente con la pretensión de promover la "cultura democrática" en relación con las decisiones sobre la reproducción. A pesar de que hubo un viraje discursivo que pasó de hablar de políticas de control de la natalidad a políticas de planificación familiar, implementando en la retórica conceptos de equidad y derecho a la decisión, nunca desapareció como meta el control del crecimiento poblacional.

---

[21] Para mencionar sólo algunos antecedentes podemos señalar el Programa de Paternidad Responsable promovido en 1973 en el que participan el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que después también se involucrarán en el Plan Nacional de Planificación Familiar (PNPF) distribuyendo métodos anticonceptivos, posteriormente en el sexenio de José López Portillo (1976-1982) se diseña dicho PNPF como parte del proceso de integración del componente poblacional al Primer Plan Global de Desarrollo, en el sexenio de Miguel de la Madrid (1983-

La transformación de la institucionalidad de las políticas en torno a la salud reproductiva implicó, como ya se mencionó, la redefinición de acciones, enfoques, programas, entonces se podría suponer la consecuente modificación de estrategias para objetivarlas. De hecho el énfasis en el reforzamiento de acciones de educación, asesoría y capacitación, era coherente con la pretensión de priorizar a la elección informada y responsable en torno a los procesos vinculados con la reproducción y la sexualidad, como sustento de toda práctica avalada en el derecho a la libre decisión.

La capacitación a parteras rurales hace parte de estas acciones. Propongo que debe ser considerada como una estrategia consecuente con el propósito de que las decisiones al respecto de la reproducción se tomen libre, responsable y por tanto informadamente, conforme a derecho, haciendo realidad la pretensión de respetar los derechos sexuales y reproductivos.

De la misma manera considero que la reducción de las tasas de fecundidad tendría que obedecer a un proceso de promoción de un modelo de desarrollo fincado en la equitativa participación, oportunidades y transformación, no sólo de las representaciones en torno a la maternidad como eje de la construcción cultural del ser mujer y de la ampliación de la participación de la mujer en las decisiones sobre su cuerpo, acceso a la educación y al trabajo y como resultado del reconocimiento, de que estas altas tasas prevalecen en poblaciones cuyas mujeres no tienen escolaridad, ni se benefician de remuneración y de participación en el mercado de trabajo.

A continuación presento un panorama general del contexto de las reformas del sector salud, en relación con el cuál debe entenderse la emergencia del proyecto de capacitación a parteras que instrumentó COPE en los noventa, con la particularidad de ser un proyecto de Atención Primaria a la Salud.

1988) el derecho a la salud se consagra constitucionalmente y además en 1984 a través de la Ley General de Salud se

1.5 EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DEL SECTOR DE LA SALUD

La inequidad en el campo de la salud
se expresa como una desigualdad
en el derecho a la vida
CEPAL

Para entender las reformas del sector de la salud en América Latina, es necesario referirse a los cambios en los modelos de desarrollo y su impacto en las políticas económicas y sociales, en la segunda mitad del siglo XX y a partir de los 80's en México.

Las políticas neo-liberales y su receta para la región, las políticas de Ajuste Estructural (también conocidas como "reforma social" o de "primera generación"), dieron por resultado la concentración del ingreso, la apertura al capital financiero extranjero y el desmantelamiento del Estado de bienestar (Pizarro 1981,citado por López y Blanco 1993)

La crisis del modelo de "sustitución de importaciones", desatada en los años setenta, es explicada por autores como Carlos Vergara (2000) en relación con la incapacidad de las economías latinoamericanas de financiar el gasto social, impulsado por una política que ya se develaba deficitaria.

Otros autores afirman que el desmantelamiento del Estado garante del bienestar y de la protección social, se instrumentó con el argumento de que la baja productividad y la espiral inflacionaria de los setenta, se debía al deficiente control estatal en los asuntos económicos para la generación de gasto social, lo que repercutía negativamente en la disponibilidad de capital para ser usufructuado por la inversión privada.

La recomposición del estado implicó entonces su "adelgazamiento", para dar lugar al "estado garante del libre mercado". Esto es, el ajuste estructural, pautó la transición del modelo de sustitución de importaciones al de globalización (Vergara 2000). En esta lógica, el recorte (selectivo) al gasto social en México se aduce a la necesidad de revertir el efecto del mecanismo

---

determina la creación del Sistema Nacional de Salud (Espinosa y Paz 2000)

distributivo impulsado por el Estado de bienestar. Así, una de las consecuencias del impacto de las políticas de ajuste estructural, es la reducción del gasto público y del gasto social, de los salarios y las remuneraciones, "En vez de gastos sociales, deben canalizarse recursos a la inversión; el gasto destinado al consumo social debe destinarse hacia los inversionistas privados". (López y Blanco 1993: 21). La repercusión de estos procesos, generalizada a América Latina, fue la intensificación y extensión de la pobreza, básicamente en las zonas urbanas.[22]

Por otra parte, en México, el origen del Estado de bienestar se remonta al cardenismo (1934 – 1940) cuyo pacto social se basó en la reforma agraria, la educación socialista, la protección a la industria nacional, la movilización de masas campesinas y obreras y la creación de infraestructura (entre otros), más que en instituciones de bienestar (Soria y Farfán 1990 citado por López y Blanco 1993) Sin embargo la puesta en escena de la política neoliberal[23] no ocurre sino hasta principios de los ochenta, en el contexto de la profundización de la crisis económica de la Deuda Externa en la década anterior.

La nueva política social, que tiene como uno de sus ejes centrales el combate a la pobreza (que corresponde con la primera fase del nuevo modelo de desarrollo), paradójicamente se sustenta en un proyecto modernizador que desarticula los compromisos del estado benefactor al respecto de las obligaciones que éste tiene de proporcionar bienes y servicios a la sociedad y de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales avalados en la Constitución. Se redefinen los vínculos entre sociedad y Estado para hacerlos concordantes con la manía modernizadora. Los componentes distintivos de este arsenal neoliberal son:

> "Desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos o grupos; asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la "pobreza extrema") mediante los servicios públicos de bajo costo; privatización de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a una disminución del peso relativo del sector

[22] " ( ) se puede observar que entre 1980 y 1990 el nivel de la pobreza en el continente subió de 35 a 41% del total de los hogares. Además en términos absolutos, las personas pobres aumentaron de casi 136 millones en 1980 a algo más de 200 millones en 1990 Cabe agregar que este aumento de la pobreza fue un fenómeno básicamente urbano. De los casi 65 millones de nuevos pobres, 60 millones (92%) eran de origen urbano" (Vergara 2000: 8)

[23] "las características económicas de este modelo son: integración cada vez más orgánica a la economía norteamericana, sujeción a los organismos internacionales de apertura al expansionismo de los EUA (GATT, FMI, BID, etc.), privatización y modernización selectiva de la planta industrial, desarrollo de empresas de "punta" (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica y siderúrgica) altamente tecnificadas y ligadas al capital extranjero y reforzamiento de la actividad maquiladora (Calderón 1988 citado por Lopez y Blanco Gil 1993)

público respecto al privado y, desregulación que privilegia la ética privada sobre la pública" (López y Blanco 1993: 34)

El concepto de pobreza avalado por la política social de primera generación, surge de manera descontextualizada de todo proceso social e histórico, desvinculándolo de sus factores condicionantes, como las políticas económicas. Por el contrario se le entiende como una sumatoria de carencias susceptibles de ser cuantificadas, que puede ser abatida por medio de subsidios directos (que se sustentan en la política de "focalización del gasto", en contraposición al sistema de carácter universal) y rendimiento eficaz y efectivo (Vergara 2000).[24]

En el contexto de reestructuración de las políticas sociales, también se modifica la relativa a salud. Resultado de esto es la creación, en los ochenta, del Sistema Nacional de Salud (SNS) (llamada Reforma Sanitaria) que con el objeto de hacer más eficiente, eficaz y racional los servicios y recursos, alcanzar la cobertura nacional pero especialmente atender a los grupos de población más rezagados y mejorar la calidad de la atención, hace uso de cinco estrategias:

- participación comunitaria
- modernización administrativa
- sectorización
- coordinación intersectorial
- y descentralización. [25]

Como se discutirá en el capítulo dos de este trabajo, en el programa de capacitación a parteras operado por COPE en la región del Cofre de Perote en Veracruz es factible observar estos lineamientos sustantivos del enfoque neoliberal aplicado en el ámbito de la salud; el programa se inscribe en un proyecto de mejoramiento de la calidad de los servicios, tiene como estrategia la participación comunitaria, busca operar bajo la coordinación intersectorial, está dirigido al sector de las mujeres campesinas de la zonas más marginadas de la región y se desarrolla en la contradicción de la *retórica política* de un discurso democratizador que, sustentado en la necesidad de fortalecer

[24] "Por eficiencia se entiende gastar pocos recursos disponibles en quienes efectivamente los necesitaban, por eficacia, ejercer un efecto sobre aquellos indicadores que definían el fenómeno de la pobreza (mortalidad infantil, desnutrición, matrícula escolar, empleo, calidad de vivienda, etc)" (Vergara, C.2000: 9)

[25] Se pensaba que esta estrategia permitiría revertir las *inequidades* existentes entre las regiones, la ampliación de cobertura, la mejoría en la calidad por medio de la racionalización del gasto y el abaratamiento de los costos. La descentralización se operó en las instituciones de atención a población abierta, sin seguridad social, desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa IMSS – Coplamar, se descentralizó la administración presupuestal, entre otros (López y Blanco Gil 1993)

el federalismo, traslada las responsabilidades a los lugares de origen de operación (pero también los costos de la atención y el mantenimiento a la población que usa y ofrece los servicios, como las parteras) y la *práctica política*, que se traduce en relaciones verticales, en donde los actores -especialmente las mujeres- que deben asumir nuevas responsabilidades, tienen sin embargo escasas posibilidades de decisión y control de los programas en los que se ven involucrados.

Ante la insuficiente capacidad de generar las condiciones que hagan factible el derecho constitucional de protección a la salud (como derecho individual),[26] mediante la producción de servicios por ejemplo de atención a la Salud Reproductiva, es que interpreto este traslado de responsabilidades.

Para la década de los noventa la modernización sanitaria sigue su curso; en el Programa Nacional de Salud 1990–1994 se observa el retraimiento del Estado con respecto al financiamiento, que deriva en el traslado de los costos de la atención médica, a la población que los demanda, es decir, en una forma de privatización.

Si en la primera fase del modelo impulsado por las políticas de ajuste estructural, la política social se focalizó en el abatimiento de la pobreza, en la segunda, que empieza en los noventa (conocida como de "posajuste") el objetivo medular es conseguir la *equidad* que desde la perspectiva neoliberal significa "enseñarle" a la sociedad a invertir en sí misma y en su salud.

> "Lograr la equidad no es otra cosa que ofrecer mayores y mejores oportunidades para todo el mundo, lo cual es posible solamente cuando la economía ha tenido un crecimiento sostenido. Desde el punto de vista del desarrollo social futuro, la cuestión va mucho más allá del volumen total de la inversión en la economía y guarda relación, más bien, *con el destino y la distribución de los frutos del crecimiento y de la mayor productividad*. En otras palabras, la inquietud central es cómo y cuánto debe invertir la sociedad en sí misma y en su propio futuro, en el entendido de que los segmentos más vulnerables deben ser destinatarios de una mayor proporción de la inversión social" (Vergara 2000:10)[27]

[26] Ejes de la reforma al artículo 4to Constitucional, que eleva a garantía social este derecho, a la vez que estipula la obligación compartida de la federación y las entidades federativas, base jurídica de la descentralización del sector. (Ssa 1983, en López y Blanco Gil 1993)
[27] Cursivas mías

Se plantea entonces un doble problema, por una parte el que enuncia la contradicción de un modelo de desarrollo que no puede hacer compatibles los ideales de crecimiento económico y de bienestar social (OPS/OMS/FEPAFEM 1993) y por otra, el problema de las políticas sociales (que tienen como eje la equidad) generadas para paliar las consecuencias de la inequitativa distribución de los beneficios y frutos del desarrollo, que se enfrentan con la "carencia" de instituciones que puedan respaldarlas, entonces ¿cómo llevar entonces a la práctica objetivos y estrategias, si las instituciones encargadas de operacionalizarlas acarrean los antiguos vicios de los modelos anteriores?
El proyecto de Atención Primaria a la Salud del Cofre de Perote, (COPE), encargado de la capacitación a parteras de dicha región, se ubica en esta disyuntiva. En la formulación de sus principios rectores, se observan las demandas características de las políticas de ajuste en el campo de la salud, como lograr la eficiencia, ampliar la cobertura y trasladar los costos y responsabilidades a usuarios y promotores (y parteras) comunitarios, pero también se observan reivindicaciones que tienen que ver con la equidad (de género y en salud), con el reconocimiento de los actores y sus saberes "tradicionales" y con discutir el tema de la salud en relación al conjunto de responsabilidades sectoriales, e institucionales.

La complejidad de esta disyuntiva se particulariza por el hecho de que el proyecto inicialmente se inscribe en la propuesta de Atención Primaria a la Salud, veamos por qué.

1.6 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

La declaración de Alma - Ata en 1978,[28] tiene como meta social y política la "salud para todos en el año 2000", en función de la cual contempla el impulso a la Atención Primaria a la Salud (APS) y como estrategia para su consecución la participación comunitaria, cuyo objeto es desarrollar alternativas para satisfacer las necesidades en cuanto a salud se refiere. En este escenario es que se piensa en la inclusión de las parteras y demás actores representantes de la medicina tradicional como parte del fortalecimiento del proyecto de APS (Herrada y Fernández 1990)
La definición del concepto de APS expuesta en el VI punto, de la declaración de Alma Ata, dice:

> "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, *científicamente fundados* y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada

[28] Esta declaración es producto de la conferencia convocada por la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (OMS 1978:3)[29]

Los cuatro principios rectores de APS reconocidos y aprobados en Alma –Ata fueron:

1. Acceso universal y cobertura basada en las necesidades expresas de salud de la comunidad.
2. Compromiso, participación y autosuficiencia comunitaria e individual.
3. Acciones intersectoriales para promover la salud.
4. Efectividad en los costos y tecnología apropiada en la medida que los recursos disponibles lo permitan[30] (PAHO/WHO 2003)

Estos principios, en vinculación con la meta de "salud para todos en el año 2000", intentaron una renovación sustantiva en el enfoque de salud pública; desde la perspectiva hegemónica la salud podía ser atendida básicamente con acciones preventivas y reparativas, de bajo costo, focalizadas en la enfermedad, dirigidas a los sectores periféricos de la población y con programas paralelos y poco participativos (Tejeda de Rivero 2003).

Aunque el espíritu de Alma Ata y de la APS era contrario a este enfoque de la atención médica reparativa, el autor (que fue el subdirector general de la OMS de 1974 a 1985), dice que sin embargo el concepto de APS se tergiversa muy temprano como consecuencia de una errónea interpretación de la meta "salud para todos en el año 2000", cuyo sentido original era que los países establecieran una serie de compromisos y responsabilidades para garantizar la salud de sus ciudadanos; esta obligación obedecía a la definición de la salud como un derecho humano fundamental y que por tanto los estados deben instrumentar políticas, estrategias, planes y programas para que su realización sea efectiva, pero que además, - y de manera crucial- la realización de la meta social y en ella de este estado de bienestar general, también llamado salud, tiene que ser impulsada, promovida intersectorialmente, con el compromiso del Estado en su conjunto no sólo del sector salud (Tejeda de Rivero 2003).

Los componentes prioritarios en los que se basó la implementación de APS fueron:

- Expansión de cobertura de servicios de salud
- Organización y participación comunitaria.
- Creación de vínculos intersectoriales.
- Investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas.
- Disponibilidad y producción de productos y equipo crítico

[29] Las cursivas (mias) quieren hacer énfasis sobre una cuestión señalada nuevamente en el inciso 7 del punto VII, en relación a la inclusión de las personas que practican la medicina tradicional "(...) en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico (..)" (OMS 1978:5)

[30] Traducción del inglés no literal, mía

- Entrenamiento y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento sectorial.
- Cooperación Internacional. (PAHO/WHO 2003)

Centraremos el análisis en el que fuera el bastión más exaltado de la Atención Primaria a la Salud, la participación comunitaria.

> "...Existe un verdadero entramado de correspondencias ideológicas entre el desarrollo comunitario rural y la atención primaria a la salud. En realidad es el conjunto de la intervención del mundo occidental en los países ocupados por los colonizadores o en los poscoloniales, el que, de una u otra manera, está implicado en esta historia de las ideas y las prácticas del desarrollo y de la participación" (Fassin 1999:51)

Esta cita resulta interesante para generar el debate, porque cuestiona el sentido ético y político de la participación promovida por APS. En primer lugar, la participación comunitaria que se promueve en Alma –Ata como estrategia de la Atención Primaria a la Salud, es descrita como el proceso en el que los individuos y las familias, asumen la responsabilidad del cuidado a su salud y bienestar, así como de construir capacidades para fomentar su desarrollo económico y comunitario, para reflexionar sobre su situación y resolver sus necesidades comunes ser "agentes de su propio desarrollo", pero también alude al compromiso institucional de informar sobre posibles consecuencias adversas o favorables de los proyectos que promueve así como de sus costos relativos (OMS 1978)

La constante reiteración en el autocuidado, o en que los individuos de manera personal o por medio de la organización colectiva se responsabilicen de su salud, puede ser interpretada en dos sentidos, por una parte esta postura es característica del Banco Mundial, que aboga por la reducción del papel del sector público y traslada la responsabilidad a los demandantes de los servicios. Desde esta óptica, se impulsa la participación por ejemplo, a través de trabajo voluntario, o a bajo costo, o pagando por los servicios de salud, en cuotas de recuperación, con donaciones de terrenos, materiales etcétera, cuyo propósito es deslindar al Estado de su responsabilidad de destinar presupuestos y ofrecer los servicios públicos a la población; desde esta postura existe una relación entre las formas de privatización política y la participación (Ugalde 1999)

Una segunda interpretación es que la promoción de la participación se justifica como potencial generador de poder en la comunidad, poder para decidir, negociar, controlar, evaluar, proponer sobre los contenidos, recursos y procesos en general.

Varios autores coinciden en señalar que el concepto de participación, en los discursos del desarrollo ha connotado más la cooperación que el control por parte de la comunidad hacia los proyectos externos que buscan inducirlo. Es decir que quien fija los criterios para determinar si la comunidad es participativa, o de qué manera serlo y que resultados obtener de eso, no han sido los propios actores comunitarios, sino quienes otorgan los recursos y el financiamiento.

En el periodo posterior a la segunda guerra mundial los países desarrollados utilizan criterios como la desnutrición y la morbi - mortalidad para clasificar la geografía del subdesarrollo; paralelo a esto se promueve el desarrollo del tercer mundo a través de una estrategia, que en determinados contextos es llamada recurso, la participación social.

Como se vio en el apartado que analiza las diferentes maneras en que las mujeres han sido incorporadas en los procesos de desarrollo, la participación ha sido problematizada desde diferentes enfoques, el de bienestar, el de eficiencia y el equidad.

En este sentido es que se entiende la participación social como un proceso de interacción social, que en sí mismo no es significante de conflicto, sino en la medida en que se desarrolla en el entrejuego de relaciones entre grupos cuyos intereses no necesariamente son convergentes. Son los actores que asignan sentidos, valoran, sancionan y con esto se posicionan en la interacción, los que determinan el cause de la participación, definen sus modalidades, objetivos y criterios. Este carácter contingente de la participación precisa entonces de una delimitación contextual que permita dilucidar los grupos componentes de la interacción y cómo es que en esta interacción significan la participación. Por tanto no podemos hablar de participación social en abstracto.

1.6.1 El trabajo comunitario con los actores de la "medicina tradicional"

En México, las experiencias de "atención primaria" se remontan a los años veinte, pero focalizadas en el sector educativo. Es hasta finales de la década de los setenta, que el Estado dispone de recursos económicos para impulsarla en relación con el sector salud, ejemplo de esto fue la inversión dada al programa IMSS –COPLAMAR,[31] que en poco tiempo instala 3 mil unidades aplicativas en salud, dando atención a 12 millones de personas[32] en las zonas rurales más marginadas del país; en este programa y con base en los planteamientos de APS, se trabajó

[31] Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

[32] El autor menciona que la estimación de la población cubierta por el IMSS – COPLAMAR fluctúa entre 10 y 14 millones.

conjuntamente con los recursos tradicionales para la salud, recuperando saberes y prácticas locales (Menéndez 1987b).

El interés institucional por las parteras rurales está ampliamente documentado por autores cuya formación proviene de diferentes disciplinas; para los estudios con enfoque en sistema de salud el vinculo entre las parteras y las instituciones se explicaba como positivo, manifestando que "la práctica de las parteras puede ser mejorada por medio de cursos de capacitación" (Good 1996:21). Desde una perspectiva social, se explica que la capacitación a parteras:

> "Se desarrolló como una estrategia desde los organismos internacionales y nacionales de salud, la extensión de cobertura en la Atención Primaria a la Salud, desde la cual las parteras adquirieron importancia para los servicios de salud. Las parteras así, comienzan sobre todo en la década de los setenta, a cobrar notoriedad, viéndoseles como un recurso para la atención en sus comunidades, incorporándola a los servicios de salud en una relación subordinada, donde se les utiliza sin que se les reconozca" (Luna 2001: 145)

En esta misma tónica encontramos estudios como los del antropólogo Aguirre Beltrán, que en el siglo pasado analizaba, la problemática de la relación de la medicina institucional, hegemónica y la tradicional, desde una perspectiva culturalista. Este autor reflexiona sobre la adopción de la medicina institucionalizada como modelo de desarrollo occidental a seguir, analizando la experiencia de implementación del proyecto IMSS-COPLAMAR iniciado en 1979. Para él ésta representa un ejemplo de aculturación en el ámbito de la medicina, en el que tanto el modelo de organización asistencial, la tecnología, medicamentos y demás arsenal fueron importados, previstos desde una lógica ajena a las necesidades existentes y a la estructura social y que denota la preocupación por integrar en un solo proyecto de escala nacional una diversidad homogeneizada o en todo caso omitida (Aguirre Beltrán 1987).

En 1977 durante el sexenio de Miguel de la Madrid, el IMSS cumple una función importante en el marco de las nuevas políticas de planificación familiar creando una jefatura de Servicios de Planificación Familiar que debían atender al 57% de las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos, tres años después su cobertura se amplía dando el servicio de planificación no sólo a derechohabientes sino también a la población abierta,[33] por otra parte capacita a 14. 600 parteras

[33] Las instituciones públicas de salud que atendían a la población abierta ("nadahabientes") eran: Secretaría de Salud, IMSS- Solidaridad Y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), las instituciones que le brindaban

empíricas, cuyos servicios cubrían la demanda del 30% de la población en el medio rural (Espinosa y Paz 2000)

El IMSS- COPLAMAR (posteriormente transformado en IMSS- Solidaridad) nace entonces con el propósito de prestar servicio a la población más desfavorecida, en extrema pobreza, habitantes de las zonas rurales más alejadas. Sus funciones y acciones consistían en atención primaria, preventiva, provisión de métodos anticonceptivos (como parte del programa de "planificación familiar") y capacitación a auxiliares o promotores, pero también ampliando la cobertura e infraestructura, pues se crean 74 hospitales rurales y unidades médicas (Espinosa y Paz 2000)

Si para el caso del IMSS-COPLAMAR mencionamos el análisis de Gonzalo Aguirre Beltrán, sobre la aculturación como práctica de dominación, en el IMSS–Solidaridad encontramos, un discurso reivindicativo de la pluralidad cultural y cuyos principios rectores son el reconocimiento, el respeto y la posibilidad de autodefinición del desarrollo comunitario (IMSS–Solidaridad s/f)

En el documento referido se lee que las iniciativas que ésta institución promueve, se sustentan en el convenio sobre pueblos indígenas y tribales organizado por la Organización Internacional del trabajo (OIT) en 1989, que en el artículo 25 referente a la seguridad social y la salud dice:

> "Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención prácticas curativas y medicamentos tradicionales" (IMSS – Solidaridad s/f:7)

A continuación hace una serie de compromisos para que el trabajo con las parteras y los médicos tradicionales sea acorde con los principios mencionados; entre estos compromisos se menciona evitar la discriminación y el servicio inadecuado; adecuar los servicios a las necesidades de la comunidad; no obligar a los miembros de ésta a que realicen actividades como promotores o auxiliares; facilitar el vínculo con las instituciones, por ejemplo, en caso de canalización, otorgando credenciales o identificaciones; suministrar el material necesario de curación; apoyar la terapéutica tradicional con recursos de las Unidades Médicas Rurales (UMR); evaluar el trabajo conjunto. Paralelo a estos compromisos, pide a las parteras y demás actores de la medicina tradicional se

servicios a los derechohabientes eran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) (ambas representan las principales instituciones de seguridad

comprometan a: contribuir en el proceso de intercambio de experiencias y capacitación para mejorar el desempeño de las UMR; cuidar de la salud de los miembros de la comunidad apoyándose de los servicios y equipo de salud; apoyar las actividades de saneamiento; y evaluar los avances y beneficios del trabajo con la institución (IMSS – Solidaridad s/f)

En esa misma década la Secretaria de Salubridad y Asistencia crea una serie de programas para trabajar el tema de la planificación familiar, que acorde con la declaración de Alma –Ata, tienen como estrategia principal la participación comunitaria; con respecto a los servicios de salud se crea el Programa de Extensión de Cobertura y para otorgar el servicio específico de planificación familiar, el Programa Comunitario Rural, estos dos se fusionan en 1979 formando el Programa de Salud Rural cuya cobertura es de 11,000 comunidades y que representa la síntesis entre planificación familiar y APS.

Entre 1980 y 1984 la Secretaría de Salubridad y Asistencia sufre una serie de cambios que tienen consecuencias en varios sentidos, por una parte se suspende el complemento económico que se les daba a los "encargados de comunidad", lo que se traduce en el decremento de la cobertura de comunidades (pasa a 10,000), por otra, el programa pasa a depender de los poderes estatales.

Esta situación cambia en 1985, puesto que bajo la estrategia conocida como "Extensión de Cobertura", las comunidades rurales reciben los servicios de salud, en una situación de restitución del complemento económico para quienes hagan trabajo comunitario de dotación de medicamentos y métodos anticonceptivos, y de reestructuración de las estrategias participativas y de organización comunitaria.
Así, se forman "módulos" que son grupos de 10 comunidades con un responsable, en cada comunidad se designa un "encargado de comunidad" o "auxiliar de salud" (que está bajo la coordinación del responsable del módulo), cuyas funciones son proveer de servicios básicos de salud y distribuir métodos anticonceptivos y "Comités de Salud" compuestos por 3 ó 4 miembros de la comunidad, que apoyan el trabajo de la auxiliar de salud (Castro y Hernández 1992).

Para 1987, la SSA manifiesta en el Programa de Participación Comunitaria en Salud, la necesidad del trabajo conjunto, individual y colectivo, con los diferentes actores comunitarios, así como del vínculo con los recursos de la medicina tradicional.

---

social), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de Marina.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1989 – 1994, está presente la propuesta proveniente de la SSA, de operacionalizar esta demanda en un instrumento concreto que permita fortalecer la estrategia de APS: el Modelo de Atención para la Población Abierta (MASPA), cuyo objetivo era proveer de servicios básicos de salud, apoyándose en acciones de prevención, educación y asistenciales, que enfatizaran y promovieran la participación comunitaria. Desde esta perspectiva las localidades de más de 1 000 y menos de 2 500 habitantes, debían contar con una infraestructura consistente en Centros de Salud Rural Dispersos (CSRD), el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) y Unidades Médicas Rurales (UMR) coordinadas por el IMSS – Solidaridad .

Entre otras características el MASPA representaba una instancia "intermedia" y vinculativa entre el personal especializado (con educación formal) de Atención Primaria a la Salud y el personal de la comunidad que trabajaría voluntariamente (como las auxiliares de salud) apoyado por personal especializado, pero "desvinculado de la operación normal de las unidades de salud" (Herrada y Fernández 1990: 11).

La participación comunitaria en el proceso de planeación, ejecución y evaluación de programas concernientes a la salud es un principio presente desde los ochenta,[34] que se sustenta en la idea de que la transformación y fortalecimiento de la estructura de los servicios de salud, así como su impacto en la población, dependen de la participación de diversos actores comunitarios, tanto los que reciben apoyo temporal y periódico por parte de diferentes instituciones, como los que se les percibe como "recursos de la medicina tradicional", parteras, hueseros, curanderos..:

> "Paralelamente a la integración de estos dos personajes (auxiliares de salud y promotores voluntarios) se contempla un proceso de acercamiento y coordinación con los recursos de la medicina tradicional, ampliamente difundida en el medio rural, lo que permitirá una comprensión más clara de la nosología y terapéutica de dicha práctica [...] Es deseable que las parteras y otros recursos de la medicina tradicional pueden fungir como auxiliares de salud o promotores voluntarios dada su estrecha vinculación con la comunidad (SSA, MASPA 1985, citado por Herrada y Fernández 1990:16)

Los grupos de atención prioritarios son los niños menores de 5 años y las mujeres, desde la lógica que estatuye que con el fin de mejorar la salud y garantizar la sobrevivencia infantil, también debe

[34] Plan Nacional de Desarrollo 1989- 1994, OMS, Séptimo Programa de Trabajo, Ginebra 1982; SSA. Programa de Participación Comunitaria en Salud, 1987 (Herrada y Fernández 1990)

promoverse la salud de la madre, puesto que se concibe a la mujer como "la depositaria de la salud de toda la familia" (Pérez– Gil s/f.), pero donde contradictoriamente ellas son las que menos recurren a los servicios de salud.

De acuerdo al autor algunas de las experiencias de APS en México (como los "Paquetes Mínimos de acción aplicativa"), se caracterizan por utilizar modelos explicativos para entender los procesos de salud- enfermedad, que definen y por tanto refuerzan, el rol de la mujer en relación con su función reproductiva, sustentando las explicaciones al respecto del trabajo que ésta desempeña en relación con la maternidad con base en argumentos biologicistas que la definen como connatural a su ser. En esta misma línea de argumentos, la mujer sólo se visibiliza en el binomio madre – hijo y por ello mismo las responsabilidades en el plano del proceso enfermedad- salud, así como las acciones dispuestas para garantizar su plena evolución, recaen en ella.

Desde la perspectiva del autor, en las investigaciones en salud pública, las mujeres no han sido tema de interés más que en relación con asuntos como el control de la natalidad o "maternidad responsable"; es decir en consideración con las múltiples responsabilidades de que son sujeto en APS.

Más recientemente en el Programa Nacional de la Mujer[35] (Pronam) 1995- 2000 también se observa que dentro del conjunto de prioridades está la de "promover la participación comunitaria y de organismos de la sociedad civil en el cuidado de salud y en la formulación, seguimiento y evaluación de los servicios" (Espinosa y Paz 2000:73)

Sin embargo podemos preguntarnos si la implementación de estos programas ha sido producto de la apropiación por parte de las mujeres "beneficiarias" del proceso de decisión de las prioridades, los contenidos, la definición de las necesidades y las estrategias para resolverlas, de los criterios de consideración de su éxito, de la evaluación de sus fracasos y logros y en general de la determinación del contenido mismo de la salud reproductiva.

Para analistas del tema de las políticas públicas como Josefina Aranda (2000) esto no sucede, el escenario se presenta desolador, ni siquiera en las Planes de Acción instrumentados para hacer realidad los Planes de Desarrollo, que prometen una perspectiva de género[36] para analizar la

[35] Creado en 1980 con el nombre original de Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo, en el marco de la CONAPO, tenía como objetivo la formulación e implementación de un Plan Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo, éste finalmente se concretó a implementar acciones, dirigidas sobre todo a mujeres campesinas, centradas en proyectos productivos y de educación, como planificación familiar (Aranda 2000)

[36] Se refiere al Plan de Acción promovido por el ex Presidente Dr. Ernesto Zedillo (1994 –2000).

situación de la mujer, están presentes como sujetos capaces de determinar las condiciones que es necesario garantizar para alcanzar su bienestar:

> "(...) hasta la fecha no ha habido una política integral y de alcance nacional, que surja del análisis de las causas que generan la situación de subordinación genérica de las mujeres campesinas y que plantee la diversidad de condiciones que se viven en le campo" (Aranda 2000:52).

Esto nos indica que la demanda por la consideración de las mujeres como sujetos participantes en la determinación, control y evaluación de las acciones, políticas, programas etcétera que les incumben (porque así ellas lo deciden), no es restrictiva del campo de la salud (como el propio discurso institucional parecería quererlo señalar), sino que es una demanda manifestada en el contexto del fortalecimiento de la ciudadania, de la redefinición misma de lo político, como proceso incluyente y en oposición a la tendencia de enunciar medidas dirigidas a atender el problema de la "condición" de las mujeres, pero sin precisar objetivos, metas, recursos, instrumentos, presupuestos, pero sobre todo sin partir de su voz, de su opinión para de definirlos.[37]

A continuación el capítulo dos de la tesis, tiene como propósito describir y analizar la manera en que elementos de orden económico, social, cultural y político convergen para darle especificidad a la práctica de la partería en el contexto del Cofre de Perote. El problema de la muerte materna permite discutir el planteamiento desarrollado en el primer capítulo sobre las condiciones y carencias que acotan el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Al final de este capítulo se exponen tanto el punto de vista institucional en "redes institucionales", como el punto de vista de las parteras en "parteras rememorando", acerca del impacto de la capacitación en la práctica de la parteria así como de las condiciones en que ésta se desarrolla.

[37] Esta contradicción es ampliamente discutida por Josefina Aranda (2000), quien menciona que la retórica que anuncia la utilización de un enfoque de género para abordar el tema de las mujeres, no analiza sin embargo los mecanismos que generan la desigualdad genérica, como es el caso de los diagnosticos elaborados para el "Programa de Acción para la Participación de la Mujer Campesina en la Consecución del Desarrollo Rural" (Promuder) o el "Programa de desarrollo Comunitario con la participación de la Mujer" (Pinmude), ambos formulados entre 1983-84

CAPÍTULO 2. SALUD REPRODUCTIVA EN LAS COMUNIDADES DEL COFRE DE PEROTE

2.1 LA REGIÓN

La región conocida como Sierra de Perote, se encuentre en el Estado de Veracruz y está compuesta por los municipios: Ayahualulco, Atzalan, Jalacingo, Ixhuacán, Xico, Altotonga, Tatatila, Villa Aldama, Acajete, Las vigas y la ciudad de Perote, ubicada en las faldas del Naucampatéptl, montaña de más de 4000 metros de altura, conocida como el Cofre de Perote.

La ciudad de Perote es el centro comercial más importante de las comunidades del municipio del mismo nombre, habitada por 25.000 personas que se dedican a las actividades agrícolas, ganaderas y comerciales. Las comunidades rurales en torno, además de subsistir de los cultivos de papa, calabaza, frijol y maíz, lo hacen principalmente de la explotación maderera que no sólo les permite abastecerse de recursos combustibles y para la construcción, sino que es utilizada para la comercialización fuera de la comunidad.

La depredación de los recursos naturales es notoria en la zona, tala de bosques de encinos, pinos, liquidámbares y cedros por parte de comercializadoras madereras de Xalapa y Perote, ganaderización, explotación de caleras para la extracción de piedra caliza, la descripción es desalentadora:

> "En pocos años los campos quedaron desnudos, sin alfombra de hojas, sin hongos ni helechos y la fauna propia del bosque de niebla disminuyó notablemente. Los espacios clareados se transformaron en tierras de labor, que en los primeros años respondieron al arado o a las máquinas y los diversos agroquímicos usados, pero, al pasar el tiempo, la tierra fue agotándose y las cosechas cada vez rindieron menos. A causa de la gran tala, comenzó a producirse un gran cambio de clima. Las lluvias escasearon y la tierra se resquebrajó mientras los cursos de agua se perdían entre el pedregal" (Botana s/f:14)

En el municipio de Ayahualulco se encuentran las localidades de trabajo de las parteras cuya historia, aquí se recupera: Xocotepec, Ayahualulco y Tlalconteno, con una población de 1,375, 2,156 y 1,240 habitantes respectivamente (INEGI 2000). Son poblaciones no indígenas y cuya principal actividad económica es en el sector primario (ocupada en la agricultura, ganadería, silvicultura, caza o pesca), en la primera localidad el porcentaje de población que se emplea en este sector es del 91, en la segunda el 55.4 y en la tercera el 86.5; la población que no cuenta con

ingresos en Ayahualulco llega casi al 40%, en Xocotepec es el 22% y en Tlalconteno es el 21.8% (INEGI 2000)

2.1.1 Mujer y Salud reproductiva en el Cofre

En el campo de la salud es particularmente interesante observar cómo se fundamenta la diferenciación de las funciones asignadas genéricamente a mujeres y varones, con relación a la unidad doméstica, la comunidad y las instituciones. Para el caso de las mujeres y sobre todo en contextos rurales y/o con población indígena, estas funciones tienen por objeto preservar y recobrar la salud de los integrantes a través de prácticas curativas y preventivas que se despliegan en dos campos: la medicina tradicional y la medicina doméstica (Bonfil y del Pont Lalli 1999:135).

Esta asignación de actividades se circunscribe al problema de la construcción cultural de lo que significa ser mujer, como proceso de identificación con representaciones en torno a la función reproductiva. En relación con esta representación de lo femenino asociado a lo reproductivo (en un triple sentido: como reproducción biológica, social y cultural) es que se fundamentan las diferencias en torno a las funciones que varones y mujeres deben cumplir asignadas a través de los roles. Estas representaciones no tienen un sólo significado, la determinación del sentido de ser mujer y ser varón, se construye en contextos históricos específicos y con relación a sistemas de valores sustentados en referentes socioculturales.

Propongo que el problema de cómo se asignan funciones a las mujeres con base al género, se puede complejizar vinculando la identidad femenina con la función reproductiva. Teniendo como referencia lo observado en las comunidades de estudio concretas, este esquema resulta de utilidad, lo que no significa que pueda ser generalizado a la totalidad de las relaciones de género que se dan en las comunidades rurales.

Así tenemos que la partería como práctica profesionalizada, es efectuada en las tres comunidades por mujeres, si bien es posible encontrar allí actores masculinos de la medicina tradicional como yerberos, sobadores y rezanderos, el único recurso para atender la salud reproductiva de las mujeres de la zona lo representan las parteras; son ellas las que han desarrollado saberes que conjuntan elementos provenientes de diversas tradiciones culturales y que buscan resolver la necesidad de atención a los procesos de embarazo, parto y puerperio, en una situación de casi nulo acceso a sistemas de seguridad social.

"Así, la división simbólica entre lo privado (como ámbito idealmente a cargo de las mujeres) y lo público (como espacio de participación masculina básicamente), ha hecho recaer en las mujeres la reproducción de lo cotidiano, el cuidado de la familia, la procuración de la salud y la distribución y asignación de los recursos familiares, de acuerdo a usos sociales diversos, culturalmente determinados" (Bonfil y del Pont Lalli 1999: 136)

Si bien en un primer nivel de análisis una hipótesis tentativa al respecto de lo que significa ejercer la práctica de la partería, en términos de la diferenciación de funciones con base al género, puede ser que se preserva la división del trabajo asignado desde los sistemas de género, en donde los varones se encargan de las funciones productivas y las mujeres de las reproductivas, es necesario sin embargo, plantearse en un segundo nivel de análisis, el *objetivo de indagar sobre cómo esta diferenciación de funciones genera una situación de subordinación en las mujeres parteras.*

A continuación intento reconstruir el escenario que permita *entender las condiciones que han generado que la partería ejercida bajo determinadas circunstancias, en efecto pueda ser interpretada como una función asignada genéricamente que posibilita hablar de desigualdad en la división del trabajo.* Considero que quedarse en el primer nivel de análisis (la descripción de la asignación de funciones con base en los sistemas de género) no sólo no es suficiente para describir la realidad que viven mujeres y varones en las comunidades de estudio, sino que tampoco basta para entender a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de que a tal división le subyacen desigualdades que son las que generan la situación de subordinación de las mujeres.

Para conocer la situación de desventaja en la que se encuentran las mujeres rurales (tanto en condición de terapeutas como de demandantes de servicios) en lo que a salud reproductiva concierne, no sólo con respecto a las mujeres de la ciudad, sino también en relación con los otros miembros de su unidad doméstica, desarrollaremos el problema de la mortalidad materna, representativo de la inequidad genérica en el ámbito de la salud y vinculado con lo anterior caracterizaremos la situación de carencia e insuficiencia de sistemas de atención a la salud, específicamente en lo relativo a la calidad y cobertura de la atención a la salud, que determinan la imposibilidad de hacer efectivo el derecho a vivir la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio de manera segura.

2.2 MORIR POR SER MADRE. DESCIFRANDO LA INEQUIDAD

La muerte materna no expresa la impotencia de
la ciencia ante la fatalidad de la naturaleza.
sino los límites que se imponen a ciertos grupos sociales
para tener acceso a los recursos,
las decisiones y los derechos sociales y humanos.
Gisela Espinosa 2004

La mortalidad materna[38] es indicativa de la desigualdad existente entre las mujeres mexicanas y de la inequidad en el acceso a servicios de salud, sus cifras aluden a la multifacética existencia de la discriminación, una vez étnica, otra genérica, otra de clase. Es utilizada para comparar el grado de desarrollo entre los países, así, encontramos que del medio millón de muertes maternas ocurridas en el mundo - una cada minuto-, el 99 por ciento son de mujeres que viven en países en desarrollo.[39] Allí donde la mujeres no disponen de recursos sociales, infraestructurales y económicos que les permitan dar a luz la vida, ocurren 1440 muertes al día.

> "... Una mujer en el mundo en desarrollo tiene una en 48 posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo, mientras en los países más ricos esa proporción es de una en 1800" (Human Development Networks, 1999 citado por Sánchez-Hidalgo *et al* 2004) .

En la literatura especializada en el tema es factible encontrar una variedad de análisis con perspectivas disciplinarias diferentes, que identifican ciertos elementos que causalmente la generan, así como aquellos que permiten prevenirla. Es en este sentido que los decesos de estas mujeres, son considerados un problema de salud pública, que delata la injusticia social y la acotada posibilidad del ejercicio real del derecho a la salud reproductiva y a una vida digna y libre.

Dado que la muerte materna no es accidental, ni natural, es posible reconocer los factores que la causan y la evitan. Se conoce así, que existe una estrecho vínculo entre este fatídico fenómeno y la red de relaciones socioeconómicas en que se desarrolla la vida de estas mujeres. Pero entonces,

[38] La tasa de mortalidad materna (TMM) es la medida convencional y se calcula con el número de defunciones maternas por 100 mil (ó 10 000) nacidos vivos (Aguirre 1999)
[39] A América Latina le corresponde el 7% (34 000), a Asia el 60% (300 000) mientras que África tiene la tasa de MM más alta 640 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos (Aguirre 1999)

¿qué indican las cifras de la muerte?, ¿de qué carencias, limitaciones, inequidades, injusticias nos hablan?, ¿a quiénes cuestiona?.

Graciela Freyermuth (2003) conocedora a profundidad del tema, ha señalado que uno de los obstáculos para estudiar la MM es el subregistro[40] de los datos, que en el caso de Chenalhó, Chiapas durante el periodo (1988-1993) ascendía al 45% respecto a las cifras oficiales.

2.2.1 Las cifras en México

En la década de 1980–1990 México tenía una TMM de 110, muy baja en comparación con países como Malí en donde se registraron 2 000 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos, pero alta en relación con otros países de la región como Cuba y Costa Rica con rangos entre los 39 y 36 respectivamente (Cuadro 1)

Cuadro 1. Tasas de Mortalidad Materna durante el periodo 1980- 1990, en países seleccionados.

País	TMM (por 100 mil nacidos vivos)
Mali	2 000
Ghana	1 000
Bolivia	600
Paraguay	300
Brasil	200
Ecuador	170
Vietnam	120
México	**110**
Cuba	39
Costa Rica	36
Irlanda	2

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la infancia 1993 citado por Aguirre 1999

[40] "El dimensionamiento real de la incidencia de la mortalidad materna se ve obstaculizado por las deficiencias de registro en las estadísticas vitales y por la inexactitud o ausencia de información sobre causas de muerte en los registros de defunción. Para el caso de la mortalidad materna, en particular, es frecuente encontrar que en la certificación de la causa de muerte se omite la mención del embarazo Estas deficiencias se observan incluso en medios hospitalarios y no son privativas de los países en desarrollo; estudios recientes en los Estados Unidos de América revelaron un subregistro de 27 por ciento en la mortalidad materna. Este problema se ve agravado por el hecho de que el subregistro es mayor precisamente en las áreas donde la mortalidad materna es más alta. Ilustran esta situación los casos de Jamaica y Perú, donde se encontraron tasas de mortalidad materna que duplicaban las tasa oficiales " (OPS 1990 citado por Aguirre 1999:22).

La distribución de los indicadores de mortalidad materna no es homogénea en el país; de acuerdo con la regionalización que hace Sandra Reyes Fraustro (1992) (cuadro 2), tomando en cuenta las tasa de mortalidad materna de 1937 a 1991, el país se divide en cuatro regiones clasificadas en baja, mediana, alta y muy alta mortalidad materna. De acuerdo con estos datos, las mujeres que viven en los estados clasificados de muy alta mortalidad, tienen 90 por ciento más de probabilidades de morir al intentar ser madres, las que viven en la región de alta mortalidad el 50 por ciento y 20 por ciento las que viven en la región de mediana mortalidad (Freyermuth 2003)

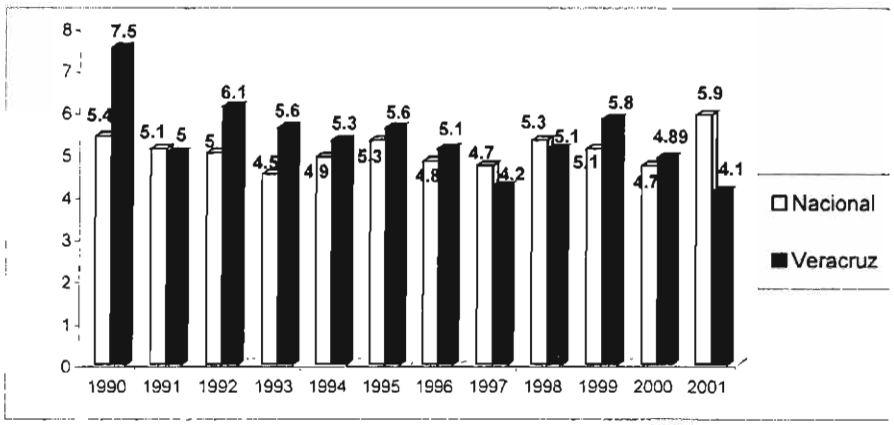
Cuadro 2: Regionalización de la Muerte Materna en México, 1937-1991

Región	Estados
Baja Mortalidad	Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal y Nuevo León
Mediana Mortalidad	Baja California, Campeche, Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán
Alta Mortalidad	Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, México, Michoacán, Tabasco y Zacatecas,
Muy Alta Mortalidad	Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz

Fuente: Reyes Fraustro 1994, citado por Freyermuth 2003: 48

La tasa de mortalidad materna del estado de Veracruz aunque ha sufrido una tendencia a la baja, presenta en 2001, una cifra superior que hace 8 años y en la mayoría de los años (a excepción del 1991 y 1997) es mayor que la tasa nacional, no se sabe si porque hay una mayor cantidad de muertes o porque se ha avanzado en la clasificación de la información sobre las causas de muerte en los registros (gráfica 1)

Gráfica 1. Evolución de tasas de Mortalidad Materna a nivel Nacional y en el Estado De Veracruz. Defunciones por cada 10 000 nacidos vivos



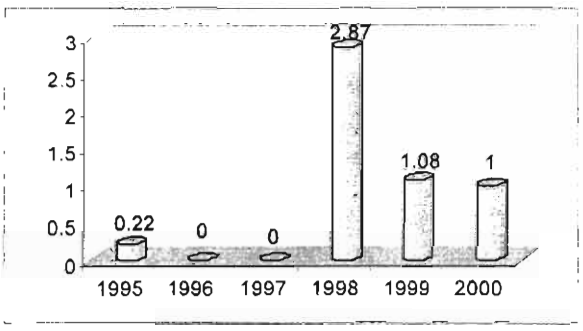
Elaboración propia con base en Sánchez-Hidalgo y Díaz Echeverría 2004 (para los datos Nacionales) y Boletín Epidemiológico 9 SESVER 2004 (para los datos de Veracruz)

2.2.2 La vida que cesa en tierra Jarocha

En la gráfica 2 no tenemos datos desagregados por municipio sobre mortalidad materna, pero sabemos que en aquellos que componen la Jurisdicción Sanitaria V,[41] la tasa más alta de mortalidad en el periodo 1995-2000 fue en 1998 con 2.87 por 1000 nacidos vivos (17 defunciones); para el 2000 se registró una TMM de 1.0, es decir nueve muertes de mujeres cuyos certificados de defunción registran que 6 de ellas fueron atendidas por personal médico y 3 por parteras en los municipios de Ayahualulco, Altotonga, Xalapa, Jilotepec y Acatlan. Si bien no se puede concluir que existe una casualidad directa entre estas cifras y la (deficiente) capacitación, es importante señalar que precisamente el año en se presenta la tasa más alta, es el año en la capacitación culmina su ciclo de 8 años de trabajo en la zona.

[41] La Jurisdicción Sanitaria V de Xalapa, Veracruz, está a cargo del municipio de Ayahualulco, entre otros 32 y era responsable de ofrecer (en 2002) los Servicios de Salud al 65% de los habitantes, para esto contaba con una infraestructura física de 76 Centros de Salud, 4 Equipos de Salud Itinerantes (ESI) y 2 Hospitales Integrales. Esta Jurisdicción hace parte de la Subsecretaría de Servicios de Salud de Veracruz de la Ssa, que en el año 2002, a través del Departamento de Salud Reproductiva coordinó el Programa Estatal de Parteras Tradicionales (Carmona *et al* 2002)

Grafica 2: Tasas de Mortalidad Materna en la Jurisdicción Sanitaria No. V, 1995-2000



Fuente: Carmona *et al.*: 2002

Por qué en una sociedad como la mexicana, cuyo Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho constitucional de protección a la salud, para algunas mujeres sigue representando el evento del parto una situación que pone en peligro su vida, o su salud así como la de su hijo?, ¿cuáles son las causas específicas y la población más vulnerable?

A pesar de los esfuerzos institucionales por fortalecer las estructuras regionales y locales de salud, el Estado de Veracruz sigue mostrando cifras sobre mortalidad materno infantil, que desde la perspectiva de los analistas del tema, son originadas por causas que podrían resolverse tomando medidas sencillas y de bajo costo (Conapo 2001), entre estas causas están:

A) las *causas obstétricas directas*, que son complicaciones agudas ocurridas durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el posparto inmediato. Entre estas se encuentra la hemorragia, la infección, la obstrucción, la hipertensión inducida por el embarazo, el aborto séptico y las secuelas de violencia sexual.

B) las *causas obstétricas indirectas*, que están relacionadas con las enfermedades asociadas, que se complican en presencia del embarazo, entre las cuales están: anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión y algunas enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo con Dora Sánchez H. Y Daniela Díaz E. (2004) es debido al primer tipo de causas que ocurre la mayor cantidad de muertes, causas que están directamente relacionadas con las carencias

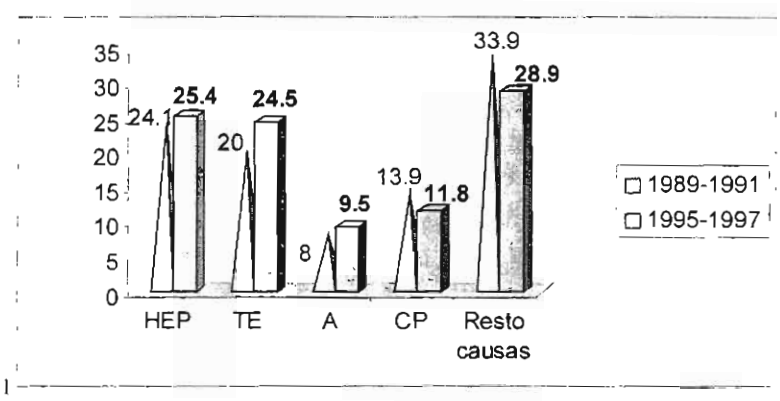
en la cobertura y en la calidad de los servicios, al punto que el 68.3% de éstas le ocurre a mujeres que no tienen derecho a la seguridad social, o acceso a la atención médica.

El estado de Veracruz presenta un comportamiento semejante a lo que ocurre a nivel nacional con relación en los porcentajes de las causas de MM: en el país en 1999 la toxemia y hemorragia eran causantes de más de la mitad de las defunciones,[42] la toxemia generó el 38% y las complicaciones en el puerperio el 8% (Ssa 1999 citado por Sánchez- Hidalgo *et al* 2004). En Veracruz las principales causas de muerte asociada a problemas con el embarazo, parto y puerperio en orden de importancia son: las hemorragias en embarazo y parto (HEP), la toxemia del embarazo (TE), complicaciones del puerperio(CP) y aborto (A).

En este mismo estado al contrario de bajar las muertes por hemorragia, han aumentado; tomando en cuenta dos periodizaciones que para el presente proyecto resultan útiles en tanto la primera coincide con el tiempo de llegada de COPE a las comunidades y la primera capacitación a parteras (1989-1991) y la segunda con el periodo de auge de la capacitación, de acuerdo a los relatos de los capacitadores (1995- 1997), podemos encontrar que respecto a esta primera causa de muerte materna HEP, los indicadores señalan que los casos aumentaron al pasar de 24.1% en 1989- 1991, a 25.4% en 1995 – 1997, lo mismo ocurrió con la TE que aumentó del 20 al 24.5% y con el aborto que pasó de ser el causante del 8% de las muerte maternas a ser el 9.5% en los noventa. Tan sólo la tercera causa asociada a las muertes de madres CP, se redujo del 13.9% al 11.8% en el periodo mencionado (Conapo 2001: 41) (Gráfica 3)

[42] Como señala Gisela Espinosa (2004) "Un estudio que analizó 22 mil casos de muerte materna ocurridos en 11 años (Lozano *et al.*, 1994) concluye que las muertes por problemas en el parto, por hemorragias y por infecciones son básicamente rurales, de mujeres que habitan en municipios de alta marginación y con baja escolaridad o sin ella. En cambio, las muertes por toxemia tienden a ser más frecuentes en el medio urbano, preferentemente en mujeres jóvenes, de escolaridad superior al el promedio nacional, sin pareja y no derechohabientes"

Gráfica 3: Causas de Muerte Materna en Veracruz, 1989-1991 y 1995-1997



Fuente: Conapo 2001

Desde la aparición de fármacos como la oxitocina sintética, utilizada en los hospitales para inducir[43] el parto y acelerarlo (más que para conducirlo), en diferentes regiones del país algunas parteras rurales campesinas y/o indígenas recurren a ellas para "aprontarlo". Sin embargo cuando se aplica por vía intramuscular de modo inadecuado (con dosis más elevadas de las que puede soportar el cuerpo de la mujer) puede ocasionar ruptura uterina, que el bebé muera dentro de la madre o puede impedir que la placenta salga (ACCAS A.C. s/f; Espinosa 2004, Freyermuth 2003). De hecho en la introducción de la *Norma oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo. Parto y Puerperio y del Recién Nacido (1995)*, se dice que es necesario revalorar su uso en vista "(...) de que no aporta(n) beneficios y sí contribuye(n) a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados" (:15)

Como se mencionó las causas directas están asociadas con la falta de acceso y de calidad en la atención de los servicios, aunque no siempre son predecibles mediante un diagnóstico, ni totalmente prevenibles, se pueden poner en acción una serie de medidas para intentar reducir las defunciones

[43] "La inducción puede ser peligrosa porque reduce la cantidad de oxígeno disponible para el feto y provoca desaceleración del ritmo cardiaco fetal. Es posible que esto cause lesiones cerebrales y deje secuelas neurológicas, es importante notar que no hay una dosis de ocitocina estándar segura, pues la única manera de saber la cantidad de ella que un útero o un feto es capaz de tolerar es administrándola. Unas mujeres requieren 2 milunidades, otras 30 (Kitzinger y Davis 1978). El encarcelamiento de placenta o placenta retenida es otra de las posibles consecuencias de la inducción, pues la contracción no es natural (Kitzinger y Davis 1978). El desencadenamiento y desarrollo del parto son casi siempre espontáneos, pues este es un proceso natural e ininterrumpido. El útero mismo libera prostaglandinas que inducen y mantiene las contracciones, de modo que el niño nace, no por la intervención médica, sino por el trabajo de parto (Dick-Read 1972). La inducción del parto, en algunos casos, estará indicada, pero si éste no es el caso podrá provocar contracciones a tal velocidad que dejen de ser útiles" (Zolla y Carrillo 1998:192)

que ellas generan. Entre estas medidas técnicas y de calidad en la atención se encuentran las consultas prenatales, el acceso a la atención médica para identificar con tiempo cualquier peligro, la eficacia de los servicios otorgados, la posibilidad de trasladar a una mujer en caso de emergencia y la disponibilidad de recursos (técnicos y de información) y tecnologías dentro de los centros de salud.

Existen experiencias locales (como la de la costa chica y montaña de Guerrero) y/o con grupos específicos (como los indígenas), de trabajo para la prevención y disminución de la muerte materna, que sintetizan con claridad información suficiente y necesaria para que mujeres y hombres reconozcan los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo y tomen medidas eficaces. Un ejemplo concreto de este esfuerzo es la guía elaborada en la Campaña Nacional en Zonas Indígenas *Porque yo me quiero y tú me necesitas, la mortalidad materna se puede evitar* (Palomo Nellys y Martha Sánchez (Coords.) 2002), que no sólo es una completa herramienta didáctica que ilustra con sencillez el funcionamiento de los órganos reproductivos, así como el proceso de gestación y parto, sino que describe con precisión cómo distinguir el riesgo, identificar las señales de alarma en los diferentes procesos y accionar medidas muy específicas para los diferentes casos.

El problema de la hemorragia durante el momento del parto ha sido ampliamente documentado por el riesgo que significa para la vida de las mujeres, puesto que es muy difícil de predecir y potencialmente fatal. Sin embargo existen por lo menos dos opiniones al respecto de su prevención y manejo, por una parte se dice que controlarla requiere de instalaciones donde se pueda hacer oportunamente una transfusión sanguínea, es decir infraestructura sofisticada con la que por lo general no cuentan los lugares donde ocurre con mayor frecuencia este fenómeno (Sánchez-Hidalgo, Dora, *et al* 2004; Obou Zahr y Royston 1991 citado por Aguirre 1999). Por otra parte se proponen (ACCAS A.C s/f; Valenzuela 2004) una serie de prácticas para prevenirla y/o controlarla, accesibles y de relativa facilidad, este es el caso de la lactancia en el momento inmediatamente posterior al alumbramiento ya que cuando el bebé empieza a mamar se produce en la mujer la hormona oxitocina que hace que el útero regrese a su tamaño normal y por tanto se facilite la expulsión de la placenta o de restos placentarios, que de otra manera generarían un fuerte sangrado. También se menciona que en los casos que la hemorragia no es por atonía, se puede dar un masaje continuo en la zona del abdomen después del parto, ayuda a que el útero se tonifique y por tanto la contracción de los vasos sanguíneos. Esto último es factible siempre y cuando quien esté atendiendo ese parto haya identificado la causa que está generando la hemorragia, si esta fuese un desgarre,

necesariamente habría que suturar y la anterior medida no sería de mucha utilidad. Por último se menciona la importancia de que quien atiende el parto sepa inyectar un suero, pues en caso de que la hemorragia ocurra, este sería una solución (sólo temporal), que por lo menos le permitiría a la mujer llegar con vida en tanto la trasladan a un hospital.

En tierra jarocha, no todas las mujeres están en el mismo riesgo, se conoce que hay más probabilidad de morir por ser madre entre los 20 y 34 años, a diferencia de los registros nacionales que señalan que las edades entre las que ocurren el mayor porcentaje de los decesos asociados a E-P-P son los 35 y 39 años (Langer *et al*, en Espinosa 2004). Morir entre los 20 y 34 años significa la pérdida potencial de 40 ó 50 años de vida, considerando que el promedio de vida de la mujer mexicana es de 78 años.

La muerte materna tiene tendencias que no son difíciles de identificar, se sabe por ejemplo que en México no todas las mujeres son igualmente vulnerables, a este fenómeno está asociado las condiciones económicas, el acceso a la educación, la disponibilidad de servicios de calidad, la oportuna identificación y control de riesgo, la edad, paridad entre otras razones. Pero dado que desde una perspectiva ampliada de salud reproductiva, los procesos y factores que inciden y determinan la salud y enfermedad se buscan explicar desde diferentes planos, también podemos decir que para entender el fenómeno de la mortalidad materna tendríamos que preguntarnos cómo los diferentes protagonistas interceden e inciden en la construcción de las relaciones que vulneran a las mujeres en el ámbito de la reproducción, qué factores de índole social, cultural son relevantes para dotar de significado al contexto en el que ocurre la muerte y si la inequidad a la que alude está representada por el lugar que ocupa la mujer en la familia, en la comunidad, en la sociedad y también para las instituciones que disponen e instrumentan acciones para resolverla.

Así, al descifrar los indicadores de la muerte de las mujeres que viven en zonas rurales e indígenas, observamos que su vulnerabilidad al riesgo es sustancialmente superior en relación a las mujeres que habitan lugares con menos marginación:

> "[...] el 55 % de las muertes maternas se concentra en localidades con menos de 2,500 habitantes y 75 % de las fallecidas no eran derechohabientes. El riesgo de muerte materna es siete veces mayor para no derechohabientes que para las que tienen derecho a servicios de salud, en el medio rural es dos veces mayor que en el urbano , en municipios de muy alta marginación es tres veces mayor que en los medios menos

marginados; y entre analfabetas es ocho veces mayor que entre egresadas de preparatoria" (Espinosa 2004:179)

Estos casos los presentan las mujeres cuyos partos son atendidos principalmente por parteras. En el periodo de 1994-1997 ellas daban sus servicios a mujeres en su mayoría sin escolaridad (40.7%, frente al 6.8 % de mujeres con secundaria y más), de localidades rurales (34.3%, frente a las de localidades urbanas, 19.8%) hablantes de alguna lengua indígena (42.9%, frente al 24% que no la hablan) y con 4 hijos o más (42%) (Conapo 2001:49). Sin embargo no podemos decir que es exclusivamente por el servicio que estás otorgan que la muerte ocurra, como hemos visto el trabajo que realiza la partera es insuficiente para explicar el fenómeno.

La muerte por causas relacionadas con el E-P-P se complejiza y se añaden más factores de riesgo, a las ya de por si condiciones precarias en que se desarrolla la vida de este grupo de mujeres. Si la escolaridad, el tamaño y marginación de la localidad, la edad, además de los factores socioculturales inciden en el riesgo, la calidad de la atención al parto es decisivo.

Otra de las estrategias para evitar que las mujeres mueran al intentar ser madres, es la capacitación a prestadores de servicios, contenida, entre otros, en el programa llamado Maternidad sin Riesgos.[44]

Cuadro 3: Nacimientos a nivel Nacional y en el estado de Veracruz, atendidos por parteras, 1991-2000.

Año	Total Nacional	Parteras Nacional	% Nacional	Total Veracruz	Parteras Veracruz	% Veracruz
1991	2 756 447	715 058	25.9	231 987	117 522	50.6
1992	2 797 397	723 931	25.8	214 034	103 007	48.1
1993	2 839 686	739 607	26	215 979	100 675	46.6
1994	2 904 389	711 932	24.5	233 737	96 864	41.4
1995	2 750 444	617 617	22.4	226 712	105 364	46.4
1996	2 707 718	611 782	22.5	231 422	105 961	45.7
1997	2 698 425	587 026	21.7	209 131	82 555	39.7
1998	2 668 428	541 345	20.2	222 373	87 405	39.3
1999	2 769 089	557 722	20.1	208 002	80 914	38.9

[44] Este programa está contenido en la iniciativa conocida como Maternidad sin Riesgos, que se impulsó desde 1987, para abordar el problema organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud elaboro el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (1990), el cual fue avalado por Mexico y que tenia como meta la reducción en un 50 por ciento de la MM para el año 2000 De a cuerdo a los indicadores que señalan que la TMM en 1990 era de 110 y la de 1997- 1999 de 51, México habría logrado la meta de reducción del 50%, pero como señala la autora considerando el subregistro, debe ser cuestionada la confiabilidad del indicador (Espinosa 2004)

2000	2 798 339	547 059	19.5	199 117	68 772	34.5

Fuente: elaboración propia a partir de datos de INEGI, cuadernos No. 9-18.

Tomando como fuente las cifras de INEGI[45] tenemos que el número de partos atendidos por parteras ha decrecido tanto a nivel Nacional como en el estado de Veracruz (cuadro 3), si bien no tenemos información desagregada por municipio para el mismo periodo de tiempo, que nos permita observar su evolución en relación a las cifras nacionales y estatales, lo que si conocemos es que para el municipio de Ayahualulco en 1999 el porcentaje de partos atendidos por parteras, fue de 83.4, (de 1 207 partos atendidos, 158 fueron atendidos por médicos; por parteras o enfermeras 1 007 y 42 sin especificar), esto es el doble que a nivel estatal y cuatro veces más que a nivel nacional (INEGI 2000)

Una encuesta realizada por el personal del departamento de salud reproductiva de la jurisdicción sanitaria V de Xalapa, Veracruz, señala que el 80.5 por ciento de las parteras de la zona tienen entre 35 y 64 años, el 38 por ciento no tiene estudios, el 35.7 por ciento hizo parte de la primaria y el 17.2 por ciento la terminó. Así mismo menciona que el 73.6 por ciento de ellas tienen entre 10 y 39 años de experiencia como parteras, el 16 por ciento de 1 a 9 años y sólo el 3.4 por ciento cuenta con más de medio siglo de práctica. Respecto a la capacitación el cuestionario dice que el 78.1 por ciento de las parteras la han recibido y el 21.9 por ciento, no. (Carmona *et al* 2002)

La discusión de toda esta serie de variables permite la elaboración de un contexto explicativo del fenómeno de la mortalidad materna, que sin embargo es parcial. Esto es importante mencionarlo puesto que advertimos que su existencia es consecuencia de desigualdades e inequidades que los datos estadísticos no reflejan *per se*. Por esto, es importante precisar que la dimensión cualitativa debe ser incorporada como elemento sustantivo del análisis.

Es desde estas reflexiones que me posiciono para construir los instrumentos de observación en esta tesis. La subordinación como constante de la manera en que se construye culturalmente el ser mujer, determina que el acceso al poder, a la toma de decisiones, a la participación sobre los diferentes aspectos de su vida privada y comunitaria, se experimenta de manera acotada, restringida. Esta enajenación se traduce en cuestiones como la contradicción entre la expectativa de vida potencial y real.

[45] INEGI, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, cuadernos 9-18

2.3 INSUMOS PARA EL EFECTIVO EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Las mujeres en el contexto rural no sólo son vulnerables por las condiciones de vida en que nacen, crecen, se reproducen y mueren, sino también porque el Estado a pesar que conoce estas condiciones, restringe las opciones y posibilidades de acceder a sistemas de salud. Los efectos de la exclusión, del incumplimiento de las garantías y de los derechos a que toda mujer mexicana debería ser acreedora, sólo por el hecho de su ciudadanía, son observables en la inequitativa distribución de recursos, servicios, beneficios y riqueza generada socialmente, de espacios de participación, de oportunidades para desarrollarse dignamente y vivir saludablemente. En este sentido puede afirmarse que el Estado abona a la vulnerabilidad en tanto los servicios que ofrece son insuficientes y de mala calidad. Estrategias como la capacitación a parteras son utilizadas para deslindarse de la responsabilidad de otorgar servicios integrales y seguros a las campesinas mexicanas en condiciones desfavorables para quienes en contrapartida deben asumirla.

En este sentido la salud como demanda, como reivindicación se politiza, deviene espació de decisión, acción, participación y desde esta perspectiva remite no sólo a las condiciones de vida de las mujeres, al cuestionamiento de los supuestos culturales que están a la base de la subordinación, de la exclusión, de la inequidad - que la producen y reproducen-, también a la crítica de la disponibilidad y acceso al bienestar (Bonfil y del Pont Lalli 1999)

Calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios, permitirían evitar más muertes injustas, infelices. Diferentes experiencia de países latinoamericanos han señalado, que a pesar de que no se pueda mejorar las condiciones de vida de las mujeres en edad fértil, a niveles óptimos, deseables, se puede incidir en el problema de la mortalidad materna disponiendo de sistemas de atención organizados y dotados con suficiente infraestructura, es decir, señalan que hay una relación entre la tasa de MM y la cobertura institucional, "los países con más alta cobertura institucional del parto son también aquellos que tienden a tener una mortalidad materna más baja" (OPS 1990 citado por Aguirre 1999: 43)

Para el caso de las comunidades de estudio tenemos que en Xocotepec de una población total de 1,375 personas en el 2000, solamente 3 tenían derecho a seguridad social[46] en alguna institución pública (IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina y otro tipo) o institución privada; en Tlalconteno de 1,240 habitantes, tenían este derecho 10; en Ayahualulco de 2,156 habitantes, 41 eran

[46] Se considera con acceso a servicios de salud al poblador rural que viva a 60 minutos de una unidad médica (De la fuente 1996 citado por Espinosa 2004).

derechohabientes. Esto significa que la "población abierta" (sin seguridad social), también conocida como "nadahabiente", que tenía que atenderse en las instituciones del sector salud, DIF e IMSS-Solidaridad, era en Ayahualulco del 97.2%; en Xocotepec del 99% y en Tlalconteno del 99.1% (INEGI 2000).

A pesar de que ha sido ampliamente documentado (Conapo2001; Espinosa 2004; Sánchez- Hidalgo *et al* 2004) que la atención prenatal[47] podría evitar la muerte de un altísimo porcentaje de mujeres en gestación ya que permite la detección de situaciones de riesgo, así como la identificación de poblaciones de mujeres vulnerables y su remisión para que sean atendidas por servicios de salud especializados, el estado de Veracruz en el periodo 1994–1997 ocupaba el séptimo lugar más bajo respecto a mujeres que recibían este servicio.

En efecto la atención prenatal se inscribía en el contexto de Atención Primaria a la Salud, como una estrategia preventiva que permitía detectar posibles complicaciones que ponían en riesgo la salud y/o vida de la mujer y su bebé, en el embarazo y parto. Sin embargo la efectividad de esta medida está condicionada por la calidad con la que se brinda, la oportunidad, el número de visitas realizadas, el momento en que éstas ocurren, así como la etapa de la gestación en que se inician.

El trimestre en el que se inicia la atención prenatal es un indicador importante de las posibilidades para la detección y control de riesgos del embarazo, así tenemos que en el estado de Veracruz, la distribución porcentual más elevada de atención prenatal, aunque se presenta en el primer trimestre (66.4%, frente al 5.0% en el último) se da en el grupo de mujeres con mayor escolaridad, que viven en zonas urbanas, que no hablan ninguna lengua indígena y que tienen entre 20 y 34 años, es decir las que presentan TMM más bajas.

Por el contrario las mujeres que habitan en zonas rurales, fueron las que menos consultas recibieron con respecto al resto de la población femenina durante el periodo 1994-1997. El promedio de consultas recibidas por las mujeres veracruzanas fue de 7.2 (7.7 en las áreas urbanas y 6.6 en las rurales) sin embargo el 28% de ellas (las habitantes del campo) no recibió más que de 1 a 4 consultas de las 5 requeridas;[48] así mismo, es en esta entidad donde se registra el cuarto porcentaje más alto de atención prenatal por parte de parteras (13.8%), así como el quinto menor recibido por un médico (72.7%) (Conapo 2001). Vinculado con lo anterior, la efectividad del control prenatal depende de la posibilidad de contar con servicios y acciones paralelos como los exámenes médicos

[47] La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras)" Conapo, Cuadernos de Salud Reproductiva. Veracruz 2001.

[48] La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, establece que una embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales(Ssa 1995).

y vacunas; el 88.4 % de las mujeres veracruzanas recibieron la vacuna contra el tétanos (91.7% las que habitan zonas rurales y 85.3% las urbanas); al 87.1% se les tomó la presión arterial y al 85.5 % se les pesó. Lo que significa que si atendemos los lineamientos preventivos sustentados por este paradigma del riesgo, entonces habremos de señalar que un porcentaje importante de campesinas veracruzanas no recibieron los servicios de manera oportuna y suficiente para protegerse de posibles problemas durante su E-P-P.

Sin embargo la salud de la población no depende solamente de la accesibilidad de servicios de salud de calidad, son determinantes las condiciones de vida como el agua intubada y la infraestructura sanitaria; cuando no se cuenta con estos servicios es más factible contraer enfermedades infecciosas, parasitarias y gastrointestinales. También se conoce que la toxemia del embarazo, se presenta más frecuentemente en mujeres que han padecido de enfermedades en los riñones y en vías urinarias (Múzquiz y Rodríguez s/f) y que éstas a la vez están asociadas a deficientes condiciones sanitarias e higiénicas; para terminar de empeorar el cuadro, no disponer de un recurso como el agua, le significa – sobre todo a la mujer, incluso embarazada - tener que ir a buscarlo, es decir, más trabajo y desgaste, en un momento que se supone tendría que estar descansando (Espinosa 2004)

En las comunidades de estudio los indicadores sobre las viviendas que cuentan con esta infraestructura y servicios señalan que en relación a la disponibilidad del servicio de agua entubada, están por encima de los niveles estatal y nacional, aunque paradójicamente se sabe por las parteras, que por ejemplo en Tlalconteno el líquido escasea tanto que en ocasiones sólo disponen de él una vez por semana y por unas cuantas horas. Con relación en la infraestructura sanitaria el rezago de las comunidades es contundente, por ejemplo en Tlalconteno sólo el 22% de las viviendas cuenta con este servicio (frente al 89% de las viviendas del estado de Veracruz) y en Xocopetec este porcentaje es 3 veces menor que a nivel nacional (INEGI 2000)

Si bien, dentro de los contenidos de la capacitación se contempla la planificación familiar; la información recabada en campo durante el proceso de investigación de esta tesis, muestra que desde diferentes perspectivas las parteras reflexionan acerca de las condiciones que determinan su instrumentación, por una parte los impedimentos son de orden cultural, algunas dicen que en el campo difícilmente las mujeres tienen la posibilidad de decidir sobre la cantidad de hijos que quieren tener y cuándo tenerlos.

Pero no solamente este tipo de decisiones sino las relativas a cómo cuidarse para no tenerlos están acotadas, la partera como figura dentro de la comunidad asociada con el proceso de toma de decisiones al respecto de la reproducción, en ocasiones tiene que enfrentarse conflictivamente con hombres y mujeres que la acusan de "alcahueta". Este es el caso de Mirna quien fue acusada por varios miembros de su comunidad que decían que ya que en las capacitaciones les enseñaban a las parteras cómo hacerle para no tener hijos, ellas podían aprender y enseñar a otras mujeres qué hacer para "irse" con el que quisieran sin riesgo al embarazo. Algunas de estas parteras incluso han sido señaladas por sus propias parejas, que interpretan que las salidas de la comunidad a recibir cursos, son para aprovechar que ya saben cómo no quedar embarazadas y así irse con los doctores.

Durante una entrevista Rocío, partera de Ayahualulco, señaló que durante las consultas prenatales informa a la mujer sobre métodos anticonceptivos, pero se encuentra con el temor de algunas de ellas, que prefieren pasar por embarazos de alto riesgo a someterse a la violencia intrafamiliar que implicaría controlar su fecundidad. otras más abundó, que por el contrario corren con la suerte de compartir su vida con compañeros con los cuales es posible hablar sobre el tema y decidir favorablemente sobre cómo planificar, se encuentran con otros obstáculos de orden infraestructural, que determinan la insuficiencia y escasez de métodos anticonceptivos en los centros de salud, o el poco acceso a ellos por los elevados costos (por ejemplo del condón).

Muchos menos son los casos en que la decisión de asumir conjuntamente la responsabilidad de determinar los métodos, la cantidad y la temporalidad de los hijos, se puede hacer efectiva en el espacio de atención con la partera ya que aunque ella puede contar con la información suficiente para decidir en conjunto el método de la conveniencia de la mujer según sus características particulares, en la mayoría de las ocasiones no dispone de los recursos para hacer realidad la decisión: puede saber que a la mujer que la está consultando le conviene un DIU por ejemplo, pero no saber ponérselo, o puede saberlo, como es el caso de la partera de Tlalconteno, pero el método, o no está a la venta en las farmacias de la localidad, o no lo tiene el centro de salud, mucho menos ella (para 1997 había una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos del 18.3% en zonas rurales de Veracruz, en esta misma entidad sólo el 61.6% de campesinas utilizaban alguno de estos métodos, Conapo, 2001). Por otra parte cuando hay en existencia en los centros de salud un método como este, las mujeres no quieren ir a aplicárselos allí porque quién atiende es un doctor, así que de la decisión a la práctica hay un largo camino.

La demanda insatisfecha tiene múltiples causas: carencia de prestadores de servicios que otorguen a las mujeres un trato cálido y respetuoso, insuficiencia de métodos, dificultad de acceso por costo o

inexistencia, falta de respaldo o compromiso por parte de los hombres, que no sólo no quieren compartir la responsabilidad de la planificación, sino que algunos de ellos se oponen a que sus mujeres usen métodos temporales o definitivos. Por otra parte tampoco las instituciones encargadas de promover proyectos de planificación familiar no hacen mucho por incentivar la participación del sector de la población masculina.

Al respecto, Rocío platica que cuando conoce la decisión de las mujeres de no querer tener hijos nunca más, intenta convencer al esposo antes del parto para que esa mujer sea atendida en un hospital diciéndole que es de alto riesgo, así no sea cierto, a sabiendas que ahí podrán hacerle la "salpingo".[49]

Muchos de los casos con los que se encuentran las parteras en las comunidades de estudio, con relación a la alta paridad y al poco espaciamiento entre un hijo y otro, no tienen que ver ni con la demanda insatisfecha, ni con el trato recibido por los prestadores de servicios institucionales de salud, sino con la convicción de que la feminidad se construye fundamentalmente a través de la maternidad: en general las mujeres de las comunidades quieren ser madres, la decisión sobre la planificación se da cuando ya se ha pasado por múltiples embarazos, o cuando algunos de ellos han sido riesgosos.

Como vemos existen una serie de implicaciones de orden cultural (como las relaciones de género) que son determinantes en el rumbo de las decisiones que las mujeres toman. Trabajos recientes como el de Graciela Freyermuth (2003), han hecho hincapié en este aspecto: para descifrar los elementos que confluyen y conforman los factores de riesgo durante la maternidad, la investigadora se pregunta si las mujeres pueden tomar decisiones sobre su salud al margen de su comunidad, su pareja o su familia. Su trabajo nos lleva a concluir, que factores como la edad, las relaciones de género y la etnia tienen un peso crucial para entender las circunstancias en las ocurren los decesos de estas mujeres.

El tema de la sexualidad es también representativo de lo acotado de los insumos para llevar a la práctica los derechos. Si bien investigaciones hechas con mujeres rurales e indígenas de diferentes entidades federativas del país han demostrado que las veracruzanas en general están informadas al respecto de cómo tener control sobre su fecundidad, los contrastes entre las mujeres urbanas y rurales siguen siendo profundos (Espinosa 2004).

[49] Salpingoclasia o ligadura de trompas de falopio.

Es significativo la escueta información que se le otorga a las parteras en la capacitación analizada sobre la posibilidad de vivir las relaciones sexuales sin el riego al embarazo, apenas una oración en todo el manual de la capacitación y otra más en la dinámica que, paradójicamente, se llama "la fábrica de niños". Parece ser que el tema sigue siendo tabú, incluso para los propios capacitadores; los beneficios de la utilización de métodos anticonceptivos, para poder gozar de la sexualidad sin el temor al embarazo, o en el caso del condón para prevenir una infección de transmisión sexual, son omitidos y esto en el contexto donde la pandemia del VIH/SIDA se está feminizando y ruralizando, es verdaderamente grave. Así mismo, el vínculo entre sexualidad y planificación familiar no es reflexionado en la capacitación, por lo que se puede afirmar que el enfoque unívoco es el de la reproducción, dejando a un lado el de la sexualidad.

En la última década, utilizando el enfoque de la salud reproductiva que reivindica entre otras muchas cuestiones, el derecho a que mujeres y hombres elijan informadamente cómo planificar su familia, múltiples estudios han señalado la clara contradicción entre el proceso de toma de decisiones que implica ejercer tal derecho y la postura del *establishment* médico quienes "prefieren" proveer a-sus usuarias de métodos definitivos, - como la salpingoclasia -, o de métodos cuyo control esté a cargo de los servicios de salud, - como el dispositivo intrauterino - ya que consideran que las mujeres no estarán en capacidad de utilizar correctamente aquellos que dependen de su participación activa y constante, - como los orales, hormonales o inyectables:

> "En general, existe la creencia de que el médico saber mejor lo que la paciente necesita, que ella no es capaz de reconocer correctamente sus necesidades y de que no sería capaz de seguir instrucciones. Ello conduce a que con alarmante frecuencia, se considere que no es necesario obtener el consentimiento de las pacientes para que los médicos realicen maniobras, o que ofrecer información válida, expresada en términos que aseguren que sea correctamente comprendida, es una pérdida de tiempo" (Langer 1999: 141)

Esta concepción sobre la incapacidad de las mujeres para tomar decisiones convenientes a su salud y sobre la información prescindible, va en camino contrario a la cultura democrática que debe ser promovida, si es que se pretende dar un enfoque de salud reproductiva, en el trabajo de los prestadores de servicios de salud.

El problema de los insumos para hacer factible el ejercicio de derechos reproductivos, tiene en este sentido una raíz en el tipo y calidad de información que se le otorga tanto a las parteras como a las

mujeres que buscan recibir servicios de instituciones públicas de salud; el ejercicio de estos derechos no sólo depende entonces de una serie de condiciones, de orden económico, cultural, infraestructural, también de la construcción de capacidades para tomar decisiones autónomamente, organizarse y participar para exigirlas, fincada en la información como recurso de poder y determinando en función de las propias necesidades, cómo se quiere vivir la reproducción y la sexualidad.

A continuación describo la particularidad del proyecto de capacitación a parteras que COPE instrumentó, cómo se vinculó con la comunidad, cómo involucró a las parteras en este proyecto y discuto la noción de riesgo bajó la cual operaron los contenidos. El propósito de este apartado es exponer el "punto de vista" institucional en torno al proceso de transformación de la práctica y de los actores de la parteria en el Cofre de Perote.

2.4 LA PERSPECTIVA INSTITUCIONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE LA PARTERÍA Y SUS ACTRICES.

En los noventa la aplicación del proyecto de COPE A.C. Atención Primaria a la Salud del Cofre de Perote hacía parte de una estrategia conocida como Modelo de Atención para Población Abierta (MASPA). COPE A.C. surge del Patronato de Apoyo Voluntario de la Sierra de Perote (PAS) instancia dependiente de la Secretaría de Finanzas y Planeación (SEFIPLAN) y esta a su vez del Sistema DIF- Veracruz y como necesidad de dar continuidad al trabajo comunitario iniciado desde 1989, que contemplaba entre otros proyectos la capacitación teórico práctica a auxiliares de salud.

Pensando en la importancia de garantizar la vida del proyecto a largo plazo, los participantes – que en su mayoría eran médicos del voluntariado- deciden organizarse bajo la figura de asociación civil, que desde su perspectiva permitiría salvar los obstáculos de fin de administración sexenal en los que se renovaban a los voluntariados, pero también facilitaría el vínculo con la comunidad :

...Algunos voluntariados se han vuelto asociación civil para poder acceder a recursos, entonces esa era la idea, pero que ya no fuéramos nosotros quienes estuviéramos en la asociación, en COPE, sino que fueran ellos (la comunidad), se compró incluso hasta una casa en Ayahualulco.. ahí pretendíamos que los promotores dieran capacitación a campesinos, que ahí durmieran ..8 mujeres y 8 hombres y que dieran capacitación en herbolaria, pero ellos y que cobraran. .tuvieran una cuota de recuperación que pudieran mantener a la asociación y a los asociados, había un consultorio médico. que bueno lo podía atender un médico, pero más bien queríamos que lo

estuviera atendiendo una asistente y que esto generara empleo" (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz 2003)

La expectativa de los organizadores era que COPE A.C funcionara como una estrategia, que ellos fundarían, madurarían para finalmente heredar poco a poco a la comunidad, que le permitiera "ir definiendo los costos de sus prácticas" (Múzquiz 2003) y agruparse para el trabajo conjunto. COPE como asociación civil fracasó,[50] (por razones que los propios organizadores prefieren olvidar y por tanto no comentaron en la entrevista), pero permaneció trabajando dependiente del Voluntariado del Cofre de Perote, hasta que este llegó al final del sexenio del gobernador Patricio Chirinos (1992-1998). Los capacitadores de COPE estaban conscientes de la importancia de generar mecanismos que permitieran garantizar la permanencia del proyecto y esos mecanismos tendrían que estar estructurados en el trabajo comunitario: "Lograr una continuidad a través del tiempo, independientemente de los programas gubernamentales vigentes; es decir lograr que las mismas comunidades de la sierra sean autogestivas para atender sus necesidades y requerimientos" (Botana s/f:11).[51]

Esto significó que dentro de las actividades de COPE se encontraban por una parte la capacitación de recursos humanos comunitarios y por otra, lograr generar vínculos entre los programas institucionales y las comunidades. En relación con esta última. se menciona la gestión de recursos y acciones para promover un mejor nivel educativo y de nutrición; la remisión oportuna de pacientes a hospitales; la gestión de proyectos de obra pública y el apoyo a microempresas.

Desde la propia evaluación COPE tenia una función específica, constituirse como "elemento ordenador", entendido por el Dr. Múzquiz como participación que se aboca a definir tiempos y espacios del trabajo, intervenir dando información sobre anatomía y fisiología y hacer preguntas que las parteras contestarían.

En entrevistas y en datos secundarios, referentes al aspecto de los fundamentos de la Asociación, Pedro Múzquiz menciona que cualquier estrategia que promueva la salud, debe ser articulada con base en la búsqueda del mejoramiento de sus factores condicionantes: "la salud no es patrimonio de

[50] Por este "fracaso" es que siempre que me refiero a COPE lo hago sin mencionar que fue una asociación civil ya que como tal existió por muy poco tiempo.

[51] Esto, visto desde el contexto presente en el que la Asociación ya no existe como tal, se presenta como anticipación prevista; en entrevista a Hugo Moreno, actual encargado de PAS, la Asociación fue tan sólo un chispazo de buena voluntad sexenal, que aunque cimentó las bases para proyectos más duraderos, no logró la autonomía deseada.

las medicinas, dice el doctor Pedro, sino de los alimentos, el vestido, la vivienda, la educación, el ingreso económico de las familias, en síntesis, de los factores que forman o no el bienestar social" (Botana s/f: 27).

Esto significó trabajar conjuntamente con proyectos de mejoramiento a la vivienda, huertos familiares, nutrición y capacitación a promotores de salud. Puesto que el criterio de selección de las comunidades era su alto grado de marginalidad, la Asociación consideró que un indicador de progreso y de desarrollo debía ser la baja en los índices de morbi- mortalidad materno infantil. Asegura el Dr. Pedro Múzquiz que existen registros estadísticos de que con la llegada del programa se acelera el decremento de la mortalidad en la región.[52]

Como se dijo en la página anterior, la segunda función de la Asociación, además de la ya mencionada capacitación a recursos humanos comunitarios, era lograr que las comunidades se vincularan con las instituciones en diferentes niveles; "las casitas de nacimiento" son producto de esto, se lograron gracias a la gestión financiera de instancias como el DIF-Estatal, el Voluntariado Veracruzano y el Fondo de Financiamiento de Empresas de Solidaridad en el Estado de Veracruz. El objetivo era conseguir créditos de apoyo, préstamos para invertir en arreglos del espacio donde trabajaban las parteras, así como para comprar equipo, material médico y demás instrumentos de trabajo. Mirna y Elsa fueron de las parteras que se beneficiaron con este préstamo y hoy día cuentan con un espacio independiente de su casa en el que atienden los partos.

Otro nivel de vinculación específico de la capacitación a parteras y auxiliares de salud, sería su incorporación al sistema de salud, que se veía como la condición de posibilidad de la implementación de los principios de la capacitación. Esta incorporación resultó problemática en la mayoría de los casos puesto que no lograron afianzar un trabajo con los médicos y demás personal de salud que estaba en contacto con las parteras y el trato –salvo pocas excepciones- otorgado a ellas al momento del contacto en los hospitales era discriminatorio y hostil.

Pero puesto que el trabajo de la Asociación, no se limitaba al campo de la salud, también hubo apoyos financieros y de capacitación a promotores agrícolas, para hacer estufas lorena,[53] para promoción y cultivos de hortalizas entre otros.

---

[52] Estos documentos nunca fueron encontrados, por el contrario existen datos oficiales de la Jurisdicción Sanitaria V, de Xalapa, Veracruz, (ya citados) que contradicen tal afirmación.

[53] Esta estufa se construye con materiales de la región como lodo y arena y tiene una serie de beneficios como un mínimo consumo de leña y la disminución de infecciones respiratoria por la poca emisión de dióxido de carbono, además que permite que se descargue el trabajo de mujeres y niños que generalmente son los encargados de conseguir la leña.

2.4.1 Parteras, sujetos de los programas de salud

Uno de los principales objetivos de COPE, fue la capacitación a "recursos humanos comunitarios", que básicamente se componían por auxiliares de salud, parteras, asistentes dentales, veterinarios y promotores agropecuarios. La función de estos promotores de salud, era prestar sus servicios voluntariamente a las comunidades en el contexto de los programas de participación comunitaria. El sentido de trabajar con miembros de la propia comunidad, era involucrarlos en los procesos de participación para el mejoramiento de su salud. COPE pensaba en el trabajo comunitario como un proceso de transferencia de responsabilidades y costos, sustentado en la idea de que para que se le pueda dar continuidad a un proyecto de esta naturaleza, es necesario que la comunidad se conscientice de que "ella es la dueña y generadora de su desarrollo"(Botana s/f).

En un principio el trabajo con promotores de salud se dirigía específicamente a auxiliares de salud, el programa con parteras fue posterior y surgió a raíz de que las auxiliares pedían más información sobre cómo atender los partos. Aunque se mencionó en entrevista, que COPE no se proponía generar nuevos actores a raíz de la capacitación, sino potenciar las capacidades de los "recursos humanos" ya presentes, "optimizar su actuación".[54] la complejidad de la función que se esperaba cumpliera la partera capacitada, requería de la conformación, cuando no de la selección, de una actriz cuya práctica fuese susceptible de ser transformada y que no dificultara el proceso de integración al sistema de salud. Si bien en un primer taller en 1991, se buscó crear un vínculo entre las parteras de "vieja escuela" y las de "nueva generación", que se veía como necesario para el proceso de transmisión de saberes, el trabajo sucesivo fue mostrándoles la dificultad de trabajar con las mujeres más grandes.

...Nos enfrentábamos con una situación, de que la gran mayoría de las parteras son viejitas y son analfabetas, te lo cito, en el estado de Veracruz el 50% de las parteras son mayores de 50 años y el 50% son analfabetas, eso nos lo encontramos ahí y otra dificultad es que estas parteras ya tienen una serie de.. mañas, de actitudes que difícilmente íbamos a cambiar, lo que buscábamos era una persona, un sujeto, que brindara atención integral del embarazo, parto y puerperio, no así exclusivamente una atención obstétrica, sino que entendiera más en su conjunto a la familia y a la comunidad, entonces empezamos a ver a las parteras, medio a estudiarlas,... en una partera de 70 años, analfabeta, difícilmente le íbamos a cambiar su modo de pensar, de que · --cuando te toque esto tienes que ponerle una penicilina, no lo íbamos a hacer, iba a ser muy difícil de que ella aceptara otros modos de hacer las cosas, pero si surgía un nuevo personaje, si surgía una partera

[54] Entrevista con la Dra. Edith Rodríguez, 12 febrero de 2003.

de nueva generación, ella si podíamos, sin esos vicios, si podíamos hacerle ver que hay penicilinas y hay sueros que poniéndolos a tiempo salvan vidas (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz 2003)

Este personaje emergente haría parte de una red que se llamaría "Red de parteras de nueva generación", que en su momento más álgido (1998) llegó a estar compuesto por 80 parteras, mayoritariamente jóvenes y dispuestas a retomar tanto los elementos que los capacitadores consideraban benéficos de la medicina tradicional, como algunos de la medicina occidental. Gran parte de ellas fueron capacitadas a partir de 1991, aunque iniciaron su trabajo con la comunidad siendo auxiliares de salud, lo que significaba que formalmente[55] sus conocimientos en torno, no sólo a la atención del embarazo, sino en medicina preventiva y APS, provenían de la experiencia de las prácticas con pasantes y/o con doctores en centros de salud y demás instancias de la secretaría.

Por esto podemos distinguir por lo menos tres tipos de actores con los que se encuentra COPE al llegar a la comunidad, las auxiliares de salud, las parteras que no tenían "formación" como auxiliares y las auxiliares que también eran parteras. Esta diferenciación refiere tanto al tipo de acciones que realizan como a los conocimientos a los que acceden; las auxiliares no atienden partos, y tanto ellas como las parteras que fueron capacitadas tienen acceso (aunque acotado dijimos) al cuerpo de información biomédica sobre los procesos reproductivos. Estas dos últimas también fueron capacitadas (a principios de los noventa) en acciones de APS, si bien esta capacitación estaba inmersa en un trabajo más amplio entendido como "desarrollo comunitario" que contemplaba acciones en el ámbito de la educación, la salud y en lo social.

La caracterización que hacen los capacitadores, de la práctica tradicional de la partería, así como de quien la desempeña, sirve como fundamento para legitimar el proyecto de capacitación, de profesionalización. Desde su perspectiva, características como la edad avanzada, el analfabetismo, la utilización de algunos recursos de la medicina tradicional como las versiones (también conocidas como manteadas o acomodo del bebé), la falta de higiene y de control prenatal, determinaban que el proceso de E-P-P se viviera en una situación de riesgo. Por el contrario "*buscábamos una generación de nuevas parteras, no con ese tipo de vicios, o mitos o de magias*" dice el Dr. Múzquiz en entrevista (2003), que pudiera comprender que "*había prácticas nocivas (suyas) que no podían continuar*".

[55] Aunque la capacitacion en acciones de Atención Primaria a la Salud se considera como educación no formal (Herrada, H y Fernández, H, 1990)

Estas nuevas parteras, que primero fueron auxiliares de salud, eran en su mayoría mujeres entre los 20 y 40 años, que se habían involucrado con la práctica médica desde los 11 a 15 años, asistiendo al Centro de Salud y que realizaban acciones de medicina preventiva y curativa (como tomar muestras de papanicolau, recetar ciertas medicinas, hacer curaciones leves, controlar la tensión arterial, algunas dar información sobre planificación familiar) y que sabían leer y escribir.

A pesar que los capacitadores mencionaban que la información otorgada en los cursos se adecuó a las necesidades de las parteras – auxiliares o no- , no reçuerdan ningún tipo de distinción en los contenidos o estrategias de trabajo en relación con la práctica que cada una ejecutaba y relativa a su diferente formación o procedencia cultural. Esto es referido por ciertos autores (Herrada y Hernández 1990), que mencionan que no se disocia a las parteras de las auxiliares de salud en tanto ambas son capacitadas "para orientar su práctica de acuerdo al modelo científico" y en este sentido se les considera a ambas como un "recurso para la salud", señalamiento con el que coincido, puesto que la diferenciación cultural de la procedencia de los conocimientos no resultaba relevante para los capacitadores en tanto el objetivo era homogeneizarlos bajo un enfoque hegemónico de riesgo.

Son dos las razones por las cuales se decide iniciar el proceso de capacitación a parteras, primero por el trabajo previo con auxiliares conocían sus demandas de información con respecto de la atención de partos (ya que algunas de ellas ya eran parteras) y por otra, puesto que los capacitadores consideraron (a pesar de que no se contaba con un diagnóstico) que eran las parteras las que más provocaban la muerte materna, sobre todo las que se encontraban en los lugares más alejados, con menos acceso a transporte y cuyas comunidades eran catalogadas como de alta y muy alta marginación.

En relación con este aspecto de la mortalidad materna llama la atención como se van correspondiendo los diferentes componentes,- objetivos y estrategias- que estructuran este proyecto; si analizamos hasta aquí la información sobre el origen del trabajo de COPE, podríamos preguntarnos, si la justificación de la capacitación a parteras rurales era la alta tasa de mortalidad materna, entonces ¿por qué si sabían que el 50% de los partos lo atendían mujeres mayores de 50 años, a cuya práctica estaba asociada la mayoría de los casos de mortalidad materna, no hubo continuidad en la implementación de una estrategia de capacitación que contemplara a estas mujeres mayores y tomara en cuenta la especificidad e importancia de su práctica?

El caso de Flor de Ayahualulco es ilustrativo de esta situación, ella es una de las tres parteras de su comunidad, tiene 74 años de los cuales 60 lleva como partera. Ella platica mientras pone agua para el café, se enteró de la capacitación porque empezaron a llegar más mujeres que de costumbre a *aliviarse* a su casa y ella se dio cuenta que era debido a que las otras dos parteras no estaban en la comunidad, pues andaban capacitándose...

*Me hubiera yo capacitado, hubiera yo ido para todo lo del parto, pero no quieren. . que bueno, ellas todavía están jóvenes, que trabajen y que coman yo ya comí, cuando hicimos esta casa tenia yo una por aquí una y otra y otra (*mujeres pariendo*). . .y nunca quedé mal, han venido a veces muertos, sin cabeza, pero ya vienen muertos yo ya no tengo nada que ver, porque ya vienen así yo a veces los revivo, pero está vez no se pudo, así ha sido siempre mi vida.*

Flor está convencida que fue la mala voluntad de sus compañeras, que no le avisaron, por la que no se pudo capacitar. Mientras convida el café ya listo, va hilando las historias del ser partera que recibe la vida... y la muerte, que no mas hace 15 días la visitó:

*. . yo pienso que la criatura ya no venia viva, ¿sabe por qué?, porque cuando vienen vivas al empezar a mover, se empiezan amover y esto ya no, nada... pues ya acabó de nacer el bebé pero muerto, luego me llegó la policía, que el licenciado, porque como yo les dije que fueran a traer la ambulancia y que se la llevaran, pero fue el hombre fuera de tiempo, cuando vino ya le digo ya nació muerto y él se fue en la ambulancia y luego ya llegaron ellos.- ¡pues si me quieren llevar, llévenme yo culpa no! (*Flor 2003*)*

Este caso es representativo de una situación generada a partir del propósito explícito de capacitar parteras de nueva generación, grupo del cual quedó excluida Flor. Ella plantea algo que es crucial al momento de salvar la vida de la madre o su bebé, que es tomar las decisiones y actuar a tiempo, en este caso en el que el marido de la parturienta demoró demasiado en conseguir el apoyo de una ambulancia, fue muy tarde para salvar la vida del recién nacido.[56] En este escenario la diferencia, entre la partera capacitada y la que ha sido excluida, se convierte en una desventaja observable en las limitadas redes de apoyo y de acceso a recursos. Por otro lado la exclusión de las parteras más añosas no permitió el análisis de aquellos elementos de la práctica que efectivamente pueden ser causantes de daño o muerte.

[56] Graciela Freyermuth (2003 b) señala que en su estudio sobre la mortalidad materna en la zona de los Altos de Chiapas, aplicó una vertiente para identificar porqué ocurre ésta " ( ) los estudios han señalado tres clases de retardos en la atención médica que reciben las parturientas. El primero es un retardo en la toma de decisión sobre qué hacer con la mujer, el segundo es un retardo en el traslado y en la búsqueda de la atención y el tercero es un retardo en la atención misma cuando se llega a un centro de Salud" (p.9)

2.4.2 Los contenidos de la capacitación

La Asociación inicia un proyecto de capacitación teórico-práctico, cuyos contenidos son decididos por los médicos de COPE en un proceso no registrado. Como mencionó el Dr. Pedro Múzquiz (2002) en entrevista, originalmente se hace un "diagnóstico situacional" que refiere las características de la zona en términos de sus indicadores de marginalidad, posteriormente se hace un "diagnóstico de necesidades" utilizando una metodología participativa, con el cual determinan la necesidad de trabajar con lo que consideran es la principal oferta para atención de la salud comunitaria: las parteras.

A pesar de que de los mencionados diagnósticos no queda ningún rastro, suponemos que en algún momento existieron, que en efecto se hicieron con una metodología participativa recuperando las necesidades sentidas de la población y que con base en ellos se instrumentaron acciones, se diseñaron estrategias o en todo caso que a partir de ellos los capacitadores pudieron darse una idea de las causas por las que mueren las mujeres en edad reproductiva, las edades en las que esto ocurre, los factores socioeconómicos vinculados a la muerte, la carencia de servicios, recursos, infraestructura sanitaria y de transporte, la precariedad de las condiciones de vida que determina que las mujeres de las localidades de impacto tengan poco acceso a estudio, trabajo remunerado y sistemas de bienestar en general, mucho menos a espacios de poder, participación y decisión pública, comunitaria, en fin todo el arsenal que permitiera identificar las necesidades apremiantes, para construir mecanismos de trabajo acordes a la problemática con la que se enfrenta una partera que tiene que desplegar sus conocimientos y habilidades para afrontar la tarea cotidiana, la responsabilidad pública y privada de lidiar cara a cara a la muerte y salir invicta.

Lo que encuentro al conocer los contenidos del manual de capacitación es que no incorporan las necesidades específicas de las parteras de la zona, no fueron decididos pensando en habilitar a la partera para enfrentar necesidades determinadas en la experiencia de la propia práctica. En entrevistas con ellas, reconocen que en efecto les preguntaron con qué problemas se enfrentaban al momento de la atención del parto, pero al momento de las clases o del trabajo en el libro, no veían integradas esas demandas.

Los contenidos de la capacitación, sistematizados en el *Manual y Libro de Trabajo* (Múzquiz, P y Edith Rodríguez, s/f) son básicamente los mismos que hoy en día se continúan instrumentando en las capacitaciones a nivel estatal que promueve la Ssa y son los siguientes:

1.a) *Mortalidad materna y perinatal.* la capacitación se introduce con la reflexión sobre la dimensión del problema en el Estado de Veracruz, las causas (ej, infraestructura sanitaria de la comunidad, condición socioeconómica de la embarazada), la responsabilidad o "culpabilidad" de las parteras en este problema, así como la de los diferentes actores y las posibles alternativas de solución.[57]

b) *Las parteras y su integración al Sistema Estatal de Salud:* se analiza la función que cumplen las parteras en su comunidad, la responsabilidad como "prestadoras privadas de servicios de salud y como integrantes de un sistema regional y estatal de salud" ("Programa Estatal de capacitación a parteras tradicionales, 2002- 2004").

2) *Cómo es y cómo funciona el aparato reproductor de la mujer y del hombre*: se identifican los genitales de ambos sexos y se señala su función[58] (genitales internos y externos; ciclo menstrual; ovulación y fecundación).

3) *La formación del bebe y diagnóstico del embarazo:* (proceso de formación y crecimiento del bebé y de la placenta, así como de los síntomas y signos de diagnóstico del embarazo.

4) *Cuidados necesarios durante el embarazo*: acciones a realizar y/o síntomas y signos por vigilar en la consulta de control (peso; presión arterial; medición de Fondo Uterino; Foco Fetal; aplicación de vacuna del tétanos; signos de alarma; medidas de higiene; hábitos de alimentación, complementos vitamínicos; vacunas; exámenes médicos; fecha probable de parto; Cuatro Maniobras de Leopold y palpación de la presentación, situación y posición fetal[59])

5) *La llegada del nuevo ser: atención del parto y puerperio normal*: (hábitos de asepsia y antisepsia en el lugar de nacimiento, la embarazada y la partera, equipo, e instrumental; reconocimiento de signos y síntomas del trabajo de parto – rompimiento de la fuente, intensidad de las contracciones, borramiento del cervix y dilatación cervical-; periodos del parto - coronamiento,

---

[57] En la guía de los contenidos del "Programa Estatal de capacitación a parteras tradicionales, 2002- 2004" (DIF- Estatal de Veracruz, Voluntariado Veracruzano, SSA, SE) se menciona que como alternativa de solución a la mortalidad materna y perinatal se presenta la "Calidad de la atención", esto coincide con la información obtenida en entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz, que señala que el programa de capacitación a parteras impulsado COPE, "era para incrementar la calidad de atención en la Sierra de Perote" (Pedro Múzquiz 2003), lo que significa que tomando como referencia a esta institución, la capacitación a parteras en los últimos 13 años, a permanecido con este objetivo.

[58] La única mención a la sexualidad en el manual, es en este rubro " ..ambos (los órganos o genitales internos y externos) tienen el mismo propósito: la **reproducción y la sexualidad humana**" (Múzquiz y Rodríguez s/f 11)

[59] En el "Manual y Libro de trabajo" dice que sólo si la "situación es longitudinal y la presentación es cefálica, el parto puede ser atendido por la partera en la comunidad, siempre y cuando la embarazada no presente alguna alteración o complicación. Cualquier otra situación o presentación se enviará al hospital o a la clínica con su hoja de referencia para ser valorada por el médico especialista" (Múzquiz y Rodríguez s/f.33)

parto de cabeza, rotación, parto de hombros, parto de nalgas[60]-; extracción y revisión de la placenta y de las membranas; corte del cordón umbilical; revisión de la cavidad uterina; chequeo y cuidados del recién nacido – lactancia materna, aplicación vitamina K-; cuidados del puerperio).

6) *Problemas o complicaciones que se presentan durante el embarazo*: reconocimiento de las complicaciones y de sus signos de alarma (aborto; embarazo ectópico; Embarazo molar; polihidramnios y oligohidramnios; hiperemesis gravídica)

7) *Problemas o complicaciones durante la segunda mitad del embarazo:* reconocimiento de las complicaciones y de sus signos de alarma (placenta previa; desprendimiento prematura de placenta; toxemia del embarazo; ruptura prematura de membranas)

8) *Problemas o complicaciones que se presentan durante el parto y el puerperio*: reconocimiento de las complicaciones y de sus signos de alarma (Distocias; presentación y situación inadecuada del bebé; alteraciones del cordón umbilical; parto prematuro; sufrimiento fetal; hemorragias posparto – retención de placenta y membranas, placenta acreta, increta y percreta, que indican nombres médicos para la implantación alta, media o baja de la placenta, inversión uterina-; fiebre puerperal)[61]

La dinámica de la capacitación incluía visitas a hospitales y prácticas hospitalarias, talleres de elaboración de medicamentos con plantas medicinales, talleres de "autoestima", la formación de la partera como facilitadora del Programa "Información de la Fábrica de niños" (con la dinámica que adelante se analizará, llamada "La mujer: salud y vida") y evaluaciones escritas.

2.4.3 El enfoque de riesgo y la terapéutica mixta de atención al embarazo, parto y puerperio

La capacitación enfatizó el aprendizaje de lo que se conoce como *enfoque de riesgo*, consistente en que las parteras aprendieran a detectar señales de alarma en la mujer embarazada y el recién nacido, que les permitieran determinar si podían atender el parto o por el contrario debían remitir a la mujer a una institución de salud, al respecto dice la Dra. Edith (2003):

Lo fundamental es la detección de señales de alarma que hagan que ellas vean en el momento en que haya un dolor de cabeza, una náusea fuera de control, latidos raros en el corazón.

[60] En este apartado se señala en el "Manual y Libro de trabajo" que la partera no debe utilizar oxitocina al mismo tiempo que se les avisa "este medicamento solamente debe ser utilizado por los médicos" (Múzquiz y Rodríguez s/f:45)

[61] Después de cada una de las explicaciones de este apartado hay un letrero que indica que la paciente debe ser enviada inmediatamente al hospital más cercano pues su vida o la de su hijo está en riesgo

contracciones fuera de tiempo, dolores, infección o sangrado vaginal y piernas hinchadas, esas son las señales de alarma que por lo menos queremos que ellas detecten, para que en el momento que vean cualquiera de esos puntos manden a la paciente al hospital.

Este aprendizaje era fundamental en el proceso de transformación de la práctica, puesto que se partía del supuesto de que las parteras tradicionales no utilizaban ningún enfoque de riesgo. Esta deducción se fundaba en la observación empirica de su práctica, así al percatarse por ejemplo, que la partera no tomaba la presión a la mujer embarazada, los capacitadores concluían que no había posibilidad bajo esas condiciones de identificar una preclampsia o una eclampsia. Puesto que la perspectiva de riesgo que primaba era la médica, toda práctica e interpretación que no pudiera ser clasificado en esta categoría biologicista del riesgo era desechada.

La información relativa al enfoque de riesgo se vinculó con lo que COPE llamó la construcción de una *terapéutica mixta de atención al parto.* Esta terapéutica sería resultado de la transformación de la practica de la partería a raíz de la incorporación de elementos de la medicina occidental y de la permanencia de algunos de la tradicional que los capacitadores consideraran benéficos, no nocivos. La capacitación en relación a este proceso de construcción terapéutica, contemplaba en sus contenidos el tema de la herbolaria, que era trabajado con las parteras buscando normar, regular su uso, pero también estipular pautas de trabajo conjunto que permitieran la "profesionalización" del grupo de parteras, el Dr. Múzquiz cuenta que esto significaba:

Que todas mejoraran, finalmente el programa era para incrementar la calidad de la atención en la Sierra de Perote, no podíamos verlo de manera individual ....sino de manera colectiva, todas las parteras, queríamos regular también la práctica en cuanto de la herbolaria y en cuanto a los costos, la partera de Tlalconteno - ¿cómo preparas tú el tecito para aprontar el parto?. - Ah, pues le pongo tres puños, de piloncillo con tres ramas de canela, ¿pero de que tamaño son las ramas y de que tamaño es tu puño? y le preguntas a la partera del Progreso y te va a decir que dos puños, eso lo queríamos regular, vamos a ver que dicen los libros y vamos a ver en su práctica que es lo mejor y regulemos la práctica de la herbolaria, eso por una lado y eso nos está hablando de grupo, y por otro lado los costos, este es un problema muy serio de las parteras, porque ahi hay una competencia desleal, hay parteras que se han capacitado y que ellas consideran que pueden cobrar un poquito más, pero si hay una partera que está capacitada y cobra menos se van con esa. decir. - órale, todas vamos a crecer pero todas vamos a cobrar lo mismo para no andar .. esto nos hacia que trabajáramos con el grupo en su totalidad

Paradójicamente aunque la terapéutica mixta de atención al E-P-P, contempla la interrelación simbiótica de elementos de ambas medicinas, la determinación del enfoque de riesgo como elemento central de los contenidos de la capacitación, no se da como proceso de reflexión de los componentes tradicionales que constituyen el referente de riesgo que las parteras utilizan para interpretar y darle acertividad a sus prácticas.[62]

En virtud de esto se puede interpretar la afirmación de los capacitadores, sobre que las parteras tradicionales no utilizan un enfoque de riesgo; no utilizan el que desde la práctica médica hegemónica es el científico y por tanto el válido, queda sin embargo excluido de la reflexión médica, el conocimiento que ellas han construido a razón de su experiencia empírica y que determina la utilización de recursos curativos y preventivos, la conformación de criterios, el despliegue de acciones. con el objeto de hacer que su práctica sea efectiva para enfrentar el riesgo.

Pero la conformación de una terapéutica mixta de atención al E-P-P, cobra especificidad en COPE por una serie de cuestiones que no sólo tienen que ver con los elementos incorporados, permitidos o sancionados, si no también con las características del trabajo comunitario. Así, al hacer la pregunta específica sobre cuál modelo de capacitación mixta se implementó, la Dra. Edith menciona que a diferencia de otros modelos implementados en la república mexicana como la del ENEO (Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia) en el D.F, o la de la escuela de Guanajuato, la capacitación de COPE se daba en las propias comunidades, en interacción cotidiana con las mujeres, además de esto recibían cursos en otras ciudades del estado:

Una semana en el hospital siendo capacitadas por médicos, perinatólogos, ginecobstetras, psicólogos, con teoría esa semana, de sol a sol, puros especialistas dándoles clases, las siguientes dos semanas con su pasante en el Centro de Salud leyendo otra vez todos los mismos temas y la última semana entrando al quirófano y a las diferentes partes del hospital (Rodríguez 2003)

Un mes completo en el que además obtenían una beca y un maletín. Respecto a los contenidos no hay diferenciación pues la totalidad de las capacitaciones "mixtas" se tenían que apegar a la *Norma oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido* (Ssa, 1995) La diferencia parece ser entonces el hecho de que en el resto de los modelos son las parteras interesadas las que se tenian que acercar a las instituciones, en cambio COPE, al promover la incorporación, la integración de la partera al sistema de salud, era quien se desplazaba hasta sus

[62] Este asunto será abordado de manera más exhaustiva en el capítulo 3

lugares de origen para implementar los talleres, las buscaba y convocaba, pero también quien certificaba su práctica.

Este proceso de integración de la partera al sistema de salud, a través de la profesionalización, implicaba no sólo la transformación de la práctica de las mujeres que ya tenían experiencia como parteras, en el sentido de la incorporación de nuevos referentes para entender el proceso de salud y enfermedad en el embarazo, el parto y el puerperio, sino también la resignificación de su quehacer como partera, impulsada por la introducción de elementos valorativos y normativos que estructuraban la nueva lógica de reconocimiento institucional. Un ejemplo de esto es el énfasis en que la partera se percibiera como prestadora "privada" de servicios de salud (Programa Estatal de capacitación a parteras tradicionales, 2002- 2004"). En este sentido es que entendemos la estipulación de una normatividad en torno a los costos que debía tener el parto atendido por la partera capacitada.

Entendemos también que la profesionalización se traduce en la institucionalización de la práctica, es decir, no sólo de las acciones (terapéutica mixta), sino también de los actores (parteras de "nueva generación"). Esta profesionalización pauta la experiencia, la controla, pero sin embargo no la determina mecánicamente, puesto que los actores que despliegan esta práctica, significan, interpretan el proceso de institucionalización y así aceptan, negocian o rechazan sus prescripciones.

Esmeralda de Ayahualulco, abre el cajón de la mesa en que escribe los datos de *sus mujeres* y muestra media docena de constancias de nacimiento aún sin reclamar. Las huellas azules ... *nació niño en Ayahualulco*... no "reclamadas", le sirven a ella para contestar mi pregunta sobre aquellas reglas de trabajo dispuestas por COPE en la capacitación sobre el costo que debían tener los partos a partir de ésta, que valen como mecanismo para disuadirlas de atender a quienes no les pueden pagar por su trabajo "profesionalizado". Son el testimonio de ser partera de mujeres que no pueden pagar los servicios "privados" de la partera capacitada, pero que sin embargo ahí están, buscándola y siendo recibidas; significan su decisión de atender partos, aún sabiendo que por esa ocasión no le darán ni una gallina, significan su postura ante la realidad de las mujeres que la buscan para *aliviarse*, así como su interpretación de la importancia de su práctica...

2.4.4 Las reglas de trabajo

A medida que avanzaban los talleres se hizo necesario precisar una serie de reglas que fueron divididas en tres tipos de acuerdo a su impacto.[63] las mas "sencillitas" se referían a acuerdos hechos al interior de cada comunidad. acuerdos que por tanto podían diferir de un lugar a otro, estos eran por ejemplo: respeto a la que está hablando. puntualidad, no permitir que llegue una persona alcoholizada, si lleva un bebé y llora, la mamá sale del grupo, etcétera.

Las reglas "medianas" se referían a acuerdos asumidos a nivel regional. En este nivel se contempla observar los lineamientos del Sector Salud en lo referente a higiene, no lavar ni cocinar la comida a la mujer durante los 40 días que tradicionalmente se considera que dura el puerperio, cobrar un parto como mínimo a $300 y como máximo a $ 1000. Por último las "reglas superiores" son las que estipulan la *Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido* (SSa 1995). La *Norma*, cuya observancia es obligatoria para la totalidad del personal de salud de las unidades de salud de los sectores públicos, social y privado a nivel nacional, funge como marco de referencia normativo, prescriptivo que determina la manera como debe ser atendida y vigilada la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como el recién nacido.

Es importante señalar el énfasis que en su introducción se hace sobre la relevancia de la utilización del enfoque de riesgo como medida preventiva, además del señalamiento sobre la realización de otras actividades preventivas y la eliminación de las prácticas nocivas. Es sin embargo sólo en la introducción donde se mencionan algunas de estas prácticas consideradas nocivas, como la utilización de procedimientos para inducir el parto, la ruptura de membranas amnióticas y la utilización de oxitocina, además de la utilización indiscriminada de anestésicos y la realización de numerosas cesáreas.

Deducimos por la escasa alusión al trabajo que en este campo realizan las parteras[64] y porque en el "campo de aplicación", tampoco se les alude, que las recomendaciones se dirigen de manera especial a los recursos institucionales, en todo caso habría que preguntarse si la omisión al servicio que prestan las parteras es deliberada en tanto se presupone que la normatividad estipulada en el documento es de difícil aplicación en los contextos en los que ellas ejercen, o es más bien

[63] Entrevista con Edith Rodríguez. 12 de febrero, 2003

[64] Tan sólo se les menciona en el punto 5 (especificaciones). 5.1 (disposiciones generales), apartado 5.1.4 así " Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas" (Ssa 1995)

sintomático del desconocimiento que las instituciones de salud tienen sobre la manera en que las parteras operan.

A pesar de que las recomendaciones al respecto van dirigidas específicamente a las instituciones y que no hay en el documento mención alguna sobre las prácticas nocivas que se realizan en la atención tradicional al parto, la obligatoriedad de su observancia en el caso de las parteras se centra en la utilización del enfoque de riesgo.

Tenemos entonces que esta normatividad es la base operativa de la capacitación y por tanto determina los lineamientos de sus contenidos, de manera resumida la *Norma* indica unas "disposiciones generales" entre las cuales se encuentran, la de atender prioritariamente a una mujer que tenga una emergencia obstétrica; vigilar la administración de medicamentos; impartir a la mujer y al recién nacido un trato cálido, de calidad y oportuno; que la unidad de atención cuente con instrumentos que permitan detectar y evaluar el riesgo.

Durante el embarazo se deberán realizar en el control prenatal un conjunto de actividades entre las cuales están los exámenes para determinar la biometría hemática, glucemia y VDRL (por lo menos en la primera consulta y según el riesgo en las restantes), grupo sanguíneo ABO y Rh, así como examen de orina (en primera consulta y a la semanas 24, 28, 32 y 36) y para detectar VIH (detección que sólo se hará con el conocimiento y consentimiento de la mujer); prescripción de hierro y ácido fólico; aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico especialmente a las mujeres que viven en zonas rurales; orientación nutricional, sobre medidas de autocuidado de la salud y planificación familiar y promoción de la lactancia materna y del involucramiento de la pareja de la mujer en el control de su embarazo entre otras, además que se promoverá que la mujer con un embarazo de bajo riesgo[65] reciba mínimo 5 consultas (no se menciona cuántas mínimas deben recibir las de alto riesgo).

Durante el parto algunas de las recomendaciones son: la elaboración de un expediente, historia clínica y partograma; se respetará la posición que la mujer desee utilizar para parir, siempre que no exista contraindicación; no se emplearán analgésicos, ni sedantes ni anestesia en parto normal a menos que el médico lo indique y la parturienta lo autorice; no se inducirá ni conducirá el trabajo de parto normal, ni se practicará de manera rutinaria la ruptura de membranas para apresurar el parto a

[65] Llama la atención que según la *Norma*, (Ssa 1995) la definición de "embarazo de alto riesgo" dice " Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, *cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario*" (cursivas mías), lo que nos llevaría a concluir- si bien no especifica a qué se refiere con precario- que bajo esta clasificación de grado de riesgo estarían todas las mujeres a quienes atienden las parteras.

menos de que exista una justificación *por escrito* del procedimiento; no se harán más de 15% de cesáreas en hospitales de segundo nivel y 20% en las de tercer nivel; tanto el rasurado del vello púbico, como la aplicación de enema evacuante y la episiotomía se harán sólo si se ha informado a la mujer; por indicación médica se puede aplicar oxitocina o ergonovina a dosis terapéutica.

En el puerperio, se orientará a la madre sobre la técnica de lactancia materna y de cuidados del recién nacido y sobre planificación familiar; se aplicará a las madres Rh negativas, con producto Rh positivo, la globulina inmune anti- Rh dentro de las primeras 72 horas; se proporcionará un mínimo de tres consultas.

De manera resumida estas son algunas[66] de las indicaciones que determina la *Norma*, que retomando la clasificación de las reglas de trabajo que hace la Dra. Edith, deberían ser cumplidas por las parteras que reciben la capacitación. Al respecto tendríamos que poner en duda varias cuestiones.

La primera, aunque no la central para esta investigación, es si el personal de salud de los diferentes sectores, pone en marcha estas acciones, o si hay una distancia entre el discurso y la práctica. Como usuaria de un servicio de salud gineco obstetrico del sector público, otorgado –coincidentemente- en el hospital que sirvió como espacio para que las parteras de que hablamos en esta investigación hicieran sus prácticas, digo un rotundo NO. Rememorar mi propia historia como usuaria permite confrontar el discurso de la normatividad con la experiencia personal de no haber sido informada de casi la totalidad de los procedimientos que en ésta se condicionan al consentimiento informado de la parturienta, pero además de haber experimentado acciones que incluso en la propia normatividad se estipulan como nocivas (ruptura de membranas para aprontar el parto, empleo de anestesia y oxitocina en parto normal, sin justificación médica y sin información sobre los riesgos de su uso) a pesar de que, como ya se mencionó en la introducción del documento, se hace énfasis en la necesidad de reducir las prácticas nocivas.

Como menciona Gisela Espinosa (2004) se podían evitar muchas muertes maternas si la Norma se cumpliera a cabalidad, sin embargo las premisas bajo las cuales opera no tienen un sustento empírico:

> "(...) su cumplimiento presupone que toda mujer recurre y tiene acceso a servicios médicos institucionales; que en estas instituciones hay infraestructura y recursos

[66] En el documento también se habla de manera detallada de la atención al recién nacido; del fomento a la lactancia materna, del manejo del niño con bajo peso al nacer; de la prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, de la promoción de la salud materno – infantil; y del registro e información (Ssa 1995)

materiales y humanos suficientes para atender a todas las embarazadas; y que las indígenas son atendidas con calidad y calidez". (p.215)

Esta autora plantea un segundo aspecto con el que coincido, la contradicción entre lo que prescribe la *Norma* y los programas oficiales que llegan a las comunidades rurales, como es el caso del "Paquete Básico de Servicios de Salud" PBSS que propone una serie de acciones entre las que se encuentra la "Atención al embarazo, parto y puerperio" en la cual se hace evidente el incumplimiento de la *Norma* puesto que dentro de sus servicios no contempla los exámenes de laboratorio que en ésta están indicados en las disposiciones a seguir durante el embarazo. Esta confrontación permite cuestionar las implicaciones que puede tener esta contradicción en la salud de las mujeres rurales, que en la *Norma* están clasificadas como población de alto riesgo.

Si no se puede afirmar que las instituciones lleven a cabo la totalidad de las recomendaciones de la *Norma*, por falta de recursos infraestructurales, humanos, de medicamentos, la posibilidad de aplicación por parte de las parteras se reduce aún más. Las actividades específicamente preventivas están condicionadas al contacto previo con la embarazada en la consulta prenatal, sin embargo como ya vimos en las comunidades de estudio ésta es una práctica no generalizada, en todo caso cuando sí ocurre, su eficacia depende de un nivel de atención institucional que ofrezca la posibilidad de hacer los exámenes médicos ya mencionados, o que se pueda disponer con oportunidad de medios para la atención de un parto complicado.

Si bien hacer uso de la información relativa al riesgo puede en efecto traducirse en una atención de mejor calidad, en términos de calidez el servicio que las parteras ofrecen, según las parturientas, aventaja por mucho al servicio recibido en las instituciones. Sin embargo esta experiencia no es retomada por la parte institucional como referente para transformar el servicio.

2.4.5 Los avatares de la capacitación

Al llegar a la zona en 1989, la Asociación, inicia el trabajo en 7 comunidades que son designadas por el DIF- Veracruz, de acuerdo al criterio de microregiones que estipulan índices de alta y muy alta marginación. Para el caso específico de la región del Cofre de Perote, los indicadores señalaban que la mortalidad infantil era tres veces superior a la media nacional y seis veces mayor a la estatal (Botana s/f).

Después de un año ya se atendían a 19 comunidades, con un equipo multidisciplinario compuesto no sólo por "externos" (como ellos mismos se clasifican), sino principalmente por personas de las comunidades, "promotores comunitarios". El vínculo original de COPE con las comunidades se generó a partir del contacto con el personal sanitario ya existente en la zona, es decir las auxiliares de salud que ya estaban por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia,[67] ellas ya tenían algo de capacitación: dotaban de los métodos anticonceptivos en existencia, apoyaban en las campañas de vacunación (no ponían vacunas), daban electrolitos orales, promovían la higiene.

Fueron 7 los talleres de capacitación dados a las parteras; a partir del segundo y debido a la demanda creciente, se divide en cuatro sedes,[68] con el objeto de que las parteras no se alejaran tanto de sus localidades y por tanto se bajaran los gastos de transporte además de que se facilitaran los "permisos" que algunas de ellas debían tener por parte de "su señor", para asistir a las pláticas.

Como mencionó el Dr. Pedro Múzquiz en entrevista y en el texto de E. Botana (s/f) haciendo referencia al proceso inicial de capacitación, los talleres no sólo no fueron adecuados en cuanto a contenidos pues "casi, casi las queríamos medicalizar...claro ellas no se dejaron", reconociendo una de tantas carencias de la institución, además de la falta de sistematización de los diagnósticos, de supervisiones por parte de la Secretaría, así como de una evaluación del impacto del trabajo de la Asociación, en la comunidad.

Dice por otra parte la doctora Edith "la peculiaridad del Programa de Capacitación a Parteras es que lo hemos ido haciendo al andar, adecuándolo a las características de las comunidades que atendemos" (Botana s/f). Es por esto que hasta el tercer taller, viendo las fallas mencionadas proponen un nuevo esquema de trabajo, el "modelo mixto de atención", que como ya se dijo, consistía en que las parteras combinaran en la práctica, algunos de sus conocimientos y destrezas tradicionales previamente determinados por los médicos capacitadores, con elementos de la medicina occidental.

Ejemplos de esto son descritos en las entrevistas con los doctores Edith Rodríguez y Pedro Múzquiz: se les enseñan a las parteras las desventajas de lo que ellas conocen como versiones, práctica común entre las parteras de la zona y que significa rotar al niño en el interior de la cavidad materna, pues desde la perspectiva de la medicina académica, puede ocasionar que el cordón umbilical se enrede en su cuello. Sin embargo Alma Nury Valenzuela (2005), médica que impartió

[67] Para el estado de Veracruz, los servicios de asistencia social incluían en ese entonces, a la Secretaría de Salud, los Servicios Coordinados de Salud Pública, el Sistema DIF- Veracruz y el IMSS

las primeras capacitaciones, mencionó que la descalificación de las versiones parte del desconocimiento de sus bondades terapéuticas y se inscribe en la discriminación general de la práctica tradicional, ella relata que participó en un simposio internacional sobre partería donde fue reconocido el trabajo que realizan las terapeutas tradicionales de Perote, relativo al acomodo del bebé mediante las manteadas o versiones y agrega que el argumento de que puede ocasionar una circular de cordón, no es totalmente válido puesto que esto se soluciona relativamente fácil, en cambio un parto en donde el bebé viene acomodado de nalgas o pies es mucho más riesgoso, pero puede ser resuelto con una versión.

La contraparte del modelo mixto de atención es la combinación de lo anterior con las prácticas que los médicos definen como propias de la medicina tradicional, como son el uso del temazcal, de plantas medicinales, el parto en cuclillas (vertical) y el masaje en el periné para evitar la episiotomía. Estos elementos que constituyen la "contraparte tradicional" son determinados por los médicos capacitadores como no nocivos, sin embargo también son regulados como es el caso de la utilización de las plantas medicinales. Todo aquello que no es certificado y no se inscribe dentro de los límites que los capacitadores le definen a la partería, queda fuera del modelo mixto, este es el caso de la utilización de recursos terapéuticos minerales y animales, o de sistemas de diagnóstico ajenos a la racionalidad clínica.

Los doctores encargados de la capacitación reconocieron que la principal falla por parte de la institución, en la primera fase del trabajo, consistió en la carencia de un diagnóstico sistemático del contexto en el que operan las parteras, que les permitieran diseñar contenidos y determinar enfoques, así como en la ausencia de un seguimiento y evaluación.

Así mismo, opinaron que por parte de la comunidad se develaban una serie de limitaciones para asistir a los talleres de la red de parteras (Botana s/f) que al ser identificadas intentaron ser resueltas. Básicamente se describen tres: la de tipo económico, que restringía la asistencia, se resolvió al dividir en cuatro zonas las sedes de la capacitación; la de tipo social, en que los hombres de la comunidad, veían con recelo que sus mujeres (esposas, hijas, madres, hermanas) salieran de su casa, incluso fuera de la localidad y desatendieran su labor de hogar, a este impedimento se propone la solución: viajar a la comunidad de cada partera, rotar las pláticas de modo que en cada lugar la familia de la o las parteras pudieran darse cuenta de qué era lo que hacían y con quién. Por último la referente a la avanzada edad y al analfabetismo.

[68] La "montaña alta", la "montaña baja", "valle bajo" y "valle alto", correspondientes a las cabeceras municipales: Xico,

Debido a esto y a la creciente demanda de capacitación,[69] el "Programa de Capacitación a Parteras", implementa una estrategia educativa y pedagógica, que emplea técnicas de enseñanza basadas en la investigación participativa y la capacitación en acción, fundamentada en la idea de aprender-haciendo. Esto significó retomar su experiencia terapéutica, con el objeto de generar una actitud de confianza y respeto tanto por el trabajo de las otras compañeras, como por el de los doctores del Programa, "humanizar las relaciones" y observar participativamente, para conocer en la práctica, la terapéutica occidental de atención al embarazo y al parto. Las acciones que constituían la capacitación entonces, eran tres:

Cursos y talleres realizados en las comunidades.

Visitas de consultas periódicas efectuadas en la sierra.

Clases y guardias en el Hospital Civil de Perote, en el de Altotonga y en el de Ginecología y obstetricia de la Universidad Veracruzana, en Xalapa.

2.5 PARTERAS REMEMORANDO

Para cerrar con broche de oro, recuperamos la palabra de las propias parteras. Conocer el escenario en que se despliegan saberes y acciones, en que se construyen respuestas y estrategias ante los padecimientos no sería posible sin detenerse en el reconocimiento de los actores que son sus artífices. A continuación dos de ellas, nos platicarán de su historia como mujeres parteras. Sus historias fueron elegidas entre las de las otras parteras, porque ambas mujeres trabajaron activamente en el proceso de capacitación, conocen a profundidad los pormenores de la problemática que viven las mujeres en sus comunidades cuando de resolver los asuntos relacionados con la reproducción se trata, pero además tienen un vínculo especialmente sólido con ésta, forjado en años de trabajo solidario y comprometido, por último aunque son mujeres que gozan de un reconocimiento especial en sus comunidades, en parte por el hecho de haber asistido a diversas capacitaciones, son especialmente críticas de éstas. Elsa y Rocío, recuerdan, sueñan, resisten, aprenden, reclaman y agradecen, se transforman en su práctica, al tiempo que permanecen en ella, aquí está su testimonio.

Ayahualulco, Altotonga y Perote.

[69] Según datos de E. Botana (s/f), para finales de 1995 la red de parteras ascendía a 50 y para 1997 a 70.

2.5.1 El trabajo con las mujeres, enseñando a resolver

Nieta de partera, Elsa se inició en esto de "recibir la vida" desde los 14 años. Ella platica en su "casa de nacimiento", una de las primeras que financió COPE, sobre la felicidad de saberse querida por su gente de Tlalconteno: *aquí la gente me quiere mucho, aquí tu vas y le preguntas a la gente, - ¿dónde vive Elsa?, aquí y ¿qué hace?, - ella nos cura.*

Elsa, fue una de las parteras que se involucró en casi todos los proyectos que promovía la institución, vivienda, alfabetización, huertos familiares, letrinas y tanques de agua etcétera, por su trabajo Salubridad le dio durante cinco años, una compensación de $ 150 mensuales.

Antes de vincularse con el equipo de trabajo de COPE, había recibido otras capacitaciones por parte de salubridad y del IMSS en las que le enseñaron algunas cuestiones de medicina preventiva y algo de partería; recuerda especialmente una que se hizo en el puerto de Veracruz y que significó un cambio radical en su vida, tenía 15 años y era la primera vez que salía tan lejos de su comunidad, por tanto tiempo y a tierra caliente: *Baje como 10 kilos, era yo chamaca y nunca había visto, me espanté, me gustaba, pero imaginate, nunca sales de un pueblo, era chamaca, deveras está uno tonta, tanto calor ...*

Así cuando llega COPE a Tlalconteno, la buscan porque ella era auxiliar de salud: *empecé a recibir capacitación ya más amplia ya sobre la partería, sobre la prevención, sobre talleres de cómo debíamos trabajar con las mujeres para prevenir las enfermedades, más que nada empezó la prevención, cómo prevenir todo lo que se puede prevenir, lo que es las infecciones de las vías respiratorias, las enfermedades prevenibles con vacunas, lo del embarazo para que la mujer ya no muera por parto o por el puerperio.*

Estas capacitaciones duraron tres años y ella no se perdió ni una, asistir representaba cumplir de alguna manera el sueño de estudiar medicina, urdido en aquella primera experiencia de Veracruz.

Después de ese tiempo de andar conociendo a las demás parteras y de andar viajando a las comunidades, inicia una nueva etapa del proceso de capacitación: las visitas a los principales hospitales de la región, el Civil de Perote, el Centro de Especialidades Médicas de Xalapa, "maternidad" también de Xalapa. Por ese entonces, 1992, se abre el Centro de Salud de su comunidad y ella empieza a trabajar con el médico pasante,

Que los médicos a veces van a reuniones o tienen compromisos y no pueden estar siempre en la comunidad, entonces nosotras que vivimos aquí que sepamos qué hacer en caso de que el médico

no esté, o dónde no hay médico uno sepa resolver los problemas de salud de la comunidad, si yo no lo puedo atender que sepa dónde lo puedo canalizar, pero saber las cosas a tiempo.

Su primer parto lo atiende precisamente en un momento en que la Dra. del Centro de Salud no estaba y le llega una mujer con 8 cm de dilatación, dice que después de eso la buscaban más a ella que a la propia Dra. y que de ésta siempre recibió apoyo y confianza para atender los partos, suturar heridas, aplicar dispositivos, tomar muestras de *papanicolau*, manejar el cuadro básico de medicamentos y aplicar todas las vacunas:

Llevé mucho tiempo el control de planificación familiar, lo que pasa es que cuando hay médico hombre, todavía las mujeres, ahorita ya tantito, no quieren que él les tome su papanicolau, les da pena que les aplique dispositivo, yo lo hago inclusive tengo buena relación con los médicos y luego ellos me dicen -¡pues échame la mano!, porque luego dicen - luego vengo, y ya no regresan, tú, llévamelas y diles que tú se los vas a aplicar y sí, inclusive aquí ha cambiado mucho el pueblo ya no se mueren niños, todas las mujeres acuden a las vacunas de sus hijos, todos acuden al control del embarazo, se toman su papanicolau ya cambió ya no hay que andar tras ellas, porque antes andábamos casa por casa yo con la Dra. o a veces yo sola me iba a buscarlas, ¿por qué no ha ido?, tienen que ir a consulta, tienen que ir al hospital, hay que echarles el rollo, pero para eso a mi me explicaron cómo debería de hacerlo y convencer a la gente.

Ella reconoce que aprendió también mucho con su abuelita, que además de atender partos curaba de *empacho, cuajo, mollera* y usaba plantas medicinales para los baños del puerperio, para los *entuertos* y cólicos. En la repisa donde descansa la virgen de Monserrat, patrona de las embarazadas, están los frascos con pomadas, jarabes y vinos que hace con las hierbas de la región, que son el producto del aprendizaje de esa primera experiencia familiar, pero también del recibido en talleres de herbolaria y con las parteras viejitas,

Tuvimos un curso que se llamó "partera de vieja generación con partera de nueva generación" que estuvo buenísimo, en Perote, había temas de todo lo que tiene que ver con embarazo, parto y puerperio yo todas mis dudas, preguntaba, al doctor y a la partera con tanta experiencia, -¿en caso de un resto placentario, qué hace usted, o cómo se da usted cuenta que se quedó?, la partera hasta con más experiencia que los médicos pasantes Los doctores se abrian, inclusive ellos tomaban experiencia de las parteras, pero ahí el Dr. Múzquiz trabajaba mucho con los médicos, les daba talleres a los médicos, del por qué tenía que participar mucho la partera y tenía que aprender, ellos también tenían sus capacitaciones y se abrian tomaban nota Yo aprendí mucho de las parteras.

esos talleres poco se dan, de partera a partera, fue como en el 97- 98, lo organizó el Patronato Nos enseñaron a mover niños las parteras, palpando, nos iba tocando y llevábamos a nuestra embarazada.

Sobre el trabajo con las mujeres de la comunidad, Elsa tiene mucho que decir *.alfabeticé a muchas mujeres, el doctor también nos decía que saber leer y escribir tiene que ver mucho con la salud, si las mujeres saben leer y escribir captan más, leen los folletos, saben cómo dar el medicamento a los hijos, saben leer los folletos de prevención, la educación es básica, entonces yo trabajé aquí en eso, di clases y terminé la primaria y la secundaria y estaba en el quinto semestre de la prepa cuando me casé.. Tengo mi casa de nacimiento, atiendo los partos ya me gano un dinerito, sé como debo de atender a mis hijos, siento que puedo ayudar a alguien, me siento bien, he salido adelante, tu me hubieras visto antes yo no hablaba, me daba pena, ahora ya soy muy habladora, casi no salía ya con los cursos y las mujeres a platicar, di cursos, le enseñé a las mujeres a manejar las hierbas, gratis, formaba mis grupos y les enseñé a varias mujeres. aquí muchas mujeres saben hacer un té que para la diarrea, pero algunas hierbas son buenas y no las saben usar, les enseñé a hacer pomadas, jarabes, shampus y les encanta, inclusive fui ahorita a un curso de bordado con listón y ahorita yo estoy formando un curso para darles a las mujeres que eso les gusta mucho, la bordada, eso de una u otra manera también tiene que ver con la salud porque se despejan haciendo lo que les gusta, salir de la rutina de siempre, porque cuando hace uno algo que le gusta se despeja, se emociona uno, -¿qué ya aprendiste a bordar, enséñanos?, -sí. Yo me siento muy bien. Luego vienen las mujeres a tocarme a la hora que sea y me dicen – ya vinimos a despertar, es que mi niño o es que yo me siento mal, siento que no se mueve mi criatura. Y yo me levanto, ¡cómo no se va a mover¡, las checo, siento que les ayudo a resolver sus problemas de salud .*

A pesar de que ha intentado trabajar con los hombres, por ejemplo en planificación familiar, existe una resistencia radical por la que no se deciden a colaborar, resistencia que está vinculada a una representación de la masculinidad que avala la posibilidad de desobligarse de las consecuencias reproductivas de sus actos sexuales, *no hay un hombre con vasectomía, operadas hay muchas, una vez les di una plática a los hombres de vasectomía y decían, - ¡no más que nos agarren borrachos y dormidos!, no quieren, piensan que les van a quitar algo, -¡ahí si no te la pasamos! dicen, - ¡las mujeres si, pero a nosotros no! A los hombres no hemos podido convencer, sienten que ya no van a servir ya ni modo, si ya los hombres no, por lo menos las mujeres.* Esta idea del trabajo con las mujeres, se ha reforzado constantemente desde que COPE llegó, pues se les avisó que trabajarían especialmente con ellas, *que porque las mujeres somos las que estamos con los hijos, las que*

cuando se enferman los llevamos al doctor, las mujeres somos las que estamos más, que también los hombres se involucran pero las mujeres somos las que estamos más, las que nos encargamos de la casa, de la salud de los hijos, inclusive del marido. fue una cosa de trabajar duro . había unos grupos de "madres agentes de salud" y luego se formaban otros "madres procuradoras de la salud" y así se capacitó a la comunidad, porque hay luego mujeres que no quieren asistir, pues íbamos a sus casas a tratar de convencerlas para que participaran y sí.

Este testimonio muestra con claridad cómo la institución fortalece una representación sobre el deber ser de la mujer como única responsable de la salud de los de su entorno. Una vez que los capacitadores identifican cómo opera esta representación de la mujer cuidadora, instrumentan acciones como las "madres agentes de salud" y "madres procuradoras de la salud" que institucionalizan el rol y las responsabilidades que implica.

Elsa, hoy tiene 38 años y dos hijos que para ella son una forma de legitimar con las compañeras de su comunidad, todo aquello dicho sobre la importancia de la planificación familiar. Ella interpreta que los 3 ó 4 partos que atiende al mes, son resultado de un cambio profundo en las costumbres de su gente, al respecto de la actitud sobre la familia y la situación de pobreza en que se desarrolla. Antes de que llegara lo de la planificación, recuerda, las mujeres tenían de 12 a 15 hijos y en ocasiones tenían que *aliviarse* ellas solas o ir hasta la comunidad más cercana, Madero, a 45 minutos, donde estaba la partera, *Seguido se les morían niños o inclusive había mujeres que se morían, decían "se murió de parto", ahora ya no se muere nadie de eso.*

Las cosas están muy difíciles en Tlalconteno y ella cree que también por eso las mujeres se animan a planificar, *porque ya la situación en la que estamos, no llueve, tenemos escasez de agua, nada más una vez a la semana, si tu te das cuenta casi no hay árboles, está pelado, leña para hacer ya no La compramos de otro lado, no hay trabajos, aquí no hay fuente de trabajo en el campo, la gente se va a México, hay gente en Estados Unidos, se van a las fábricas esas de maquiladoras, no, al campo ya no, porque sembraban maíz, papa, pero como ahorita ya las tierras están parasitadas ya necesitan muchos insecticidas, muchos químicos que están carísimos, las papas no valen, el maíz no vale, a peso lo vienen a pagar cuando es la cosecha, con los fertilizantes bien caros pues no les da para sembrar, mejor lo compran*

El camión que va al Hospital Civil de Perote, hace 45 minutos, ese es el lugar al que hay que canalizar a las mujeres que están en riesgo, *reviso a la mujer y le llevo el control y si sé que tiene algún problema que se le hinchan los pies, las manos, su presión alta yo la mando al hospital, de plano le digo que no la voy a poder atender, porque es un embarazo de alto riesgo, -ni vayas con otra partera, vete al hospital porque ahí si tienen los medios para atenderte, si es una cesárea o una urgencia ahí ya se que si puedo y que no puedo.*

Pero cuando decide que si puede hacerlo, prende una veladora a la virgen de Monserrat y les da su té bien calientito *para rápido* ...hojas de aguacate, panela, canela, raidan, un chocolate...

2.5.2 "Sé lo que ellas sienten porque ya lo sentí"

Rocío está a punto de parir su segundo hijo y si todo va bien, quiere ser atendida por una partera de Xalapa que recién conoció en el último curso de capacitación.

Ella se integró a COPE, cuando este ya llevaba varios años trabajando en las comunidades del Cofre de Perote y por eso ya no le tocó la ayuda que dieron para las "casas de nacimiento". Lleva 18 años atendiendo partos, es decir empezó a los 20, sola, porque tiene el *carisma*, el *don* que para eso se necesita, lo supo en un sueño.

Rocío, tranquila, sonriente invita a conocer su historia, la cuenta como quien se cuenta un convencimiento propio, querido, como si el hacerlo fuera un gesto de cariño con ella misma.

Ella dice que lo más importante de los cursos recibidos en COPE fue sentirse más segura:

Yo ya me sentí más en confianza, más abierta para preguntar y con las experiencias de las demás parteras yo decía que me gustaría atender ya bien los partos, siempre y cuando tuviera un lugar apropiado, lo necesario y saber qué hacer...ahí fue cuando yo me involucré más y sentí que si fue de gran, gran ayuda, porque yo al atender un parto me sentía más segura. Y como nos decían, -cuando vayas a atender un parto, te llegue una embarazada, haz de cuenta que eres tu, la que siempre tuvo que ir a recibir, ahora tiene que darle a esa paciente. Las pláticas fueron lo que más me ayudó... porque ¿cómo saber si el bebé venía bien?, o ¿cómo resolver si traía doble circular?, ¿qué es lo primero que hay que hacer?, a veces nada más le entra uno no más por pura pero no sabe qué hacer ante un problema así y si no va uno a los cursos, ¿cómo detectar un problema de placenta previa? Que en los casos pasados los bebés salían muertos por eso .. y las parteras no sabían ..

Ella había tenido la oportunidad de trabajar antes de la capacitación con un Dr. Del Centro de Salud pero, *él jamás me dijo qué problemas podía haber, todo era normal ...yo digo que un hombre al atender a una mujer embarazada como que no es mucho el interés, pero ya entre mujeres no, porque yo que soy mujer y soy madre y ya sé lo que está sufriendo la paciente, sé lo que ella siente porque ya lo sentí, entonces es diferente el trato y que pues que gritan muy fuerte, ¡pues si¡ . . y eso es lo que a veces pone de mal humor al médico . a mi me lo han dicho muchas veces. van con el doctor a hacerse checada, porque dentro del PROGRESA es obligatorio, las obligan a que tienen que llevar su control con ellos. si no, no les dan su tarjeta..., pero ellas dicen,- pues si, llevo el control ahí con él, pero cuando sea, yo ya vengo para acá, o sea lo llevan ellos pero vienen conmigo y les digo, pero bueno ¿por qué no van allá?, si es gratuito allá, - no porque el doctor es hombre.. y la confianza acá es mejor. Sobre todo el trato que les da uno, que la confianza le toman a uno.*

Este testimonio es representativo de dos situaciones que comúnmente experimentan las parteras. La primera la describe Rocío cuando recuerda que el médico nunca le habló de los problemas que podía haber en el parto, y por tanto no la preparó para afrontar las eventualidades de peligro que posteriormente hubo de vivenciar cuando los atendió sola. En segundo lugar se observa que las campesinas no quieren atenderse los asuntos gineco obstétricos con hombres y en vista de que esto ha sido ya identificado por las instituciones de salud, estas ponen en práctica una serie de mecanismos para coaccionarlas como el condicionamiento de la ayuda económica del PROGRESA. Esto trae como consecuencia que las mujeres asistan a las consultas pero no se atiendan el parto con los doctores sino con la partera que es de su confianza, pero que no ha tenido previo conocimiento de posibles padecimientos.

Rocío observa que la diferencia entre las parteras que han recibido la capacitación y las que no, es el riesgo al que exponen a las mujeres que atienden, esto lo dice al respecto de un caso reciente en el que le llegó una mujer a punto de dar a luz, pero con su "bebé pélvico", Rocío después de alertar a la familia sobre el riesgo que corrían si no se atendían en un hospital, supo que sin embargo se habían ido con otra partera de la comunidad y que en efecto el hijo se había muerto en el parto. La diferencia entre haber recibido la capacitación o no, dice ella, radica en cómo se toman las decisiones, se asumen las responsabilidades.

La complejidad de la atención al parto en una comunidad como Ayahualulco, - que queda a hora y media del hospital más cercano, donde conseguir un servicio particular de transporte cuesta caro, el público pasa cada dos horas y hasta las 6 de la tarde, la ambulancia o no tiene gasolina o le falta

chofer -, es reflexionada por Rocío que recuerda una experiencia reciente en que le llego una mujer "hinchadísima", con la presión alta y a la que ella no le habia llevado el control prenatal,

Llegó en la madrugada y dije, - la voy a revisar, si no se la llevan, pero ya tenía 9 de dilatación ya estaban por reventar las membranas y le checo la presión y la tenía alta, les dije a los familiares, - el parto es complicado porque tiene su presión alta, me imagino que llevó el control y les dijeron que tenía que atenderse en Teocelo o en Xalapa y ahorita ya no les da tiempo de llegar, - la voy a atender, pero si hay problemas es bajo su responsabilidad . es un problema, de aqui a que se traslada... y ya nació el bebé, nació bien pero la señora empezó con hemorragia y a vomitar y se vino la presión hasta abajo entonces la señora como que le vino una convulsión y se desmayó y digo, - ¿qué hago? Y en fin de semana toda la gente del Centro de Salud no está ya lo que hice fue canalizarla y ponerle medicamento para la hemorragia y ya empezó a reaccionar un poquito, un té bien caliente y frotarla con una botella con agua caliente... como dice la doctora, - si en el trayecto de tu casa al hospital se muere, no tienes responsabilidad porque estás haciendo el intento, pero muchas veces allá eso no lo ven .. y el doctor dice,- ¡murió por negligencia y levántenle el acta en contra de ella!.

¿Cómo ser consecuente con las disposiciones del enfoque de riesgo, en condiciones donde no se puede garantizar la referencia oportuna a un hospital en caso de que la partera no pueda atender el parto?, Rocio es especialmente consciente de los demás factores que obstaculizan que el aprendizaje de la capacitación sea efectivamente instrumentado én la práctica, *Si me llega una paciente con un bebé pélvico yo no lo atiendo porque el riesgo es del 90 por ciento yo no lo atiendo porque a mi me interesa la vida de los dos, no nada más de uno, a mi no me interesa el dinero.*

Pero la decisión desafortunadamente, dice, no está en las manos de la mujer, quien dispone y ordena, una vez la partera los ha puesto en alerta, es el marido; esto ocurrió aquella vez del bebé pélvico, *les dije, - aún tienen tiempo de llegar, el bebé está bien y pregunta el esposo que si le tienen que rajar la panza y no está de acuerdo, - yo no quiero que le rajen a mi mujer, quiero entregársela a diosito como él me la dio yo no me responsabilizó yo no la voy a atender,* dice Rocío y la remitió al Centro de Salud, *pero no se fueron ahí sino con la otra partera, dicen que llegando le inyectó oxitocina, le provocó más los dolores y abrir más el útero, se atoró la cabecita del bebe, lo sacó pero ya muerto La misma mujer dice al esposo,- lo que usted diga, no decide por ella misma a dónde la lleven. - nosotros debemos saber hasta dónde, la misma mujer no decide, porque si ella dijera, - no yo quiero que me lleves allá . se la tiene que llevar, pero si no*

Como lo hemos ya mencionado los obstáculos no sólo son de orden infraestructural, o económico, sino también cultural y esto es observable en la violencia ejercida contra las mujeres, de la que Rocío es testigo cotidianamente. Dice que su trabajo la une con la mujer que atiende, puede darse cuenta cómo viene ella, si está triste, cansada o con miedo. Las mujeres la buscan para que a escondidas de sus maridos les ponga el dispositivo, pero ella no sabe hacerlo, sabe con claridad que cuando vaya de nuevo a una capacitación, pedirá que le enseñen eso, pues es una necesidad urgente de su comunidad; las mujeres son obligadas a tener los hijos que el hombre considera necesarios para probar su *hombría*, piensan que si utilizan métodos anticonceptivos será porque quieren andar con otros hombres y no correr el riesgo de embarazarse, ella ve eso como un gesto de violencia clara, habla con las mujeres y les dice que a medida que se embarazan más y más cada vez es más riesgoso para ellas y para su bebé.

Ella les da información sobre cómo planificar, pero no cuenta con el material para proveerlas en caso de que ellas se decidan a hacerlo, si así fuese tendrían que ir al Centro de Salud, pero no quieren hacerlo, primero porque no exponerse a que sus maridos lo sepan y segundo porque el doctor no vea sus genitales.

Para terminar de empeorar las cosas, si alguna de estas mujeres decide hacerse una *salpingo*, dice Rocío, el marido tiene que firmar una forma en el hospital autorizándola, que porque después de parir la mujer no está en condiciones de decidir y si él no quiere pues no se hace.... Por esto Rocío implementa una maniobra para las mujeres que no quieren planificar por temor a ser descubiertas por sus maridos: las pone de rodillas sobándoles el coxis y dándole golpecitos al tiempo que se da un masaje en la zona de la matriz.

El otro problema grave para llevar a acabo el proceso de referencia a un hospital a las mujeres en riego, es la relación casi siempre conflictiva con los médicos que reciben a las pacientes remitidas, que en su mayoría responsabilizan a las parteras de la situación. Ella personalmente ha vivido varias experiencias que son representativas no sólo del irrespeto del trato, sino de la falta de planificación de una estrategia que, si está contemplando la vinculación de la partera al sistema de salud, permita un efectivo apoyo por parte de la institución a la partera que lo esta requiriendo, precisamente porque es consecuente con los lineamientos que ésta propia institución a dispuesto al respecto de canalizar a una paciente utilizando el enfoque de riesgo.

Tomar la decisión de referir a una mujer, o de atenderla a pesar del riesgo, pero sabiendo que si no es con ella, será con la otra partera "no capacitada", significa para Rocío un proceso en el que los diferentes personajes que están en juego, tienen que asumir responsabilidades diferenciadas, pero cuyo punto de encuentro es tener la información suficiente para hacerlo: así es que ella pide a familiares, después de que los ha avisado sobre el estado de las cosas, que no la responsabilicen si algo pasa, pide también a los médicos que tampoco lo hagan, porque ella está tratando de resolver un problema que nadie más quiere asumir en su comunidad.

CAPÍTULO 3. LA TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA

¿ La práctica de la partería se ha transformado a raíz de la intermediación institucional?, en este capítulo se desarrolla esta pregunta a partir de la discusión de dos ejes en los que es observable la transformación. Por una parte se analiza desde una perspectiva de género, cómo COPE abordó e incorporó a las estrategias de capacitación el análisis de los sistemas de género y su mediación en la construcción de relaciones desventajosas para las mujeres. Por otra se examina la propuesta de la construcción de una terapéutica mixta de atención al embarazo, parto y puerperio.

3.1 Género y salud reproductiva

El análisis de una relación social desde la perspectiva de género se fundamenta en la idea de que el género es un elemento estructurante de las relaciones, basado en las diferencias entre los sexos culturalmente constituidas, diferencias significantes de poder y desventaja que están en la base de las divisiones de género en lo que respecta al acceso, oportunidades y distribución de recursos materiales y simbólicos, trabajo, espacios de decisión, participación y acción, responsabilidades, derechos etcétera.

Este valor diferencial asignado a las acciones que desempeñan hombres y mujeres se relaciona con los *sistemas de género* definido como el "conjunto de roles sociales sexuados y el sistema de pensamiento o de representación que define culturalmente lo masculino y lo femenino y que dan forma a identidades" (Palomar 1995 citado por Martínez 2000).

El género como categoría de análisis permite problematizar las relaciones sociales, en por lo menos dos niveles relacionados entre sí, el primero refiere a la elucidación del proceso de construcción de desigualdades sociales entre hombres y mujeres sobre la base de sus diferencias biológicas, desigualdad que es observable en la división de los derechos, ámbitos de acción y participación, conocimientos, ingresos, así como en la distribución de poder en todo nivel de la organización social.

En un segundo nivel se discutiría estas divisiones de género partiendo del supuesto de que a la diferenciada asignación de roles le corresponde un valor simbólico distinto, jerárquico, en el que el

trabajo de la mujer no es considerado trabajo socialmente necesario y el de los hombres por el contrario es percibido como preeminente, lo que repercute en un acceso desigual al poder y a los recursos (Barquet 1994 citado por Martínez 2000)

Estos roles de género, así como el orden simbólico que los sustentan no son unívocos, por el contrario su análisis requiere de una precisión metodológica básica: la elucidación del contexto en que se asignan; esto permite advertir que las representaciones que determinada sociedad instituye en torno a lo que un hombre o mujer debe ser, no sólo varían de una cultura a otra sino también al interior de éstas y entre los grupos sociales que las componen en relación con la edad, la etnia, la clase social etcétera:

> "La categoría social de género, sobrepasa las diferencias biológicas entre los sexos y se concentra en las diferencias y desigualdades de los roles entre hombres y mujeres por razones del contexto socioeconómico, las condiciones históricas y políticas y los patrones culturales y religiosos de las diversas sociedades en los cuales ellos y ellas interactúan" (Martínez 2000: 34)

El análisis de la salud en general y de la salud reproductiva en particular desde un enfoque de género significa la introducción de herramientas teórico metodológicas de las ciencias sociales para la explicación de la morbimortalidad de los grupos humanos, considerando elementos de orden socioeconómico y cultural .

Puesto que el género alude a una relación social primaria significante de poder, la perspectiva o enfoque de género permite observar los mecanismos por medio de los cuales esa desigual distribución del poder y de los recursos se materializa en inequidades sociales. sin embargo como señala Teresita De Barbieri (citado por Cardaci 1999), el género es tan sólo una de las dimensiones en las que es observable la desigualdad; la clase, la etnia y las raza son otras de esas dimensiones .

El enfoque de género vinculado al tema de la salud reproductiva discute entonces entre otras cosas el tema de la inequidad, la desigualdad, el poder y la posibilidad del ejercicio de los derechos humanos que están a la base de los reproductivos y sexuales; reivindica el derecho a la libre elección y decisión sobre el proceso reproductivo y sexual, a recibir información y atención de calidad técnica y humana, a rechazar la coerción (incluyendo incentivos y desincentivos), la violencia y la discriminación (Lamas 1997; Langer 1999: Díaz y Spicehandler 1998).

En esta misma línea de argumentos, trabajar la salud reproductiva considerando las relaciones de género como constructos socioculturales, permitiría pensar en la transformación del orden social que las sustenta , esto es, puesto que se "desnaturalizan" la valoración diferencial entre los géneros – que inferioriza a mujeres sobre hombres- , al mismo tiempo se abre la posibilidad que éstas relaciones sean resignificadas, redefinidas en un proceso de cambio social y cultural.

Partiendo de la hipótesis de que a pesar de la pretensión institucional de COPE de incorporar la perspectiva de género en sus supuestos, el programa de capacitación a parteras favoreció el fortalecimiento de las representaciones que permitieron reforzar los roles asignados a las mujeres que ejercen la partería y que están en la base de la desigualdad genérica, propongo analizar el problema de cómo observar la transformación de la práctica de la partería desde los sistemas de género, desde dos niveles, en el primero se discutirá cómo es que COPE incorpora el enfoque de género al programa de capacitación a parteras y el segundo sobre cómo fortalece las representaciones que están a la base de la asignación de los roles genéricos.

3.1.1 El acertijo de cómo desmontar las relaciones de subordinación

En el discurso institucional[70] hay un reconocimiento de la importancia de incorporar una perspectiva de género en el proceso de planeación del proyecto de capacitación a parteras rurales:

Trabajamos siempre con enfoque de género, tratábamos siempre la igualdad, la mujer Teníamos una dinámica muy bonita, que ahora la utilizamos para "fábrica de niños" que es un programa estatal que se llama " la mujer: salud y vida" en donde las mujeres que asistían identificaban que el gran trabajo, la gran chamba la hacen las mujeres, el trabajo físico y el trabajo fundamental de la familia lo hace la mujer, aún cuándo el hombre sale a trabajar, pero que es necesario que vayamos transfiriendo responsabilidades al hombre, esto siempre lo hicimos así y promovimos que el hombre le echara la mano a la mujer, desde entonces empezamos a tratar de que la mujer se revalorara, se concientizara y ponderara su situación (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz 2003)

A pesar de que explícitamente se menciona la reflexión conjunta que elaboran con el colectivo de parteras sobre la división del trabajo por género, no hay sin embargo un trabajo diagnóstico que permita identificar las causas que originan la subordinación, es decir, la "perspectiva de género" que

[70] Con discurso institucional me refiero a las versiones de los principales capacitadores que idearon e instrumentaron el proyecto COPE.

se implementa en el proyecto si bien adelanta en la reflexión con las mujeres, sobre que el origen de la desigualdad está en "la gran chamba" realizada por ellas, no ahonda en el análisis de los elementos específicos que determinan que el trabajo diferencial como parteras las ponga en una situación de desventaja. *Per se* la partería no tendría porque representar esta subordinación, si las circunstancias en las que se ejerciera fueran otras, sin embargo la representa porque se ejerce en un contexto de insuficiencia de servicios básicos y no básicos, infraestructura sanitaria y/o personal de salud, en donde la partera por ser capacitada tiene que asumir una serie de responsabilidades cuyo trasfondo es la carencia de sistemas de atención a la salud que garanticen un servicio de calidad, oportuno y de calidez a las mujeres que lo requieren, porque además ella también tiene que resolver problemas sin haber podido ejercer su derecho a ser capacitada, informada para la toma de decisiones en función de necesidades concretas, identificadas por ellas mismas y porque las mujeres a las que otorgan sus servicios viven en condiciones que las convierten en una población vulnerable con mayor posibilidad de que el evento del E-P-P sea vivido con riesgo.

Puesto que se menciona la utilización de una metodología de investigación participativa en el programa de trabajo con las parteras, la ausencia de trabajo diagnóstico por parte de la institución para reconocer en que mecanismos específicos se traducía la inequidad, qué elementos de orden cultural, político, simbólico, económico la daban vida, es significativa y nos lleva a preguntarnos cómo identificaron por ejemplo, cuáles eran las principales causas de mortalidad materna en la región y en este sentido las principales necesidades de capacitación, atención y servicios, que desde la perspectiva que intento señalar, pueden ser entendidas como parte de los elementos que ponen en desventaja a la partera, frente a quienes en otros contextos pueden atender el proceso de E-P-P disponiendo de todo tipo de recursos sanitarios, de infraestructura, de información etc.

Si bien en reiteradas ocasiones se afirma que el proyecto de capacitación a parteras incorpora la perspectiva de género, a través de recursos como la dinámica " la mujer: salud y vida" dentro del programa "fabrica de niños", habría que preguntarse en todo caso ¿qué están entiendo por perspectiva de género?, cómo se desarrolla la reflexión en torno a la construcción cultural de lo que significa ser hombre y mujer, que está en la base de la asignación de funciones, que para el caso específico de las parteras, son funciones que tienen que asumir en condiciones de desigualdad.

La distancia entre el discurso institucional y las estrategias de trabajo que se instrumentaron para inducir la reflexión con mujeres y hombres en la comunidad, respecto a las relaciones de género, se

puede identificar comparando las entrevistas de los organizadores de la capacitación con los textos utilizados como guía para la implementación de dinámicas de trabajo del tema. Por una parte en dichas entrevistas claramente los organizadores niegan que la capacitación tenga alguna relación con los programas de control de la natalidad, por el contrario enfatizan su desacuerdo con las políticas de este tipo, al tiempo que reconocen la importancia de que la capacitación permita ofrecer información a las parteras, para que éstas a su vez orienten a las mujeres que las consultan sobre planificación familiar, de modo que las decisiones se tomen en base al conocimiento informado sobre qué método les conviene más.

Por otra el "manual del facilitador" del programa de "fábrica de niños" (en el que se encuentran las dinámicas que los capacitadores identifican como las que abordan el "enfoque de género") dice "(El) objetivo es impulsar una cultura reproductiva o de control natal informada, que contribuya a reducir el número de E-P-P inicialmente en mujeres adolescentes que habitan en las zonas indígenas del estado (...)" (DIF- SSA 2001). El reconocimiento explícito del enfoque natalista va en contra sentido del planteamiento de los derechos reproductivos, como lo hemos argumentado en reiteradas oportunidades, desde ésta óptica que enfatiza el derecho a la elección, la disminución de las tasas de población tendría que ser consecuencia del acceso a recursos de diversos tipos (como anticonceptivos y de información) y de la elección voluntaria y autónoma de postergar la maternidad o decidir no vivirla.

Es por esta disociación entre enfoque, diagnóstico y estrategias,[71] que nos podemos preguntar ¿cuál era el objetivo de implementar un enfoque de género en la capacitación?, ¿bajo qué principios operaba este enfoque, cuáles eran los valores y derechos consustanciales que fomentaba?, ¿cómo instrumentaron acciones que permitieran transformar la inequidad, visibilizada en las dinámicas que abordaban el tema de género?, ¿qué papel se esperaba que tuviera la partera en este proceso de reflexión en torno a la inequidad genérica?

Trabajar el tema de la inequidad de género no es garantía de que las estrategias, metodologías e instrumentos, operen con un enfoque de género adecuado a la problemática concreta de los grupos sociales, tampoco asegura que la evaluación se haga con base en indicadores de género, ni que los capacitadores estén preparados en el tema.

[71] Esta carencia parece ser una constante en las capacitaciones que abordan el tema de género y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe, si bien logran sensibilizar al colectivo, lograr que tomen conciencia sobre la

El objetivo explícito de la instrumentación de estas dinámicas que abordaban el tema genérico, era el reconocimiento del problema de la inequitativa distribución del trabajo, desfavorable a las mujeres, era de esperar que los resultados no trascendieran este límite; quedaba entonces por resolver ¿qué hacer con esa inequidad?, ¿cómo instrumentar acciones para desmontarla?.

Desde otra perspectiva, la de las propias parteras, el tema "de los derechos de las mujeres" es reflexionado inequívocamente con relación al de violencia, algunos de estos testimonios buscan explicar lo que para ellas significan los derechos de las mujeres (rememorando algún taller dado en el contexto de la capacitación), ejemplificando con las experiencias "de sus mujeres". Los derechos son entendidos en negativo, derecho a la no violencia, no como marcos de garantía que permiten que las personas se constituyan en sujetos de derecho. Sin embargo parece que es desde la negación (a ser violentadas), que se siembra la semilla de la resistencia...

El caso de Rocío es ilustrativo, ella recuerda que lo más sustancial de aquel taller realizado en Catemaco, Ver, sobre los derechos de las mujeres, fue aprender (y poder enseñar) a defenderse de la violencia, principalmente ejercida por los maridos; ella identifica los casos de violencia, en aquellas mujeres que han sido obligadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, incluso durante el trabajo de parto, o en las que tienen tantos hijos, que cada parto atendido representa con mayor evidencia una situación de peligro tanto para la madre como para el bebé, pero que sin embargo no utilizan ningún método anticonceptivo, por temor a las represalias de sus compañeros. La violencia alude en estos testimonios no sólo a la agresión física y emocional, sino a la imposibilidad de tomar decisiones sobre la regulación de la fecundidad, sobre la sexualidad y la reproducción.

Claramente la violencia también es representada por las parteras como trabajo excesivo y en este sentido coincide con la manera en que la capacitación aborda el tema de género. Ellas relatan que la sobrecarga de trabajo doméstico y agrícola, el cuidado de la totalidad de los miembros de la familia, los múltiples y continuos embarazos, la desnutrición y cansancio crónicos repercuten en la salud de la mujer, en su bienestar emocional y hacen más riesgoso el parto. Dicen las parteras, que las mujeres mueren a veces de cansancio.

---

existencia de desigualdades e inequidades de genero, no lo preparan para trabajar con ellas en actividades especificas. (Diaz y Spicehandler 1998. 10)

Sin embargo es significativo que en estos testimonios, las parteras al hablar de la propia experiencia como mujeres y como madres no se identifican con estos casos de violencia, al contrario (sobre todo las parteras más jóvenes) mencionan que han corrido con suerte al haber encontrado esposos "comprensivos" que las apoyan en su trabajo, solidarizándose por ejemplo cuando ellas tienen que salir fuera de la comunidad a recibir los cursos de capacitación, al respecto Elsa cuenta:

Mi esposo es bien buena onda, sí me deja que este aquí, desde que me case yo iba a trabajar aparte de acá, iba a las comunidades a enseñarles ya habíamos quedado, él ya sabía que yo iba a ir, al contrario me ha apoyado mucho, inclusive a hora me invitaron a un curso que va a ser en agosto en Xalapa y mi esposo dijo - sí, llévate el bebé Tengo un bebé pero ya me operé, no más dos y ya, siempre decíamos que uno debe ser el ejemplo de la comunidad yo les digo- ¡opérense y planifiquen¡, imagínate que tenga yo 15, ¡no!, mi esposo me ha apoyado mucho, tuve suerte, porque de aquí de la comunidad mujeres casadas yo creo que yo era la única que he trabajado, los hombres poco dejan a sus mujeres, o si se van a México se las llevan (entrevista con Elsa 2003)

El tema de la violencia es abordado en el programa "fabrica de niños", en el que se reflexiona por qué "está tan deformado su valor genérico del hombre y más de la mujer"(entrevista con Dra. Edith Rodríguez 2003), este programa se orientó a observar cómo el papel que asume la mujer en relación con la familia, está determinado por el proceso de socialización en el que se educan los miembros más jóvenes del grupo doméstico, es decir es un papel aprendido, transmitido por medio de la educación. Así, en la dinámica "estigmas sociales" (que hace parte de este programa), lo que se busca es confrontar:

El verdadero derecho del niño con el estigma social, lo que vive diario el niño en su casa es el estigma social, llegamos a la conclusión de que junto con el niño nace la violencia intrafamiliar, porque la pareja en ese momento empieza a estar estresada por sostenerlo, si el estigma es cruel para el niño, es peor para la niña...- ¡eres una inútil, pásame esto, lava esto, sírveme y de los trece en adelante: ya no salgas, eres una cualquiera, eres de lo peor ya vi que te estabas riendo, no les hables!... (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez 2003).

Una vez más podemos deducir que incorporar una perspectiva de género, significa básicamente abordar el problema de las repercusiones que tiene en la mujer cumplir una serie de roles prescritos a través de instituciones como la familia, en donde subyacente a la división del trabajo hay una serie de valores "estigmatizados" que ella introyecta desde la niñez. A mi parecer, en esta reflexión se avanza en un sentido, pues a través de la dinámica mencionada se hace un intento (aunque poco

claro) de vincular el tema de los derechos, con el de los roles asignados genéricamente. El sentido parecería ser discutir, cómo aunque en espacios como en el que se desarrolla la dinámica mencionada se les dice: "señora los derechos de su niño son: derecho al nombre, nacionalidad, alimentación" (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez 2003), en la práctica cotidiana, el trato generalizado a los infantes es de violencia y el diferencial condiciona a las niñas como las que tienen que asumir la función de "servir" a todos los demás miembros de su familia, relegando el cuidado hacia ella misma a lo largo de su vida a un segundo plano:

La mujer se encarga de la educación de los niños, del cuidado de la casa, de la distribución del gasto, de procurarle alimentación a la familia, de la salud y finalmente muere de un cáncer de útero, de mama, porque nunca se fue a revisar esto (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez 2003)

Por esto menciono que así como se aborda el problema de la división del trabajo por género, también se introduce el de las divisiones de género de los derechos, problematizando la falta de correspondencia entre el discurso que habla de estos derechos para niños y niñas y la práctica, en la que estas últimas están en desventaja para ejercerlos por obstáculos de orden cultural, visibles en las relaciones cotidianas al interior del grupo doméstico. Si bien no queda claro cuáles son específicamente los derechos que no es posible ejercer en la práctica debido a la socialización que desvaloriza las funciones que cumplen las niñas, por lo menos se pone sobre la mesa la necesidad de confrontar esta asignación de roles y la valoración implícita a ella.

La partera por la cercanía que tiene con la mujer que atiende, en muchas ocasiones tiene la posibilidad de conocer sus historias personales que interpreta a la luz de los propios referentes culturales que por lo general comparte con estas mismas mujeres. La capacitación en este sentido representa un espacio de reflexión sobre temas que tradicionalmente no son cuestionados; este es el caso del tema de la reproducción, abordado por lo general en el espacio de las consultas prenatales o en el puerperio y en alusión a la planificación familiar.

Ahí la partera "aprovecha" para platicarle a la mujer sobre los métodos de planificación a disposición en el centro de salud, o si la mujer es madre de varios hijos, ella le sugiere que se atienda el parto en un hospital para que le hagan la "salpingo", informándola sobre los riesgos de tener múltiples embarazos. Son varios los testimonios que recuerdan la relación conflictiva con algunos de los esposos de las parturientas, que distinguen a la partera como "alcahueta" por aconsejar a las mujeres el uso de algún método anticonceptivo o la salpingoclasia "a escondidas"

sabiendo que el uso y costumbre comunitario es tener tantos hijos como "Dios mande" y cómo símbolo de masculinidad.

Sin embargo el tema de la reproducción no es abordado en relación con los derechos reproductivos, ni con relación al tema de la sexualidad. La toma de decisiones respecto al cuerpo, respecto al derecho de gozar de una vida sexual sin riesgo al embarazo, respecto a decidir cuándo y cuántos hijos tener, a tener información y capacitación, no se menciona en términos de "derechos", ni por parte del discurso institucional, ni en la recuperación que las parteras hacen de las enseñanzas de los talleres "sobre mujeres".

Esto constituye a mi parecer uno de los "deficits" más cuestionables de la perspectiva de género que dice incorporar la capacitación. A pesar que logran reconocer que es en la familia donde se producen y reproducen los roles asignados con base al género, que están a la base de la subordinación de las mujeres, este reconocimiento no conlleva la reflexión sobre cómo determina esto que se obstaculice y acote el ejercicio de derechos reproductivos.

Esta omisión sobre los derechos que están en pugna debido a la socialización que devalúa el trabajo de las mujeres, es doblemente peligrosa puesto que no sólo no termina de concretar el vínculo entre salud sexual y reproductiva y los derechos correspondientes, sino que les sirve para posicionarse moralmente en contra de temas como el aborto. Este punto lo considero de gran importancia, porque permite analizar cuál es la postura institucional[72] frente a la maternidad voluntariamente elegida y si ésta toma de decisiones hace parte de la perspectiva de género que se buscó incorporar al programa de capacitación a parteras; acaso entre estos derechos, no deberían estar contemplados los que refieren a la regulación no riesgosa y eficaz de la fertilidad, a recibir información y servicios de calidad en los casos de un embarazo no deseado. Sin embargo el testimonio es contundente; a mi pregunta de cómo trabajaron el tema del aborto y no sólo sobre los métodos anticonceptivos,[73] se contestó:

La mejor de las reflexiones es a la que se ha llegado en pláticas durante horas hablando con ellas, la mayoría de las mujeres van cuando ya están embarazadas a que se les ayude a abortar y la reflexión es ésta: si una célula masculina se elimina cada mes o en una noche cálida un joven elimina células, no pasa nada, si en una menstruación una mujer elimina células no pasa nada y se lo decimos: Dios no se ofende – porque es la forma de platicarlo, llevarlo a ellas- si cada quien tira

[72] Tendría que precisar aquí, que el testimonio recuperado no puede ser generalizado, pues no corresponde a la postura del otro doctor que capacitó, sin embargo es de gran relevancia por que es la voz de quien fue responsable del programa de capacitación a parteras, la Dra. Edith.

[73] La aclaración es importante ya que en la entrevista al hacer la pregunta sobre cómo trabajaron el tema de los derechos reproductivos, se mencionó el papel de la partera en otorgar información sobre métodos anticonceptivos.

sus células o las elimina por separado, pero cuando ya están juntas las células es cuando ellas recurren. Si uno les dice. toma esta pastilla que te va a ser que elimines ese óvulo y que ya no prosiga, ponte este preservativo que va hacer que estas células se eliminen y no pase nada y nadie lo quiere porque el método está mal, pero en el momento que están embarazadas corren. ayúdame y esa si es una ofensa, esa es una ofensa divina. sea cual sea su religión porque ella ya lleva una concepción y nosotros no les damos el concepto, las llevamos. hasta que ellas caen en la conclusión de cuando esas células están juntas, esa si, aunque tenga 15 minutos de haberse juntado, esa sí es una ofensa divina. Esa es una de las reflexiones más bonitas Sin embargo la gran mayoria llegan, - ¡ayúdeme quiero abortar! y cuando uno les dice puedes usar esto si tu quieres, nadie quiere. (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez 2003)

El tema del aborto, espinoso y tabú, podría haber sido aprovechado para abordar el problema de la relación de subordinación entre los géneros. Un aborto producto de un embarazo no deseado, vulnera en muchos sentidos a la mujer que se lo practica, sobre todo si no tiene recursos económicos para recurrir a servicios de calidad que no pongan en riesgo su vida. Esta situación de vulnerabilidad está íntimamente relacionada con los significados de la masculinidad, cultural e históricamente pautados, que otorgan licencia a los varones para desatenderse de las consecuencias de ejercer su sexualidad de manera desprotegida y para delegar en la mujer todo tipo de costos, riesgos y responsabilidades al respecto (Guevara, Elsa 2005)

Pero al contrario de explorar con el conjunto de parteras las implicaciones que los abortos practicados en condiciones inadecuadas pueden tener en la salud de las mujeres, de indicarles las situaciones en que un aborto es considerado legal en el estado de Veracruz[74], o de analizar el contexto sociocultural que impide pensar la maternidad como una elección y no como un "mandato divino", la capacitación se erigió en una institución que mantiene el orden de valores vigente, intocado y con esto institucionalizó una moralidad indicativa del deber ser femenino en relación a su cuerpo y su reproducción.

[74] Los casos en los que no es sancionado el aborto en el Estado de Veracruz son: "I Cuando es causado por culpa sin previsión de la mujer embarazada;II Cuando el embarazo hay sido resultado de una violación siempre que se practique dentro de los noventa días de gestación; III Cuando de no provocarse aborto la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuere posible y la demora no aumente el peligro; y IV.Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre en su caso y a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves" (Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave 2001)

Sin embargo la normatividad es clara y va en sentido contrario al principio de justicia social y equidad implícita en los fundamentos de los derechos reproductivos: en las reglas de trabajo explícitamente se menciona que la partera que se asocie con el uso de ciertas plantas medicinales como la ruda, en el caso de un aborto "será privada de su libertad" (entrevista con Dra. Edith Rodríguez 2003). La sanción a la partera es triple, entre razones de tipo legal, moral y científicas transitan las explicaciones de porque decirle no al aborto; se les intenta persuadir valiéndose de su devoción y orientando el tema del aborto de modo que aparezca como transgresión moral, "ofensa divina".

Como menciona Martha Lamas (1997, 2005) la plataforma para el cumplimiento de los derechos reproductivos en México supone: primero la desidealización de la maternidad que representa a las mujeres como *instrumentos de la Voluntad de Dios;* segundo y en liga con lo anterior, el respeto por el Estado laico. Desde la perspectiva laica a la ideología católica que prima en las prácticas políticas de quienes legislan, debe contraponérsele la defensa de la calidad de vida, la responsabilidad y la libertad.

Los argumentos de orden científico utilizados para disuadir a las parteras, se estructuran en base a la evidencia de que el uso de determinadas plantas medicinales (principal recurso utilizado para inducir aborto), está empíricamente comprobado como nocivo:

Nosotros pudimos comprobarles que éstas plantas lo que hacen es causarles óbito fetal, pero no desprendimiento del útero, por ejemplo, para el caso de la ruda que únicamente es uteroconstrictor, al apretarse el útero hace una esquemia total en el bebé, lo exprime pero no se desprende y eso genera que la mujer siga con un desprendimiento de placenta donde ésta sangra y sangra, el bebé sigue pegado, es una óbito fetal que a veces llega a durar meses muerto y no se dan ni cuenta (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez 2003).

Si bien se menciona que en la capacitación no se les dice explícitamente a las parteras que no se involucren en los abortos, sí se les sanciona en lo cultural (religioso), en lo legal, así como con argumentos científicos, "comprobándoles" que su conocimiento sobre plantas medicinales no es sólo ineficaz, sino que puede ser causante de más muertes maternas, al tiempo que se les avisa que el aborto "es sobre todo la primer causa de referencia a una mujer al hospital". Esta manera de presentar el tema del aborto como un problema de índole moral y legal impide que sea abordado

abiertamente durante la capacitación, la sanción *a priori*, inhibe la posibilidad de analizar sus causas y consecuencias a la vez que propicia su clandestinidad.

Habría que considerar, para retomar en el siguiente apartado sobre la relación entre medicina tradicional y medicina occidental, cómo arbitrariamente, en determinados contextos es útil apelar a argumentos de orden religioso para disuadir a las parteras de ciertas prácticas (como el aborto), pero en otros contextos es precisamente esta dimensión mágico religiosa la que se sanciona, utilizando argumentos de orden científico.

En el siguiente apartado analizo el papel que juega la capacitación en el reforzamiento de los roles de género que confinan a las mujeres al espacio privado donde ocurren los eventos reproductivos, en la complejidad de un contexto donde sus servicios- en tanto agentes de salud- están vinculados con responsabilidades públicas.

3.1.2 Responsabilidades y derechos en la perspectiva de género implementada en la capacitación a parteras

Desarrollar la pregunta sobre si las parteras son consideradas como sujetos en el proyecto de capacitación, tiene la intencionalidad de cuestionar el papel que juega la institución que promueve dicho proyecto, en el fortalecimiento de las representaciones en torno a los roles asignados genéricamente.

La consideración de las parteras como sujetos de los proyectos implica la participación en la definición de objetivos, contenidos, en la identificación de necesidades, responsabilidades y derechos, en la construcción conjunta de estrategias y acciones que impacten en las causas que originan la desigualdad y no tan sólo en sus efectos, "con capacidad para proponer, opinar y desarrollar acciones que las beneficien" (Aranda, J. 2000:52). No considerarlas como sujetos, por el contrario implica asumirlas receptoras pasivas de los proyectos.

A pesar de que la partera capacitada tiene la responsabilidad ante la comunidad y ante las instancias que destinan recursos en capacitarla, es decir la responsabilidad pública (y privada en el ámbito de relación con la parturienta y su familia) de enfrentar eficazmente el proceso de E-P-P de las mujeres de su comunidad y otras, esto no garantiza acceder a espacios de decisión también en este espacio

público, por el contrario, su participación sigue estando restringida al ámbito doméstico privado donde se despliega la práctica de la partería.

La falta de vinculación característica de los programas "verticales", que no contemplan la necesidad de reconfigurar políticas, programas, servicios, capacitaciones etcétera (Langer 1999), dificulta el establecimiento de mecanismos que favorezcan proyectos integrados de salud reproductiva cuya plataforma sea la elección democrática de responsabilidades. En efecto, se reconoce la importancia de fortalecer las alianzas entre las parteras (así como otros actores de la medicina tradicional), las instituciones de salud y los proveedores de servicios como parte del proceso que busca el fortalecimiento de redes de apoyo y se espera que como resultado del vínculo entre la partera y el médico del centro de salud, se genere respeto por el trabajo mutuo de modo que cuando la partera necesite de la ayuda de éste o tenga que canalizar a una mujer, haya una relación previa que permita que el traslado se de en condiciones de confianza, se personalice el trato.

Esta pretensión se sustenta en la evidencia reconocida por los capacitadores sobre el maltrato de que son víctimas las parteras, que consecuentes con las propias enseñanzas de la capacitación, refieren en caso de riesgo a las mujeres a hospitales y centros de salud. En relación con esto señala el Dr. Múzquiz (2003):

Eso es lo que nuestro proyecto intenta, hacer una liga con las parteras y los médicos y la enfermera y la trabajadora social y la recepcionista, que identifiquen a la partera como parte del equipo de salud, en el nivel en que está ella. no quiero decir que esté abajo, en el nivel donde están las parteras están los hospitales y lo tienen que entender, en la administración del licenciado Chirinos se satanizó mucho a las parteras, las parteras siempre han sido satanizadas, pero se avanzó un poco en la administración del Lic. Dante Delgado, en que los hospitales y los médicos vieran a las parteras como parte del equipo de trabajo, pero en la administración del Lic. Chirinos cuando estábamos nosotros, fue un avanzar contra corriente y ahora no, ahora se ha entendido que el 20% de los E-P-P tiene que ver con las parteras, no puedes dejarlas de lado, o no capacitarlas, o no meterlas dentro del equipo de trabajo, las parteras entran a los hospitales ahora, entran a los centros de salud que les corresponde, conocen a los médicos, tratamos de hacer una alianza ahí, no solamente una alianza laboral sino una relación humana (..) antes se manejaban como objeto las pacientes y las parteras, - ¡a la bruta esa! y que entienda la situación de la partera, - a ver médico vete tu allá y hazte presente el domingo a las tres de la mañana. entiende entonces el papel de la partera .

Los testimonios sin embargo siguen revelando hoy, con la administración de Fidel Herrera, [75] la inconformidad de las parteras capacitadas o no, con el trato que reciben en los hospitales y centros de salud fuera de sus comunidades. La percepción de parte del grupo de mujeres es que, aunque en la capacitación se reconoció la necesidad de trabajar paralelamente con los representantes del sistema de salud oficial (en un proceso de "concientización" de la importancia de la partera rural y como estrategia para hacer factible la acción arriba mencionada de humanización de la referencia), ellas pueden mencionar múltiples experiencias en las que han sido mal tratadas por médicos y demás miembros del personal de salud:

Una vez atendí un parto y la criatura nació bien pero la placenta no salía, - vaya a ver a fulanito y que nos lleve. yo fui con ella, claro que en el hospital te ven con ojo de pistola, algunos doctores dicen, - ¡ahí tienen por atenderse con parteras!, les dicen a las señoras, inclusive no nos dejan entrar yo en esos casos quisiera que el doctor dijera, - mija ¿cómo te llamas?, sabes que Elsa, en estos casos que esto te pase has esto, que bueno que la trajiste. No que, - ¡oiga doctor¡, - ¡ahí espéreme!. Esta mal porque hay médicos que no nos toman en cuenta, en vez de que tengamos apoyo como que nos aislan, hay doctores que si, pero aquí en el hospital (Civil de Perote) no, no sé ni por qué yo aquí hice todo lo que tenía que hacer, lo que yo se hacer, luego le digo a la señora, - ¿qué te hicieron? ya le pregunto a la mujer, cuando ya la puede uno ver, - me metió la mano y me la sacó Pero no que dijera, - pásale, mira en estos caso has esto, o no se debe de hacer esto, pero yo mientras sean peras o sean manzanas yo la llevo y yo la acompaño porque yo la estoy atendiendo" (entrevista con Elsa 2003)

La capacitación en tanto proceso de transformación de la práctica, representa la adquisición de nuevas responsabilidades, cuya percepción sin embargo no es homogénea entre los diferentes actores, desde la perspectiva de las parteras, esto es observable en la manera en que elaboran un discurso de diferenciación frente a las parteras no capacitadas, las explicaciones que las primeras dan sobre un parto que termina en la enfermedad o muerte de la madre y/o de su hijo, refiriéndose a casos que les ocurren a las parteras que no recibieron la capacitación, tienen como punto central el hecho de no tener los conocimientos que da la capacitación. En este sentido podemos decir que la capacitación deviene elemento de identificación frente a una alteridad que en este caso está representada por las parteras no capacitadas, o mejor dicho por su práctica no transformada a raíz de la capacitación.

[75] En el relato hay una confusión en la información sobre los gobernadores del Estado de Veracruz, puesto que a Dante Delgado le sucedió Patricio Chirinos y no al contrario como parece rememorar el doctor.

Ser capacitada les significa asumir una serie de responsabilidades en torno a lo que consideran el principal aporte de la capacitación: la identificación de situaciones de riesgo y la consecuente decisión de no atender ese parto y remitirlo oportunamente a una institución pública de salud. En este sentido su participación trasciende la esfera privada en que un parto "normal" podría llegar a feliz término sin involucrar a más actores que los directamente interesados. Por el contrario la decisión de no atender un parto utilizando como criterio el "enfoque de riesgo" significa movilizar una serie de recursos que necesariamente involucran a terceros, conseguir transporte (que puede ser la ambulancia del ayuntamiento, o un carro particular), avisar con tiempo a familiares para que consigan el dinero necesario para el traslado, hospitalización y medicamentos, poner al tanto al médico del centro de salud (si lo hay), acompañar a la mujer hasta el hospital y "entregarla" al médico que la atenderá.

Estas responsabilidades están directamente vinculadas con el proceso de reconocimiento público que significa la capacitación. Sin embargo, este reconocimiento por parte de la comunidad, del conjunto de parteras y de las instituciones, se vive da manera acotada, pues a la asignación de nuevas responsabilidades no le corresponde el reconocimiento de nuevos derechos.

La asignación de roles en base al género, que determina que el ámbito de desarrollo privilegiado de las mujeres sea el privado, espacio al que lo "reproductivo" se restringe, sufre una perversión en tanto responsabilidades y derechos no pueden ser asumidos equitativamente. La partera en cuanto es capacitada tiene que asumir una serie de responsabilidades "públicas" en una situación de desventaja que la rebasa y que no tiene que ver con las nuevas capacidades adquiridas, sino con la carencia y con el acceso restringido a servicios. A pesar de las buenas intenciones los espacios de participación y decisión siguen estando restringidos a lo doméstico asociado con la esfera privada, en el contexto de un sistema de valores que la despolitiza, anteponiendo su contra parte pública como la que es susceptible de ser discutida y evaluada en virtud de su importancia como espacio privilegiado de negociación y decisión.

Por otra parte asumir estas responsabilidades, no se traduce en la práctica en el correlativo ejercicio de derechos asociados a la toma de decisión subyacente y consecuente con la propia capacitación.

Rocío de Ayahualulco recuerda aquella vez hace como 7 años, en la que le llegó una mujer con placenta previa, problema que ella logró detectar porque por ese tiempo estaba precisamente

recibiendo la capacitación, una vez identificado el problema le dice a la mujer que la acompañará hasta un hospital ya que ella no podía atender ese parto, al llegar con los médicos de turno. Rocío le indica a la Dra. que recibe a la parturienta que no le ponga espejo, ni que le haga un tacto porque tiene placenta previa, ésta la insulta y la saca del lugar diciéndole que cómo se atreve a indicarle lo que tiene que hacer. La mujer empeora debido a las maniobras que le hacen en el hospital, al punto que tienen que trasladarla hasta Xalapa, en este proceso la partera es acusada públicamente en el hospital y responsabilizada del empeoramiento de la paciente, poniendo en duda los conocimientos impartidos en la capacitación.

La integración entre las instituciones de salud y los recursos comunitarios tradicionales de atención al E-P-P, como objetivo de los programas de capacitación a parteras[76]en el contexto del caso que nos ocupa, buscó no sólo la alianza entre actores y servicios que menciona el Dr. Múzquiz en entrevista, sino también mejorar la relación humana entre el personal de salud y las parteras, sin embargo no operacionalizó mecanismos que permitieran garantizar que este respeto deseado se construyera sobre la base de la equitativa participación democrática de ambos sectores. Como mencionan Margarita Díaz y Joanne Spicehandler (1998:7) gran parte de los trabajadores de la salud " (...) refuerzan con su actitud generalmente autoritaria, la mantención de los patrones socioculturales vigentes, abiertamente desfavorables para la mujer que acude a los servicios"

Habría que preguntarse entonces cómo tendría que operar una estrategia que permitiera construir relaciones democráticas, equitativas, respetuosas y eficaces entre las instituciones de salud y los actores comunitarios que atienden la salud reproductiva, acaso promoviendo – si es que en efecto se utiliza un enfoque de género- la transformación de las relaciones sociales a partir del cuestionamiento de la validez de la asignación de roles genéricos y del sistema que desvaloriza el trabajo que realizan las mujeres en el ámbito de la reproducción.

Esta transformación podría pensarse como un proceso de reivindicación de los espacios "minúsculos" en que se mueven las mujeres, por medio de la discusión de la estructura en la que opera la participación, que conlleve "la visibilización de un sistema de organización paralelo, de relaciones sociales fincadas a partir de supuestos diferentes y de la necesidad de recuperar esa experiencia humana para un diseño más aterrizado de desarrollo" (Bonfil 1996: 44) es decir,

[76] Para conocer cómo este objetivo se inserta en proyectos de salud reproductiva, revisar la experiencia ya mencionada de Kinal Antzetik (KINAL) en la Montaña y Costa chica de Guerrero, organizada por KINAL y Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI) (2003).

resignificar la dimensión política de la división entre lo público y lo privado, en un proceso de transformación social y cultural, de manera que se revalorice el aporte de las mujeres a la reproducción de sus sociedades.

Otra estrategia posible para la construcción de las relaciones entre los diferentes actores podría ser la de ampliar los espacios de participación en lo público, es decir fortalecer los mecanismos de relación entre las instituciones y los actores comunitarios. Considerando que la capacitación dice tener una perspectiva de género, esta estrategia debería ser más bien una exigencia a quienes la implementan, dado que si han observado a través del trabajo comunitario, que la subordinación genérica se objetiva en ese contexto en la inequitativa posibilidad de tomar decisiones respecto a la reproducción, entonces la orientación del trabajo tendría que tener como propósito desarticular los mecanismos que hacen posible esta inequidad, fortaleciendo por el contrario, los mecanismos que favorecen la toma de decisiones, la elección, la participación.

g

Si la *integración* en el proyecto de capacitación a parteras buscaba el fortalecimiento de alianzas, la *integralidad* significaba abordar el tema de la salud desde una perspectiva que la contemplara como resultado del "mejoramiento de sus factores condicionantes" (Botana s/f: 27). Esto significó que algunas de las parteras se involucraron en proyectos productivos, de mejoramiento de vivienda, de huertos familiares etcétera, este fue el caso de Elsa que cuenta:

Hacíamos de todo, sobre la vivienda, techos, porque el Dr (Pedro Múzquiz) nos decía, - la salud tiene que ver con el lugar dónde vivimos, si el techo se gotea, el piso es de tierra, si la casa es de rendijas entra el frío, no va a ver salud, entonces teníamos que ver desde el lugar dónde vive la persona, qué es lo que come, todo tiene que ver con la salud, se dio lo de techos, todas las casas estaban en malas condiciones, se les apoyó a un precio bajísimo con lámina de cinc. En todo me metí en lo de los techos, en lo de los pisos, en lo de los huertos familiares, agua potable, tener su tanquecito, tenerlo limpio, barrer su patio clasificar su basura, cuál es la reciclable, hacer quemadores de basura, que hirvieran el agua, todo lo que tuviera que ver con la salud, enseñarles a preparar el suerito, que las mujeres supieran cuándo los niños se enfermaban de la gripa, cómo curarla en casa y cómo era una gripa que no se podía curar en casa, sobre las diarreas, qué eran, cómo prevenirla y cómo curarla También todos tenían que tener su letrina, con el material regalado, con el compromiso de que todos tenían que tenerla. De la comunidad nada más yo, se formó un comité de mujeres, de salud, para andar en las casas viendo, ellas me acompañaban, organizábamos quermeses para bardear el centro de salud para ponerle banqueta, para alguna

mujer que se tenía que canalizar al hospital por displasia entonces se le apoyaba, pero el proyecto apoyó hasta para eso apoyó (entrevista con Elsa 2003)

Esta responsabilidad ampliada en función del desarrollo de estrategias integrales de bienestar social, puede ser vista desde dos perspectivas. En la primera, que enfatiza la dimensión subjetiva de los actores, la participación de las parteras en las actividades de la vida comunitaria es vista como favorecedora del reconocimiento colectivo y como impulsora de un cambio en la percepción que estas mujeres tienen sobre su función en la comunidad. Lo que significó que la transformación como sujeto miembro de una comunidad se instrumentó a partir de la transformación de la práctica.

Observar cómo el trabajo en la comunidad organizado en torno al eje de la salud y en concreto al esfuerzo organizativo de las parteras, se tradujo en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus miembros, repercutió en la resignificación de la propia práctica, que ahora ya no sólo fue una práctica transformada sino transformadora, que implicó el acceso a recursos y en cierto sentido a nuevos espacios de poder y decisión.

Desde esta perspectiva subjetiva, se podría interpretar el significado que para las parteras tiene ejercer la práctica de la partería, considerándolo como un proceso de adscripción identitaria cuyo eje es precisamente ser partera; la identidad genérica en este caso se dimensiona a partir de la adscripción a la práctica de la partería, a consecuencia de un doble motor; ser partera capacitada significa contar con el reconocimiento público, lo que a su vez se traduce en el acceso a nuevos espacios de participación y decisión, por otra parte este vínculo entre identidad y práctica se refuerza mediante la "labor" institucional instrumentada en la propia capacitación.

Desde la segunda perspectiva, la ampliación de responsabilidades puede ser analizada con relación a lo que he referido sobre que la institución fortalece los roles genéricos. Esto se hace visible, paradójicamente, a través de las dinámicas que implementan para trabajar la perspectiva de género. Un ejemplo que me resulta particularmente claro es el de "la mujer salud y vida" cuyos objetivos son: "Identificar las actividades que hombres y mujeres realizan todo el día; y reconocer el impacto que tiene el trabajo de las mujeres en los niveles de salud y bienestar familiar" (Patronato de apoyo voluntario a la Sierra de Perote 2002).

Asi, en el manual se señala que después de preguntarles a los participantes del taller sobre los horarios de trabajo de hombres y mujeres y de dar una calificación a la actividad que cada uno

realiza, se les interroga sobra la importancia de dichas actividades, "concluyéndose que el trabajo de las primeras (mujeres), aquí y en todas partes, es sumamente importante para la salud y el bienestar de la familia" (Patronato de apoyo voluntario a la Sierra de Perote 2002).

El reconocimiento por parte de la institución, de la necesidad de que el colectivo de mujeres y hombres "revaloren" la función que ellas cumplen en el bienestar y salud de la familia, puede interpretarse de dos maneras. Una, como un primer avance en la reflexión en torno a que uno de los elementos de la subordinación de la mujer se encuentra en la división del trabajo asignado por el sistema de género, en donde esta "división del trabajo por género se relaciona con el cálculo de las horas de trabajo que realizan los hombres y las mujeres y con el reconocimiento de que trabajan de forma distinta" (Martínez 2000: 105).

La segunda interpretación analiza las implicaciones de este tipo de dinámicas que no buscan preguntarse por la posibilidad de transformar las relaciones sociales al interior de la familia, donde la concientización de la diferencia de funciones que cumplen hombres y mujeres esté acompañada de la reflexión sobre la desigualdad también en el plano de derechos y responsabilidades, así como de la ideología de género que les subyacen.

Por el contrario reforzar el imaginario sobre la responsabilidad de la mujer en el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad (en el contexto de las múltiples funciones que cumple la partera en el desarrollo comunitario) sobre su importancia para el bienestar, universaliza los contenidos de esas diferencias y desigualdades de los roles, como si no tuvieran un trasfondo cultural, histórico y político, susceptible de ser trasformado, cuestionado. Además puede ser interpretado como un mecanismo de control institucional, cuyo objeto es que las mujeres continúen asumiendo una serie de responsabilidades y de carencias de servicios que el estado no logra resolver.

3.2 LA (RE)CONSTRUCCIÓN DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO. RECUPERANDO LA HISTORIA DE LOS DISCURSOS

Candelaria tiene 70 años y una certeza adquirida en su práctica como partera de la comunidad de Xocotepec *los doctores son remalditos tienen la autoridad de matar un cristiano y ni lo pagan.* Ella le da contenido a esta afirmación, platicando la historia de su hija, su recuerdo presente es triste, empieza por el final, como quien habla con alguien que ya supiera lo más importante – la

muerte del nieto. Candelaria rememora las advertencias hechas, premonitorias de la fatalidad intuida, recuerda también cómo fue desautorizado su diagnóstico y cómo el médico justificó la muerte, con una explicación que a nadie satisfizo.

¿De qué nos habla la historia de Candelaria? Para empezar nos habla de la vida y la muerte, de los saberes construidos para tratar de incidir en lo que se entiende como enfermedad, pero también nos habla de la relatividad de estos saberes, de la particularidad de su adscripción. Ante un mismo hecho – el daño a la salud del nieto- doctor y partera construyen diagnósticos, pronósticos, interpretan y ponen en funcionamiento conocimientos y recursos, cuyo objetivo es lograr que su práctica sea eficaz, acertiva, resuelva una necesidad.

También nos dice que entre ambas maneras de entender, prescribir, interpretar lo que es la enfermedad del nieto, lo que se debe hacer para curarla, lo que se le debe dar para revertir el daño, se abre una brecha infranqueable, que para el caso que estamos mencionando alude a una relación de poder que es excluyente y discriminatoria (de ambas partes) pero que en otras adquiere la faz de la resistencia, de la apropiación, de la transformación.

La discusión sobre cómo se conforman los discursos de poder desde los cuales se avalan y legitiman determinados recursos, saberes y prácticas, en este caso recursos, saberes y prácticas terapéuticos, se estructura en un primer nivel (contextual podríamos decirle), con relación a la connotación ideológica de los conceptos tradicional/moderno. En un segundo nivel (metodológico), la discusión se estructura en la conformación de las tipologías teóricas llamadas medicina tradicional y medicina científica.

3.2.1 Disputándose la legitimidad del conocimiento. Lo tradicional desde lo moderno

El historiador inglés E.P. Thompson decía: no hay modernidad sin tradición. No hay modernidad sin historia como ciencia. La historia en la modernidad tiene una doble morada disruptiva e integradora a la vez: es la narración *objetiva* de los hechos, que confiere por esto legitimidad a cierto conocimiento en el marco de posibilidad y previsión de la Razón Instrumental y es también la

interpretación *subjetiva* del hombre, el sentido – la ingeniería significativa- que no está fuera de él y que reivindica a la libertad como condición humanizante, la Razón Histórica.

La identidad de la Modernidad es descrita en términos de la conformación de una alteridad a partir de la cuál oponerse: Modernidad vs. Tradición, significa también que todos los otros elementos que componen el cuerpo del cuál la primera se opone, conforman a la vez el cuerpo de adscripción de la segunda, que sin embargo no es definido desde sí, sino desde los parámetros que el discurso que la propia Modernidad estipula; libertad vs. necesidad, racionalidad vs. irracionalidad, trascendencia vs. inmanencia. Por oposición, la Tradición es definida a partir de la negación de los valores implícitos en la idea de Modernidad.

El concepto de Tradición, como producto de una construcción categórica de la Modernidad, adquiere identidad para conformarse entonces, en la antítesis ideológica de ésta; ideológica porque en el discurso, discrimina, se constituye en ordenamiento dirigido a legitimar, a certificar a imponer una definición de la realidad y por tanto a invalidar otras.

Es así como ambos conceptos, Tradición- Modernidad, son expuestos como polos opuestos de un *continuum* que no aluden a realidades históricas sino a representaciones, modelos teóricos (y/o ideológicos) con los cuáles conceptualizar una realidad, taxonomizarla.

En esta lógica maniquea la Tradición es representada como concepto cuya función central, es constituirse en cierto tipo de alteridad frente a la cual justificar una serie de metarrelatos[77] (progreso, democracia, libertad...). Si a la modernidad se asocia el progreso (desde una perspectiva desarrollista), con tradición se vincula el subdesarrollo, epíteto que funge como elemento de heteroidentificación; en este proceso de asignación de significados, la Tradición *desde* la Modernidad, es definida, certificada y reglamentada en función de lo que a ésta le es útil para organizar, en torno a sí y desde sí, el mundo prefigurado en su descripción.

Si la modernidad es equiparada con el desarrollo entendido de manera etapista, como el progreso lineal hacia el crecimiento económico, la sociedad tradicional es vista acaso como la primera etapa

[77] M. Hopenhayn, (1988) menciona que estos metarrelatos son categorías propuestas por la modernidad para interpretar y normar la realidad, cuya función es dirigir los procesos de conocimiento, producción y orden sociopolítico y que dotan a la realidad de sentido con el tamiz de la razón, "para desentrañar la realidad de los fenómenos".

de ese crecimiento;[78] si la Modernidad instrumenta la valides del conocimiento con el método científico, es decir legitima los saberes al dotarlos del estatuto de cientificidad, la Tradición en cambio tan sólo alude al conocimiento heredado, fundado en el mito; si la Modernidad enarbola la dignidad del hombre en el valor de la libertad y en el ejercicio de la democracia "como liberación de la arbitrariedad", la Tradición representa la enajenación a una autoridad irracional y arbitraria.

3.2.2 El abordaje teórico de la medicina tradicional

> " Usar la categoría 'tradicional' significa de hecho integrarla dentro de un esquema tipológico planteado en torno a lo 'moderno' y 'tradicional' pensarlos como polos de un *continuum*. Desde esta perspectiva lo 'tradicional' ha sido casi siempre definido a partir de lo 'moderno' o de la 'modernidad', es decir a partir de una concepción donde lo determinante está puesto en el polo 'desarrollado'. Pasaría a ser tradicional todo aquello que no es considerado moderno. Esta manera de concebir los polos acarrearía por lo menos cuatro peligros; *primero la tendencia a homogeneizar abstractamente todos los contextos ignorando las particularidades, segundo acumular y sintetizar homogeneizadamente prácticas diferenciadas interpretándolas como pertenecientes a uno de ellos, tercero limitar dichas prácticas a uno de los polos del continuum y no poder dar cuenta a nivel teórico de las misma prácticas cuando operan en el sistema opuesto y cuarto la tendencia a considerar los polos como realidades históricas y no justamente como construcciones metodológicas* (Menéndez 1987:27)(cursivas mías)

Teniendo como referencia el análisis que hace el autor sobre los límites teóricos de la dualidad tradicional/moderno, podemos preguntarnos por la manera en que ésta caracterización funciona para el problema de la definición de las prácticas médicas y con esto entramos al segundo nivel arriba mencionado; estos cuatro peligros de los que nos alerta permiten evaluar la pertinencia de la utilización teórica de estos conceptos para describir la relación entre las dos terapéuticas.

[78] La sociedad tradicional descrita por Rostow, W. (1960), se caracteriza entre otras cosas, por tener una estructura precaria en términos de producción, a consecuencia de la imposibilidad de acceso a la ciencia y a la tecnología moderna, por la existencia de una autoridad política central sustentada en el control de la tierra y por un sistema de valores cohesionado, en torno a lo que el autor llama *fatalismo a largo plazo*

En principio, el peligro de la no contextualización, arriesga a vaciar de contenido histórico a las prácticas sociales, como si estás no fueran susceptibles de ser transformadas en razón de su acertividad, para responder a necesidades que también son mutables y dinámicas y por sujetos que las significan y actúan con relación a contextos de significado cambiantes.

El segundo riesgo asociado a este (primer) peligro, es que deshistorizar las prácticas, homologando todo lo tradicional en tiempo y espacio (o todo lo moderno), significa eludir la discusión sobre la relación de poder inmanente a esta caracterización de lo moderno/tradicional.

En efecto considero que esta tipología refiere a una relación significante de poder, poder que se traduce en relaciones desiguales, subordinadas y excluyentes, que aunque a través del tiempo ha sido legitimado con diferentes discursos, es precisamente en la modernidad (entendida como periodo histórico) cuando la legitimidad del conocimiento médico institucional, se fundamenta por su origen científico.

Parafraseando a Paul Hersch (2000) la terapéutica dominante, detenta el poder de la construcción social de la realidad (terapéutica) y para esto se vale de una teoría legitimadora especializada –la ciencia médica-, que sin embargo es, como todo conocimiento, una construcción social: "La ciencia ha jugado su papel como mecanismo conceptual para mantener un universo simbólico dominante" (Hersch 2000: 63).

El carácter social del conocimiento científico, la naturaleza histórica de sus actividades y de sus instituciones, pero sobre todo el hecho de que sean sujetos –también histórica y culturalmente mediatizados- que interpretan y producen estos conocimientos, que ponderan, escogen, discriminan, clasifican los recursos (datos, presupuestos, fundamentos y objetivos) de los que ésta parte, es lo que ha servido a algunos teóricos críticos de la racionalidad del conocimiento científico, para afirmar que su "adscripción social" es determinante para que esta no pueda ser vista unívocamente como normada por la razón (Instrumental).

El dominio consiste entonces en imponer y monopolizar la definición de una realidad sobre las demás, utilizando diferentes mecanismos para instrumentar la exclusión, en este caso "la legitimación mantiene la realidad del universo construido socialmente, negando la realidad de fenómenos o interpretación de fenómenos que no encaje dentro de ese universo" (Berger y Luckmann 1983, citado por Hersch 2000: 63)

Para el caso de la medicina, es en virtud de esta clasificación tradicional /científico que se operan e instrumentan los procesos de exclusión de los recursos, de las prácticas y de las representaciones de la medicina tradicional. La exclusión tendría entonces una dimensión sociocultural relativa a la "preeminencia del imaginario de la modernidad como horizonte único, con el etiquetamiento de ciertos rasgos culturales como *atavismos y supersticiones*..." (Hersch 2000: 60)[79]. Preeminencia que es consecuencia de lo que Bonfil Batalla (1991) describe como colonialismo cultural, ficción importada, ansia de civilización.

Es con relación a esta problemática que autores como E. Menéndez, proponen marcos de análisis de las relaciones entre los modelos médicos de atención. En su caso, utiliza los conceptos de hegemonía/subalternidad, para problematizar la relación existente entre estos. Así, menciona que los modelos reconocidos son el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo de autoatención. Estos modelos son construcciones teórico metodológicas, que relacionalmente permiten interpretar la dinámica de los procesos de construcción, operación y organización de los saberes que los grupos sociales producen (por Ej. Los terapeutas especializados, como las parteras) con relación a la salud, la enfermedad y los modos de atenderla.

Esta propuesta teórica me parece especialmente rica por la manera en que construye un contexto explicativo del proceso de subsunción de los modelos médicos y en referencia a elementos que conjugan lo social, económico, político e ideológico.

El modelo hegemónico biomédico es definido como un conjunto de saberes cuya genealogía se remonta al desarrollo de la medicina científica; hegemónico en tanto ha subsumido - desde fines el siglo XVIII-, a los otros saberes médicos, instaurándose e instituyéndose, en ciertos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, para lo cual se vale de criterios de legitimación tanto científicos como políticos (Menéndez y Di Pardo 1996, citado por Osorio 2001)

[79] Aunque el autor se refiere específicamente a la planta medicinal como recurso de la medicina popular, excluido en el ambito de la biomedicina, considero que otros recursos terapéuticos como el baño de temazcal, la "sobada" y las "limpias" entre otros, también carecen de estatuto terapéutico en el ámbito institucional desde el cual se ejerce la biomedicina.

El proceso de validación terapéutica[80] de los recursos (como las plantas medicinales utilizadas para el parto) y en general de los procedimientos, en el contexto de la hegemonía de la terapéutica biomédica implica un proceso *experimental* cuyo espacio de realización privilegiado es la investigación clínica (Hersch 2000). Tenemos así que desde la lógica de esta terapéutica, al proceso de construcción del conocimiento empírico, se le opone el experimental, que refiere a la intervención que ha sido diseñada con antelación y constituida por observaciones objetivadas en condiciones artificialmente construidas que pueden reproducirse, que son deliberadas y controlables. El autor controvierte algunas de las opiniones sobre la ruptura fundamental que debe existir entre observación y experimentación como requisito de la cultura científica,[81] mencionando que la descalificación de lo empírico constituye un "obstáculo epistemológico" ya que con esto se prescinde de fuentes de información experimental.

Sin embargo la descalificación de la práctica terapéutica empírica, en México no se ha operado solamente al respecto de la "tradicional" mexicana. La ciencia médica, que prevalece en los siglos XVIII y XIX,[82] inicia el proceso de diferenciación también con la llamada "medicina tradicional europea" de corte hipocrático – galénico, cuyo fundamento era la teoría humoral [83]

> "Para los científicos mexicanos de fines del siglo XIX – para los editores de *La Naturaleza* o de *Los Anales del Instituto Médico Nacional* y de *El Estudio* -. Influidos por el positivismo y por las teorías experimentalistas de Claude Bernard, el pasado de la medicina contiene, por igual, a las tradiciones autóctonas y a las tradiciones europeas. Los adjetivos de "popular", "empírica", "indígena", "tradicional", "no formal", "paralela" o "mágico – religiosa" introducirían matices, connotaciones leves

[80] "(.) entendido aquí como el conjunto de procedimientos que permiten calificar a un recurso como terapéutico, en este caso *validación terapéutica de las plantas medicinales* a una determinada sustancia como medicamento. En los principales escenarios biomédicos donde se lleva a cabo la exclusión, sea la investigación, educación superior, práctica clínica o la regulación sanitaria, este proceso constituye un referente pues (al menos a nivel de as representaciones) sólo se regula, prescribe y enseña en biomedicina aquello que ha sido validado de manera experimental". (Hersch 2000: 38) Cursivas mías.

[81] Citando a Bachelard (1984) dice " ... Cuando el conocimiento empírico se racionaliza, nunca se está seguro de que los valores sensibles primitivos no afecten a los raciocinios..." (Hersch 2000· 105)

[82] Podemos encontrar sin embargo referencias anteriores sobe la descalificación de la medicina tradicional indígena, es el caso de la relación de la flora medicinal que hace el protomédico Francisco Hernández en el siglo XVI " son meros empíricos y sólo usan para cualquier enfermedad aquellas yerbas, minerales o partes de animales que como pasados de mano en mano han recibido por derecho hereditario de sus mayores y eso enseñan a los que siguen Apenas recetan dieta a alguno No cortan una vena a nadie [. .] las heridas se curan con medicamentos simples o cubriéndolas con sus harinas [...] usan rara vez medicamentos compuestos o mezclados [.] y es de admirarse de que manera tan inepta y carente de arte y con que peligro de toda la gente, puesto que obligan a las paridas en seguida después del parto a darse baños de vapor y a lavarse ellas mismas y a sus niños recién nacidos en agua helada después del mismo baño llamado *temaxcalli*." (Hernández 1945, en Del Pozo 1965, citado por P Hersch 2000:107)

[83] La teoría de los cuatro humores fue utilizada en Europa como modelo explicativo de la enfermedad, desarrollada por Galeno (médico del siglo II), para el emperador romano Marco Aurelio, a partir de los textos de Hipócrates (460- 377

que sin embargo, no alterarán los rasgos esenciales de la caracterización que de ellas hará la nueva ciencia" (Zolla1983:28)

Esa caracterización implicará la descalificación de las prácticas empíricas (intuitivas, no verificables), de los recursos (no validados terapéuticamente como medicamentos) y de los actores (no reconocidos legítimamente).

Es hasta 1833 que se crea el Establecimiento de Ciencias Médicas, donde enseñan una cátedra de obstetricia que sin embargo no contempla la enseñanza práctica, en este mismo año se inician los cursos teóricos dirigidos a parteras,[84] que se complementarán con cursos prácticos en 1867, año en que también se inaugura la primer clínica de obstetricia. Veintiún años después la ginecología se convierte en una especialidad en México, por este entonces se decía que México ostentaba el "sello de la originalidad" en obstetricia, doctrina que había sacado "(...) aquel nobilísimo arte del humillante polvo en que yacía, relegado como estaba entre mujeres incapaces" (Ramos 1880, citado por Zolla y Carrillo 1998: 172)

Sólo siete años antes de que iniciara el siglo XX se instauró de manera obligatoria para quienes se formaban como médicos en el país, la materia de ginecología. A partir de entonces va en ascenso la participación de los médicos (hombres)[85] en los proceso de E-P-P.

En 1905 ingresan las primeras mujeres a estudiar medicina, al tiempo que se crea la carrera de enfermería, que pocos años después se uniría con la de partería, la profesionalización de ambas tiene como propósito, según algunos autores reprimir y controlar el trabajo de las parteras empíricas. La carrera como partera capacitada se suspende en la década de los 50 del siglo pasado y el E- P-P pasan a manos de los ginecólogos, pediatras y anestesiólogos, quienes reconceptualizan el proceso como no natural, al tiempo que promueven la intervención en los nacimientos (Zolla y Carrillo 1998)

---

a.C.) y Aristóteles (384-322 d. C.) a su vez influidos por las ideas Egipcias e Indias. Para conocer cada una de las propuestas sobre la teoría de los humores ver Chevallier 2000.

[84] Existen registros de que en el siglo XVI se escribieron cartillas y se elaboraron reglamentos para regular el trabajo de las parteras. De tiempo más reciente data el *Reglomento de Estudios Médicos, de Exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento de Mexico* (1841), en el Archivo Histórico del Ayuntamiento de México y el *Reglamento de parteras empíricas capacitadas*, SSA, 1976 (Zolla y Carrillo 1998)

[85] A finales de los años 70 del siglo XIX se lee en una revista médica: " (.) las mujeres que estudiaban para parteras en escuelas superiores podían ser capaces hasta cierto punto, pero que en la prescripción y aplicación de medicamentos y en los trastornos dinámicos del parto, sólo debía intervenir el médico, pues: ` la medicina (.) dígase lo que se quiera, siempre estará interdicta a la mujer'" (Von-Siebold en Ramos 1879, citado por Zolla y Carrillo 1998 173)

En tanto la obstetricia primero y posteriormente la ginecología se iban desarrollando como especialidades de la medicina académica, los asuntos de la reproducción se fueron tratando entonces como cuestiones técnicas, propiedad de los médicos, lo que significó por una parte despojar a las mujeres que originariamente la atendían de sus saberes, ahora deslegitimados respecto a la práctica especializada y por otra que el evento del E-P-P deviniera un asunto patológico, donde la parturienta (enferma) requería de la intervención (inducción del parto).

3.2.3 El Paradigma de la cientificidad

Es contundente la afirmación de C. Viesca Treviño (1987), en el comentario preliminar de uno de los célebres libros sobre antropología médica, del Dr. G. Aguirre Beltrán, acerca de la influencia del paradigma vigente en la construcción de los objetos de estudio; para el caso específico de los estudios realizados en los años treinta sobre la historia de la medicina tradicional mexicana, el criterio de verdad lo constituía el pensamiento positivista de finales del siglo XIX que preponderaba el saber científico y que servía como parámetro desde el cual evaluar la medicina indígena prehispánica en términos de su potencial prefiguración de datos positivos, es decir como antecedente histórico de la ciencia que era la única válida y posible y que entendía la evolución del conocimiento de manera lineal y progresiva, clasificando los saberes posteriores como precientíficos:

> "Hasta entonces el estudio de la medicina popular había sido confundido con el de la medicina indígena en el sentido peyorativo que puede darse a una medicina no científica. La bibliografía médica simplemente la ignoraba en sus análisis históricos, limitándose a alabar desmesuradamente los logros de las medicinas prehispánicas, tomándolas como antecedentes directos de una serie de hechos y procedimientos que podían ir siendo incorporados por la medicina científica moderna y quedando así aquella como compuesta de destellos geniales prefigurativos en tanto se le negaba, al mismo tiempo, su individualidad como representativa de un momento cultural e histórico perfectamente definido"(Viesca 1987:60)

Es hasta mediados del siglo XVIII que se instaura la hegemonía ideológica de los principios que posteriormente (siglo XIX) permitirían que la medicina científica se instituyera y constituyera (Menéndez 1983). A principios del XX, el modelo hegemónico de conocimiento desde el que se legitimaba la investigación histórica de las culturas exóticas, era el científico. El objeto de estudio, la medicina indígena prehispánica, era construido en función de esta necesidad, como alteridad en referencia a la cual describir un proceso progresivo de evolución del conocimiento, en el que la ciencia aparecía como estadio más desarrollado y los saberes médicos prehispánicos como prefiguraciones de este conocimiento validado.

Es hasta los años treinta que la medicina tradicional se convierte en objeto de estudio, si bien se habla indiferentemente de medicina popular y de medicina indígena, equiparándolas en un conglomerado no diferenciado cuya particularidad consistía en ser la alteridad de la medicina científica. La historiografía de la época relativa al estudio de la medicina tradicional mexicana describe las medicinas prehispánicas en términos de su carácter prefigurativo de datos científicos, como procesos de evolución progresiva en donde lo científico representaba el grado superior de conocimiento. El pensamiento positivista vigente a principios de siglo, instituía en el pensamiento científico el criterio único de valides, monopolizando en el ámbito de las medicinas el estatuto de legitimidad.

Más tarde, en el contexto posrevolucionario de la creación de un proyecto de Estado moderno (caracterizado por el fortalecimiento de instituciones como la del sector salud y la de educación), se consolida la propuesta conocida como Nacionalismo Cultural. Es el auge de las políticas culturales Vasconcelistas que impulsaran la modernización como imaginario, como proyecto político, económico y cultural, valiéndose de los símbolos alusivos a la identidad nacional, para llevar la civilización a los sectores atrasados y primitivos (Savarino, 1996, citado por P. Hersch 2000).

De acuerdo a este nuevo sentido de Estado-nación, lo urgente era el fortalecimiento del proyecto integracionista expresado en la unificación cultural. Así, el rumbo de los estudios sobre los pueblos indios, desde la antropología, se direccionan a partir de un discurso de integración que busca conformar una identidad nacional homogénea y que explica la imposibilidad de concretar un proyecto nacional tendiente al desarrollo, por el rezago materializado en los pueblos indios y la pluriculturalidad que representan. Es la pugna señalada por Bonfil B. (1991) por adquirir a toda costa el estatus de civilización, entendido como proyecto de hegemonía de la cultura criolla occidental y la negación con esto del México profundo.

En los años cincuenta del siglo pasado, la antropología mexicana en el marco de la teoría dependentista, ofrecía una perspectiva novedosa para el análisis de la situación de colonialismo vivido al interior de las fronteras de su Estado Nación; la de la discriminación étnica (Hewitt 1988). La teoría indigenista vigente entonces, valiéndose del término dependentista (europeo) de "colonia interna", propone para la consideración de las relaciones interétnicas de las regiones aisladas, el de "regiones de refugio". Es el antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán quien desarrolla el concepto en relación con la política indigenista de integración, que en el campo de los estudios culturalistas sobre antropología médica, entiende el ámbito de lo curativo (las cosmovisiones asociadas al cuerpo, la salud y la enfermedad), como un elemento indisociable de una totalidad cultural mayor.

El sentido de tal afirmación solamente puede ser entendido en referencia al proyecto hegemónico de desarrollo que para entonces, veía en la integración nacional, una vía hacia el progreso, por antonomasia la diversidad étnica representaba un obstáculo para la consolidación de este proyecto. Así, la búsqueda de la integración propuesta desde la teoría indigenista, consistía en la substitución de las relaciones étnicas por relaciones de clase, es decir la aculturación de los grupos étnicos, para que en el tránsito hacia una movilidad ascendente, cambiaran su estatus de indio al de mestizo[86] (Hewitt 1988)

Es en este panorama que se apela a lo "popular", como signo que se consolida en el imaginario del proyecto nacional y que refiere en primera instancia a la constatación de una diversidad que es necesario recuperar como elemento componente de la idiosincrasia del mexicano y por tanto como elemento que le da identidad al proyecto vigente de nación, fundamentado ideológicamente en la consolidación de símbolos propios, pero que a la vez es necesario *integrar* a una cultura nacional legitimada como potencial herramienta de transformación en beneficio de lo propio, mexicano.

La política indigenista integradora, en el campo específico de la medicina, entendida como rasgo cultural de una totalidad, se concreta en el ámbito de la investigación antropológica, en el estudio de los patrones que estructuran el conocimiento de la medicina tradicional, con el claro objeto de entender aquello que impide o facilita el tránsito hacia la medicina científica; en este sentido la

[86] "...el indigenismo había propuesto una dicotomía entre casta (o dominio justificado étnicamente) y clase; predominaba la una o la otra y, en la práctica, era la casta la que conformaba el proceso de diferenciación social en las "regiones de refugio" que interesaban fundamentalmente a los indigenistas. Por eso era necesario acabar con la identidad étnica (base cultural de la casta) antes de que las minorías pudieran insertarse en un sistema nacional de clases que les diera la posibilidad de luchar por su liberación" (Hewitt 1988: 168).

investigación se planeaba para introducir programas de salud que repercutieran en un cambio en el sistema de valores, de manera que los ancianos – representantes de la tradición- tuvieran menos influencia y se diera así rumbo libre a las fuerzas progresistas (Viesca 1987)

En este escenario en el que la mirada de la antropología era culturalista, se conforma un nuevo objeto de estudio, el de la medicina tradicional que adquiere identidad diferenciada del anterior – medicina prehispánica indígena. Esta nueva identificación construida desde la investigación instrumentada por el Estado, significó que la medicina era vista como rasgo cultural, manifestación componente de una totalidad sociocultural, diversa y multiforme, que necesariamente debía ser entendida en términos de la interacción con otras manifestaciones culturales y del cambio cultural surgido a partir de esta relación.

Esto significó que el nuevo objeto de estudio, la medicina tradicional, se conceptualizó en el marco de la explicación de los procesos de aculturación, es decir de los patrones de cambio y permanencia que vivían las regiones de refugio en contacto con los núcleos de desarrollo urbano (Aguirre Beltrán 1987).

No sólo en México, sino en un contexto más amplio latinoamericano, la antropología con enfoque culturalista focalizó su atención en el estudio de los grupos étnicos y sus prácticas médicas rituales, así como en lo que se denominaba "enfermedades tradicionales" y la función que los curadores desempeñaban en sus comunidades. Los programas implementados en el marco de las políticas indigenistas, veían a la población de las comunidades como receptores – pacientes- de las acciones diseñadas por los profesionales en el campo de la salud; el antropólogo tenía la labor de encontrar los mecanismos de "acceso cultural" que permitieran librar toda suerte de obstáculos para la implementación de dichas acciones. Es así que se diseña un enfoque dirigido a la población rural, que desde la perspectiva de la aculturación, busca generar un cambio positivo de las condiciones de salud de dicha población.

La alteridad de la medicina hegemónica occidental, científica e institucionalizada vino a ser, una medicina pluriétnica y multicultural producto del encuentro de elementos socioculturales diversos y perfecto escenario de justificación del proyecto de integración cuyo objeto era la conformación de una identidad nacional homogénea, en el marco de un proyecto de desarrollo imitativo y sustitutivo,

fundamentado en un "horizonte cultural" no sólo ajeno al propio, sino excluyente de él (Bonfil Batalla 1991).

En esta misma década se da un giro de perspectiva en los estudios desde la antropología, relativos a la relación entre los grupos sociales y los sistemas de atención a los procesos de salud/enfermedad. Es el auge de las investigaciones etnomédicas, así que los temas visibles van desde las conductas sociales frente al padecer, cómo las poblaciones perciben y actúan frente a sus padecimientos y la función de las redes de apoyo y la estructura familiar en la atención a los procesos mencionados (Osorio 2001)

3.2.4 El enfoque de riesgo clausurado, la paradoja del modelo mixto de atención al parto.

La manera en que este modelo hegemónico operacionaliza la exclusión ideológica de los saberes terapéuticos alternativos, adquiere especificidad en el caso que nos ocupa presentándose de manera contradictoria y compleja: la capacitación a parteras empíricas del Cofre de Perote, es pensada en función de la necesidad de construir una terapéutica mixta de atención al parto, que como vimos, consiste en la integración de elementos de la medicina científica (ahora diríamos hegemónica) a la práctica terapéutica tradicional de la partería y cuya particularidad es la enseñanza de criterios para determinar si un E-P-P son de riesgo.

¿En qué radica la complejidad y contradicción de esta conjunción de elementos?

Pues bien, a pesar de que uno y otro (enfoque de riesgo y terapéutica mixta) fueron pensados como partes integrales del proyecto de capacitación, analizando la práctica de la partería hoy, podemos decir que más bien son pocos los momentos de encuentro entre estos dos elementos.

En esta terapéutica mixta, los elementos que los capacitadores asocian con la "medicina tradicional" y que consideran que no son nocivos, son los que a su criterio deben conformarla, es así que se eligen algunos recursos como el uso de plantas medicinales, el baño de temazcal y procedimientos como atender el parto en la posición que la partera y/o la parturienta decidan.[87] Sin embargo la

[87] Existen registros arqueológicos (Bernardo 2004) que hacen suponer que la humanidad ha sido parida básicamente en cuclillas, el parto vertical ha sido utilizado por múltiples culturas a lo largo del tiempo, es el caso de la Gran Diosa de Catal Hüyük (4000 a.c.), de la península de Anatolia cuyo trono de gobierno es a la vez silla de parto, o Pachamama – Diosa Tierra- que pare en cuclillas y lleva en su frente pintados al sol, la luna y las estrellas, en Mesoamérica se han encontrado esculturas de la cultura azteca, representando a Tlazolteotl – Diosa luna de la tierra fértil, patrona del erotismo, del parto y del destino- pariendo también en cuclillas El parto vertical es reconocido por las parteras como una práctica aprendida de las abuelas ancestrales, que facilita el nacimiento puesto que la mujer tiene más posibilidades de hacer fuerza, aminora el dolor y ayuda a que la cabeza del bebé rote y descienda con mayor rapidez. De hecho la posición

utilización de determinadas plantas medicinales no se escapa de la regulación biomédica, que determina cuáles son eficaces, en qué proporción, el modo de prepararlas y hasta el uso de las que está penalizado.

Lo que tratamos de hacer es ayudarlas a que ellas identifiquen el uso de plantas medicinales, si ya no podemos evitar que lo usen entonces que lo hagan mejor, que identifiquen plantas que son nocivas para descartar su uso, que homogeneicen sus recetas, porque una dice· ponle hierba buena y la otra le dice sí, pero la hierba buena de esta región es una y la de la otra región es otra, que ellas observen la planta en el herbario seco y digan, - ésta de aquí en adelante va a ser la hierba buena y no otra Y también que mediante sus tratamientos no entorpezcan el tratamiento del centro de salud, porque a veces dicen, no ya no les des este suero dale este té y a lo mejor tenga más contenido en sales el suero, entonces lo que tratamos de hacer es,- si, no dejen de usar los tes, pero vamos a ver cuáles son los mejores " (entrevista con la Dra. Edith Rodríguez)

Una práctica constante entre las parteras de la zona es la realización de *versiones* o *manteadas* cuya función es tratar de mover al bebé en la cavidad materna para que se acomode longitudinalmente, es descrita por los capacitadores como nociva:

Las versiones: un foco fetal, un producto que viene atravesado y que forzosamente lo quieren llevar a una posición longitudinal, ¡no, eso no!, porque a lo mejor el cordón... les dábamos esos elementos de lo que puede pasar si alguien manipula al bebe y lo trata de mover, lo que a ellas les puede parecer algo útil, no era tan útil, entonces a través de explicaciones las convencíamos de que no lo hicieran, "esas otras cosas que no tienen explicación científica, a veces ni las sospechábamos. (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz)

Aplicar un enfoque de riesgo para detectar señales de alarma en el proceso de E-P-P, podría decirse que fue[88] uno de los más importantes componentes de la capacitación. Como se vio en la parte referente a los contenidos de la capacitación (del capítulo dos), la totalidad de los temas expuestos en el "manual y libro de trabajo", tenían una indicación final, que catalogaba signos y síntomas

---

supina o de decúbito dorsal – parto horizontal- es una invención de hace pocos siglos, llamada ginecológica porque es la que permite tener una mayor vigilancia y facilita la intervención médica, pero no es natural, esto quiere decir que los músculos perineales pueden desgarrarse con esta posición, además de que tiene un efecto negativo en las contracciones ocasionando un efecto de inefectividad por hipertensión debido a que se oprime la vena cava inferior, al tiempo que puede generar hipoxia fetal (Husson y Yamoni 1980, citado por Zolla y Carrillo 1998). Como menciona Analía Bernardo (2004) a la práctica vertical está asociada la influencia del modelo religioso cristiano, en donde el médico figura como creador· "Es él quien ' saca el bebé del cuerpo de la mujer '," el que lo trae al mundo '. El médico controla controla y dirige el parto mientras que la parturienta es una participante pasiva y asustada que sólo puede mirar al techo de la sala de partos y acatar órdenes sin demasiada conciencia de lo que sucede en su cuerpo ni lo que otros hacen con él" (p 5)

como de riesgo o no. El enfoque de riesgo,[89] consiste entonces en aplicar una seria de información para diagnosticar, pronosticar, interpretar si un síntoma o signo son indicativos de probabilidad de peligro, que pone en riesgo la vida o salud de la mujer y/o de su bebé.

Sin embargo, el sentido de aplicar este enfoque no se restringe a la identificación del riesgo, en segundo término – y de manera especialmente enfatizada en la capacitación- la partera debe remitir a la mujer a la clínica de salud más cercana. La utilización de este enfoque se justifica ya que la detección oportuna, así como el manejo del riesgo, representan una de las estrategias más importantes para una atención prenatal eficiente (García – Barrios *et al.* 1993).

Si el enfoque de riesgo alude a la manera en que debe instrumentarse la información aprendida en la capacitación, o en todo caso utilizarlo debería ser el resultado de haber aprendido una manera de entender lo que es un E-P-P normales (y en lo que consiste por el contrario la enfermedad, el daño, el peligro), de poner en práctica el uso de instrumental para medirlo e identificarlo, de utilizar recursos prefigurados como efectivos para controlarlo, entonces, es que nos preguntamos dónde, en qué momento, *sino aquí*, en esta enseñanza sobre cómo transformar la práctica en función del imperativo de abordar con acierto el riesgo, es que se vincula la construcción de la terapéutica mixta de atención al parto.

Si ésta es precisamente la incorporación de recursos (materiales y de información) provenientes de la medicina institucional, a la práctica (que por tanto se supone fincada en recursos de la medicina tradicional), *¿cómo es que no contemplaron el reconocimiento de la percepción de los factores de riesgo que las parteras habían construido en la experiencia de su práctica tradicional?*

Precisamente hablando del riesgo con las mujeres en las comunidades, había muchas historias que contar, algunas lo asociaban con eclipses, otras con truenos y rayos, otras más con sustos, espantos, con enojos y envidias, con pasar cerca de panteones o presenciar peleas violentas y con antojos: Elsa cuenta que prepara tes para el antojo, "*Para que no aborte, mucha gente no cree en eso pero si*

---

[88] Hoy día también lo es, por lo menos así lo deja ver el programa de capacitación a parteras que promueve los Servicios de Salud de Veracruz y la Jurisdicción Sanitaria No. V, en el marco del programa Arranque Parejo en la Vida.

[89] "De acuerdo con la definición de Last, se considera como "factor de riesgo a todo atributo o exposición asociado con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal directo y puede ser modificado por alguna forma de intervención" (García – Barrios *et al*, 1993.75)

es cierto, bueno yo al menos e visto que a una mujer se le antoja algo y empieza a sangrar, pero se le hace su te y se le quita" (entrevista con Elsa 2003)

Otras más apropiándose del arsenal interpretativo aprendido en los cursos, hablaban de "posiciones pélvicas" y " placenta previa", riesgos en relación con los cuales se ponen en acción estrategias y recursos; para la que ha pasado por un panteón y por esto tiene dolor de cabeza, o vómito, se le hace una limpia con hojas de sauco, ruda y una cabeza de ajo, se le da un té de salvereal con una pildora de éter; para las que se les "agua la boca" por antojo (riesgo que interpretan como una casi segura amenaza de aborto). se les hace un té de guías de erizo (que tiene que ser de casa ajena). hojas de nogal y cordoncillo, una piedra de mar (sal marina) y oro hervido, si aparte presentan sangrado, se les pone en la vagina una toalla empapada de alcohol.

Así mismo la interpretación de la experiencia también se hace aludiendo a su enfoque del riesgo: es el caso de un bebé que cuando nace "como quemado, con rayas como latigazos" o con "vejigas con agua parecidas a ampollas" se debe a que "tronó mucho" (cayeron rayos) cerca de donde andaba la madre antes del parto.

En relación a la pregunta hecha a los capacitadores por si el modelo mixto había contemplado la integración de la noción de riesgo que las parteras tenían, contestaron:

No, esto no lo integramos, esto digamos lo respetamos, también no podemos.. ¿no se cuál podría ser la traducción de un eclipse?, ¿qué efecto produce el eclipse?, a lo mejor un estudio podría decir que los partos se desencadenan con un eclipse, eso no se yo si está probado científicamente, quizá la parturienta empieza a tener más molestia cuando hay un eclipse, pero de eso a que sea realmente un factor de riesgo para el modelo occidental, todavía no esta incorporado, porque ya estaría ahí en la SEC (Secretaría de Educación y Cultura), - eclipse, ¡mándala al hospital!, no es así, pero para ellas sí, eso lo respetamos porque finalmente no daña, lo que no podíamos aceptar es que atendieran partos con uñas sucias, con manos sucias, eso es lo que tratábamos de cambiar, lo que sí pone en riesgo a la mamá y al niño eso sí cambiémoslo. (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz)

Como mencionan Cecilia García- Barrios (*et al.* 1993), quienes llevaron a cabo un trabajo con parteras del estado de Morelos, es de suma importancia conocer la percepción de éstas sobre los factores de riesgo, "con el fin de incorporarlos a programas de salud reproductiva eficaces, en los que se articulen los sistemas institucionales y los tradicionales" (p.74).

Utilizar un enfoque de riesgo, desde la perspectiva de los capacitadores, significa operar con base en determinados criterios científicos, para evaluar un probable resultado; es en relación con este referente científico, que el resto de prácticas son clasificadas:

Ellas no utilizan el enfoque de riesgo y no identifican con tiempo una patología que si te tardas se muere la criatura o se muere la paciente (...), el punto de partida era su esquema de manejo, - sabes que mija, a todas las pacientes hay que tomarles la presión. Las parteras no toman presión, entonces cómo vas a identificar una preeclampsia o una eclampsia, entonces, - ¡a tomar la presión y si encuentras entre esto y esto, me la canalizas inmediatamente, que por fortuna el 90% de los partos son normales, pero ese 10 tienes que saber identificarlo y mandarlo a tiempo y sin que tu pierdas tu identidad puedes llevarlo, es tu paciente no es la paciente del hospital, pero ésta persona, tu paciente, requiere de otro nivel de resolución, tu puedes ir con tu paciente al hospital entrar con ella y en ese momento cederle a tu paciente al doctor, que resuelve el problema y ya te regresa a tu paciente (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz)

La importancia de incorporar la perspectiva que sobre el riesgo tienen las parteras, no se restringe a tratar de hacer coherentes los postulados de la capacitación. Considero que el problema no es solamente el hecho de encontrar que el discurso no es consecuente con la práctica, ni siquiera que entre los propios discursos no se puedan observar vínculos claros. Lo central es que esa percepción del riesgo está directamente relacionada con lo que es la práctica de la partería como recurso para resolver una necesidad de atención.

No observarla, no considerar relevante entender cómo se diagnostica, de qué recursos se disponen, qué acciones y medidas se ejecutan, qué decisiones se toman, qué informaciones se brindan a partir de esta percepción, en referencia a ella, significa reducir, limitar las posibilidades y oportunidades de identificar y reflexionar conjuntamente con las mujeres para las cuales éstas percepciones son significativas, sobre su pertinencia y eficacia para resolver los problemas y necesidades con que se enfrentan en la práctica.

Incorporar esta percepción en efecto significaría construir el puente entre el modelo mixto y el enfoque de riesgo, pero aún más importante, significaría avanzar en el objetivo de que la transformación de la práctica sea producto de la construcción colectiva del conocimiento, de la decisión pensada de modificar los procedimientos y recursos que resulten nocivos, - porque así lo

puedan determinar las propias parteras a través de la reflexión y de la experiencia compartida tanto con sus compañeras como con los capacitadores – y apropiarse de nuevos que resulten acertivos.

En un sentido amplio, esto significaría también la posibilidad de que la transformación de la práctica sea resultado de la reivindicación del derecho a la autodeterminación; "cambiar permaneciendo y permanecer cambiando", implicaría pensar que la práctica de la partería se transforma, impulsada por la capacitación, en un proceso de reflexión significante para las parteras que les da nuevos elementos para pensarla, decidir sobre ella, hacerla más efectiva.

No solamente se desconoce la percepción que sobre el riego tienen la parteras. A pesar de mencionar que en el proceso de enseñanza, "el punto de partida era su esquema de manejo", cuando preguntamos la opinión de los capacitadores sobre las prácticas que las parteras utilizaban, por ejemplo, como método de planificación y/o anticoncepción, dijeron no conocerlas. Estas prácticas son implementadas por parteras que no han recibido la capacitación, pero también por algunas que ya han tomado los cursos.

En el primer caso, la partera mencionó que cuando en el momento del parto, la mujer manifestaba su deseo de "no tener más familia", ella implementaba una técnica que por años le había dado resultados:

En la guía (cordón umbilical) cuando nace el bebé, se va partiendo en cruz los chipotitos, todos esos pedacitos y ya no hay niños, y se quitan de que les rajen la panza. Yo tengo personas con testimonios, de que ya años tienen y no, y por eso todavía muchas vienen aquí, - que si usted nos cura para no tener. Cortando la guía en cruz, principalmente donde están los bodoquillos,... mucha precaución que hay que tener, mucha curia, porque pues uno se chorrea, pero así es, ese ha sido mi trabajo. Eso cuando ya está cortado el ombligo ya el bebé está bañado ya está envuelto aquí ya me voy a dedicar aquí (entrevista con Flor 2003)[90]

A lo que el doctor dijo:

Yo no sospechaba esa práctica de cortar el cordón umbilical ¡qué efecto puede tener para que realmente. .!, Ahí dábamos el consejo, hablábamos con las parteras que muchas eran las auxiliares

[90] Esta es una práctica común en la región indígena de Zongolica Veracruz, ahí el cordón umbilical (*ishihmecayo* en nahuatl), es utilizado por la partera o matrona para saber cuántos hijos tendrá la mujer de acuerdo a la cantidad de nudillos que tenga, así mismo sirve para distinguir el sexo femenino para los blancos, masculino para los negros. Como en Perote, es también común la practica de cortar o pinchar los nudillos como método de planificación familiar (García López s/f)

de salud y responsables de salud de planificación familiar: la señora está en su deseo de no tener más hijos, ¡canalícela al hospital para que tenga su salpingoclasia¡, eso lo comprendían fácil las parteras, por eso buscábamos una generación de nuevas parteras, no con esto tipo de vicios o de mitos o de magias, que en el caso del cordón umbilical a lo mejor era dañino porque esa señora iba a volver a tener hijos, no por el hecho de cercenarlo no va a tener, no eso no, sabemos que no es verdad, para ellos sí, pero para nosotros en la realidad no era, no es que fuera otra verdad es que es la realidad (entrevista con el Dr. Pedro Múzquiz)

Lo que quiero cuestionar con esto, no es el hecho de que el método de anticoncepción utilizado por la partera sea efectivo o no, (cuestión que me parece de suma relevancia considerando que la mortalidad materna está fuertemente vinculada con los altos índices de paridad), sino las repercusiones que tiene por una parte, que quienes diseñaron la capacitación no conozcan estas prácticas, en parte debido a que no se realizó ningún diagnóstico que permitiera reconocer cómo se practica la partería en las comunidades y segundo, que al dar preponderancia a la capacitación de parteras de nueva generación – que no tiene los "vicios" de las parteras grandes – no se aborda uno de los problemas principales que justifica los proyectos de este tipo, que es mejorar la calidad de la atención al E-P-P.

Una vez más, discriminar actores y prácticas *a priori*, porque no son susceptibles de ser modificados según el criterio científico, no permite avanzar en el propósito de lograr que las mujeres que se atienden con las parteras, puedan recibir un servicio que no ponga en peligro su vida ni la de su bebé. Entendemos que el objetivo de la capacitación no es la transformación de la práctica *per se*, sino que ésta transformación se traduzca en una mayor oportunidad para las mujeres que de ella se benefician, de que su E-P-P se desarrolle en condiciones de seguridad y que en caso de presentar problemas pueda ser remitidas a instancias de resolución efectivas a ese problema.

Conocer este tipo de prácticas, les hubiera permitido a los capacitadores tener un panorama más completo de las necesidades y los recursos de la partería en el contexto en el que se desarrolla. Pero sobre todo habría significado considerar a las parteras como agentes de su propia transformación, en donde lo relevante fuera su propia voz, que refiere experiencias, sentires, necesidades, y en donde la transformación de su práctica fuera el resultado de la reflexión conjunta.

¿Qué ocurrió en ese proceso, que algunas parteras aún habiendo recibido la capacitación, mantuvieron elementos que en ésta se han desacreditado?

Lo que hemos visto en la comunidad, es que el proceso de incorporación de los nuevos conceptos, informaciones, recursos, instrumentales etc. que ofrece la capacitación, se facilita si son significativos a las parteras; si en el proceso de aprendizaje no hay claridad, ni comprensión, es difícil que las mujeres decidan incorporar estos nuevos elementos. Una posible respuesta es que esto está relacionado, con que su manera de construir el conocimiento relativo a la partería, se ha dado empíricamente. Mirna me explica: *son muchas las experiencias que tengo, que me han enseñado mucho, también mi trabajo, son cosas que hago, que veo que me dan resultado, que todo sale bien y a la otra digo, - ¡pues así hago¡*

Si ante una señal que en la capacitación ha sido identificada como indicativa de riesgo, por ejemplo, la "presentación podálica o pélvica" (de nalgas o pie), la partera ha logrado que un parto termine sin mayor complicación, esta experiencia será una referencia, para decidirse a atender otro similar. Este es también el caso de Carmela que dice:
Si no estaba de acuerdo con la información , de todas maneras aceptaba lo que ellos decían, más no lo hiciéramos nostras (entrevista con Carmela 2003)

La decisión de Carmela de "aceptar" más no incorporar a su esquema de trabajo la información recibida durante la capacitación, es una constante no sólo entre las parteras de la zona sino también entre parteras indígenas y mestizas de otros estados como Oaxaca. Una investigación hecha con parteras del Istmo de Tehuantepec concluye que la reticencia de éstas de canalizar a las mujeres a las clínicas se debe a que no comparten los conceptos y las acciones que son presentados en los cursos de capacitación, debido a que son ajenos a la lógica que sustenta la justificación del parto como un proceso normal, no patológico como lo quiere representar la perspectiva hegemónica de riesgo (Sesia 1992)

En este sentido la ineficacia de los cursos de capacitación –medida con el criterio de la aplicación del enfoque de riesgo- se debe en parte a que se da por sentado que la partera comparte los supuestos lógicos sobre la causalidad de la enfermedad en el E-P-P, y sobre la finalidad de las acciones que prescribe el modelo biomédico. Dado que se supone la suficiencia de la exposición de los conocimientos y nociones sobre riesgo, cuerpo, salud, enfermedad, no consideran necesario

siquiera indagar la racionalidad bajo la cual opera la partera para incidir en los procesos reproductivos.

La potencialidad de implementar un modelo mixto con una perspectiva multicultural de la atención de la reproducción, se ve mermada debido a que no se hace un trabajo sistemático de análisis de la práctica tradicional de la partería con las actrices que son sus protagonistas. Acciones como la "manteada", por ejemplo, cobrarían un significado muy distinto si se indagara el papel que tiene como recurso para resolver un problema que, desde la perspectiva de riesgo de las parteras, constituye uno de los obstáculos más severos para atender un parto. Pero esto implicaría el reconocimiento profundo de que los saberes que estas mujeres han construido a lo largo de su vida obedecen a una manera de entender el funcionamiento del cuerpo, cómo acaece la enfermedad y cómo es factible recuperar la normalidad.

CAPÍTULO 4. PARTICIPACIÓN, INTERVENCIÓN Y RESISTENCIA

> "(...) la defensa contra la función dominadora de una cultura ajena no consiste en el regreso a una forma de vida "propia" que nos distinga frente a ella, sino en el ejercicio de la decisión y la razón personales tanto teóricas como prácticas. Pretender superar una forma de cultura "imitativa" con el regreso a lo "peculiar" puede conducir, en cambio, a otras formas ideológicas de dominación, al reforzar estructuras de opresión internas"
>
> (Luis Villoro 1999)

¿Qué se entiende con participación?, ¿Por qué está tan presente en los discursos del desarrollo dirigidos a las mujeres a partir de mediados de los setenta?, ¿Cómo se vincula con la promoción de proyectos de salud dirigidos a mujeres rurales?, ¿qué capacidades deben ser generadas mediante la participación?, ¿qué papel deben jugar los actores rurales en los procesos de participación comunitaria y cuál los actores externos, institucionales o no, que buscan promoverla?

Estas y otras preguntas están a la base de la reflexión de este último capítulo, cuyo objetivo es analizar el proceso de participación comunitaria que busca ser inducido en el proyecto de capacitación a parteras rurales del cofre de Perote.

4.1 Participación como intervención

Didier Fassin (1999) propone una tipologización de la participación con base en el análisis histórico de prácticas de participación en el campo de la salud, de la que recuperamos dos ideas centrales que convergen en la problematización de la noción de riesgo.

Por una parte la modalidad de participación que él describe como *populismo,*[91] apela a la adhesión de valores, normas, conductas por parte de un colectivo o de individuos, es decir presupone que la participación es una acción que debe tender a poner en contacto a la población con el desarrollo. Sin embargo también presupone que esta participación se objetivará en la movilización en masa, cuyo artífice "habla del pueblo, para el pueblo y en lugar del pueblo" (Diedier Fassin 1999: 52)

Una acción característica del populismo es la modificación de los comportamientos de riesgo y la adopción de nuevas medidas de protección en el ámbito de la salud.

Por otra el *comunitarismo,*[92] fundamentado en la idea de que la comunidad tiene como vínculo primordial la adscripción conjunta a un territorio, cultura, religión, entiende que el campo de la salud también puede representar un elemento identitario. La participación que se basa en esta concepción de comunidad, explica que su unidad puede derivar de la noción compartida de riesgo sanitario; frente a ella se sitúa a distancia, posicionándose en la postura que pretende monopolizar la propuesta de soluciones. Es por esto que el autor menciona que el comunitarismo es una construcción ideológica que se basa en el supuesto de la búsqueda de consenso.

Una y otra permiten apuntalar la discusión sobre la participación como práctica de intervención; la primera modalidad de participación quebranta una normatividad al imponer otra extrínseca, busca implantar nuevos marcos de comprensión y sentido, de validez y legitimidad. En este sentido es confrontación entre formas de vida establecidas, perturbación de la normatividad instituida, que en ocasiones la desconoce o la transgrede, hace admisible lo inadmisible (Mier 2002) Este irrupción que puede significar la participación como intervención, tiene como impronta la confrontación con lo *otro,* que deviene en confirmación de la asimetría en tanto se traduce en enrarecimiento de la propia forma de vida.

La definición de lo otro – de las prácticas y percepciones sobre el riesgo- que es necesario modificar, por lo menos desde el planteamiento que Didier Fassin (1999) expone, tiene como

[91] D. Fassin (1999) menciona que un ejemplo histórico de la participación en salud entendida como movilización, o populismo es el caso del estado de la salud pública en India durante el gobierno de Nehru quien promovió el Programa de Movilización de masas de 1950- 1952, así como el Quinto Plan de Indira Ghandi en los setenta, de formación de médicos tradicionales para transformarlos en "médicos descalzos" y la polémica política de reducción de la natalidad mediante la utilización de métodos coercitivos para imponer esterilizaciones en nombre del interés colectivo

[92] Resulta operativo a los agentes del desarrollo, menciona este autor, la descripción idealizada de la comunidad, en tanto retoma la "ideología del Desarrollo Social" que ha servido como sustento de la política colonial desde los años treinta y retomada en los noventa por el Banco Mundial en los planteamientos sobre "Desarrollo Humano".

referencia la normatividad que promueven los interventores; hay una valoración en esta convocatoria al cambio, que señala a quienes no se adhieren al proyecto de transformación de los comportamientos de riesgo, como no participativos en los proyectos de desarrollo comunitario. El criterio de participación y de normatividad lo estipula, no la propia comunidad como proceso de reflexión conjunta sobre sus necesidades y los recursos para resolverlas, sino quienes intervienen, adjudicando un estatus inferior a las otras definiciones que no convengan y encajen en la propia definición.

Cuando se presupone que la participación debe contribuir o en todo caso debe tener como resultado, la transformación de las prácticas y las representaciones en torno al riesgo, al riesgo durante el embarazo, el parto o el puerperio por ejemplo, o lo que significa lo mismo la incorporación de una nueva concepción de este, entonces se está caminado en este sentido. Pero esto lo analizaré más adelante.

En el otro sentido (el de la modalidad de participación que se basa en la ideología del comunitarismo), la percepción de que existe una noción de riesgo homogénea que sirve como anclaje para definir la unidad de la comunidad, implica el desconocimiento del contexto del que emerge esta noción, es decir el desconocimiento de la adscripción social del conocimiento y las prácticas de riesgo. Ni la comunidad es homogénea ni la percepción que los diferentes actores tienen del riesgo.

Esta postura impide ver las relaciones de poder y conflicto inmanentes tanto a los grupos sociales, como a los saberes que producen como respuestas social y culturalmente condicionadas, postura que era característica de los programas de Atención Primaria a la Salud que enfatizaban la dimensión de consenso, anteponiendo lo que tienen en común las poblaciones y omitiendo lo que las opone.

En este sentido es que se habla de la participación como intervención en tanto se adjudica la potestad de nombrar a lo otro, la comunidad homogénea, en función de una necesidad de crear consenso y legitimidad a cerca de la propia noción de riesgo.

Por el contrario la propuesta teórica que se desarrolla a lo largo de esta tesis, es la de entender las prácticas relativas a la atención al embarazo, parto y puerperio, no como fenómenos puros,

unívocos e inmutables, sino como respuestas construidas y significadas por los actores, que son dinámicas y pueden tener múltiples referencias sintetizadas, provenientes o no de la biomedicina hegemónica, pero que también son susceptibles de ser transformadas, resignificadas, ideologizadas, o pueden desaparecer.

Así mismo la interpretación que del riesgo elaboren los conjuntos sociales que componen una comunidad estará mediada por la posibilidad de acceso a servicios de salud, por la propia historia de vida con relación en experiencias exitosas o dramáticas en la resolución de problemas que lo impliquen, por la eficacia reconocida y comprobada de los recursos de que se disponga social, cultural y económicamente, e incluso por el estatus que se ocupe en la sociedad a la que se pertenece, así en esta interpretación intervendrán también elementos de orden genérico, étnico, generacional etcétera.

La estipulación de la disociación entre las nociones de riesgo (la de la comunidad y la de quienes intervienen en ella para modificarla), tiene como propósito despolitizar las prácticas asociadas a ésta, al crear una dicotomía artificial, nosotros frente a ellos, como si en principio no hubiera diferencias internas entre las percepciones que los actores "comunitarios" tienen del riesgo, pero sobre todo como si estas percepciones, conocimientos, prácticas no fueran hechos sociales, resultado de procesos históricos, culturales, económicos.

Este reconocimiento de que las prácticas que se despliegan para enfrentar el riesgo y por tanto los saberes y conocimientos relativos a éste, tienen como andamiaje el contexto del que emergen, es el punto de partida de un enfoque constructivista.

¿Por qué es tan importante problematizar el concepto de participación en la presente investigación? Una primera respuesta se asoma en la lectura de los capítulos en los que veíamos que el proyecto de capacitación a parteras tradicionales del Cofre de Perote se inscribió en la propuesta conocida como Atención Primaria a la Salud, cuya estrategia de trabajo medular era la participación comunitaria. La especificidad de esta propuesta y la reinterpretación que las parteras hicieron de ella la analizaremos en las siguientes páginas.

Una segunda respuesta, trasciende los límites espacio temporales del estudio de caso con las parteras del Cofre, lo trasciende en tanto el análisis no se circunscribe a su particularidad, sin

embargo lo alude; la relevancia de discutir la participación se sustenta en el imperativo ético de revisar el papel que tenemos los "externos" en la promoción de proyectos de desarrollo rural. Para cerrar con broche de oro, las últimas páginas de esta tesis indagarán posibles veredas por donde transitar en ultramar.

I. La participación promovida en el proyecto de capacitación a parteras rurales comparte algunos elementos de las modalidades mencionadas, comunitarismo y populismo. ¿Cómo interpretar esta afirmación a la luz de una perspectiva que permita observar qué ocurre en los actores comunitarios y sus prácticas, a consecuencia de verse inmersos en estos procesos de participación?

La primera afirmación se sustenta en la siguiente reflexión: la capacitación para la conformación de una terapéutica mixta de atención al embarazo, parto y puerperio busca que las parteras modifiquen su práctica, transformen su concepción del riesgo, es decir su concepción de salud, enfermedad y atención (medidas y recursos que deben ponerse en acción para atender posibles situaciones de peligro). Este cambio en las percepciones debe objetivarse en la incorporación paralela de nuevas modalidades de atención y por consiguiente en una nueva percepción de las causas que pueden significar riesgo, los síntomas y signos para observarlo y los recursos y terapéuticas para controlarlo.

Participar desde la concepción de los capacitadores, significa en este sentido, que las parteras transforman prácticas y representaciones; el espacio privilegiado de participación – desde esta perspectiva - serían el aula y el hospital en el que realizan las prácticas durante las semanas de capacitación y no la comunidad, aunque paradójicamente en el discurso institucional el desarrollo comunitario aparezca como consustancial a la participación.

Es en el aula donde las parteras tienen "acceso" a la información que confronta la propia práctica, acceso restringido en razón de las condiciones mismas en que se pretende la transmisión de conocimientos y en las que se desarrollan las dinámicas pedagógicas y educativas, es en el aula y en el hospital donde hay mayor control institucional, donde la sanción se ejerce con mayor precisión.

Al respecto comentaba Rocío que las clases recibidas eran especialmente difíciles para las parteras analfabetas que de pronto tenían que tomar sesiones teóricas de 5 a 6 horas, ellas preferían sentarse en la parte de atrás del salón y callar. Ella recuerda con especial claridad el silencio generalizado,

que en ocasiones era interrumpido por alguna pregunta del doctor o doctora que exponía los cuerpos y sus cavidades, órganos, funciones y disfunciones, fluidos y membranas, que buscaba la confirmación de una respuesta antes anticipada en su propia exposición.

En la última capacitación recibida (2003), esta dificultad se incrementó puesto que el manual que debía servir de apoyo didáctico no fue entregado sino hasta el final de la capacitación, así que se canceló el recurso que pudo haber servido como referencia para que las mujeres analfabetas entendieran a través de las ilustraciones a qué se referían los doctores con los conceptos médicos expuestos en la clase.

También cuenta ella, que en esta última capacitación había una partera "muy terca" que osaba contradecir a los doctores, diciéndoles que ella en su experiencia atendiendo partos había aprendido a resolver problemas que en ese momento ellos decían que no se podían resolver más que en el hospital, también opinaba que el riesgo era diverso y no se manifestaba sólo en hinchazones y hemorragias, ella por su parte podía reconocer múltiples signos que lo aludían y frente a los cuales tomar medidas.

La partera "terca" era desmentida rápidamente por el doctor, quien se reía de males de ojo y antojo, apuntando la necesidad de que se entendiera que ellas estaban ahí para aprender el conocimiento verdadero, liberador de magias y supercherías. La anécdota de la partera "terca" circuló por los demás grupos y fue utilizada por los coordinadores de esa capacitación para desalentar al colectivo de insurrección, advertirle que no se atrevieran a hacer lo mismo porque desencadenarían la furia, o en todo caso la risa de los capacitadores.

La comunidad es también en otro sentido susceptible de ser utilizada como espacio en el cual poner en marcha una serie de mecanismos ideológicos para conseguir que las parteras modifiquen su práctica. El acercamiento cotidiano permitió a los capacitadores conocer algunos de los marcos de referencia normativos y reflexionar sobre la importancia de referirse a ellos para hacer efectivo los cambios que buscaban inducir. El caso que mencionábamos anteriormente sobre el aborto, es representativo de esta situación. Abortar es una práctica que está sancionada por la iglesia católica, religión a la que pertenecen la totalidad de las parteras entrevistadas, conociendo el peso que ésta normatividad tiene para las mujeres con las que trabajaban, los capacitadores se valían de argumentos moralistas para disuadirlas de involucrarse en algún aborto.

En este caso no se buscó que las parteras se adhieran a una normatividad estipulada en la intervención, porque los propios capacitadores compartían esos esquemas normativos, lo que ocurrió en el caso específico del manejo del tema del aborto, es que se reforzó la norma moral que estaba a la base de la toma de decisión de la partera.

Esta intervención no tenía como trama la confrontación entre los grupos, por el contrario se buscaba fortalecer los sentidos y las normatividades reconocidas por los capacitadores como el móvil de las prácticas frente al aborto.

El reconocimiento que hace la institución de la importancia de valerse de referentes significativos a los actores para generar consenso sobre ciertas prácticas, también es observable en la manera de abordar el vínculo entre género y salud. Los roles que determinan que las mujeres deben hacerse cargo de la salud de la familia y de la comunidad, son valorados en la capacitación de manera positiva. Esta valoración externada explícitamente ha permitido que en muchas ocasiones las parteras resignifiquen su papel también de manera positiva; el reconocimiento público que implica la capacitación ha tenido un efecto en la percepción que ellas tienen de su persona y de su práctica. A esto se suma que en la comunidad las parteras capacitadas son asociadas más con el trabajo de los doctores que con el del resto de parteras no capacitadas y esto lo perciben ellas como una responsabilidad cuya génesis es el hecho de ser mujeres.

El reconocimiento público que hace la institución respecto a su labor es focalizado en este aspecto participativo: quienes participan son quienes deciden ir a la capacitación, no quienes estando en ésta transgreden y cuestionan su curso y sentido; quienes participan son aquellas que colaboran con el proyecto, quienes se integran a él en los términos que éste estatuye, quienes en su interpretación convergen con los horizontes simbólicos y de acción de éste.

La recompensa *simbólica* de participar en los términos que la institución ha esgrimido, es la posibilidad de pertenencia al colectivo de parteras. Puesto que en el imaginario de quienes idearon el proyecto de capacitación, la participación está estrechamente vinculada con la noción de desarrollo comunitario y con el componente de salud, en tanto se explica aquella como una estrategia para construir vínculos intergrupales, que permitan dar continuidad a los proyectos generando "la sensación de necesidad del otro", como dijo el Dr. Pedro Múzquiz. El

reconocimiento de una identidad cuyo eje es la práctica de la partería, se articula en este horizonte; se es "partera peroteña" en tanto se orienta el trabajo comunitario a la satisfacción de determinadas necesidades que pueden ser resueltas a través de la participación.

Así como hacer parte del colectivo, o involucrarse en el resto de proyectos de trabajo comunitario como, hortalizas, vivienda, letrinas etc. le significa a una partera prestigio, no hacerlo, no responder a la convocatoria de la capacitación es interpretado en términos radicales como ir en sentido contrario al desarrollo. Dice uno de los capacitadores que la comunidad debía entender "que su desarrollo era de ellos", que ellos eran "generadores y dueños de su desarrollo" y por esto la importancia de construir redes sociales donde fluyan los conocimientos y el apoyo. La renuencia a participar en estos términos, es descifrada como gesto de "terquedad", "miedo", "rezago" y se traduce en la imposibilidad de acceder al reconocimiento público, institucional y comunitario y en la sanción que señala y discrimina.

En esta misma mira, la participación se plantea como la adquisición de nuevas responsabilidades frente a la comunidad pero también en el espacio privado de atención, el parto. Si bien la institución se ufana de promulgar una percepción progresista de la enfermedad que contempla la dimensión social para entender su causalidad - no tan sólo la biológica -, contradictoriamente en la práctica adjudica nuevas responsabilidades a la partera capacitada equiparándolas con la participación. Es decir, quienes participan son para la institución, quienes asumen la responsabilidad de dirigir su práctica con base en las coordenadas que ésta estipula, por el contrario quienes no modifican su práctica, no son consideradas participativas mucho menos responsables.

Un ejemplo de esto es lo relativo a la higiene, cuya ausencia es considerada factor de riesgo y en donde la enfermedad es explicada por los malos hábitos de la partera (o de la parturienta) y no por las condiciones infraestructurales de la comunidad en la que el parto se da (como la falta de servicios) o la carencia de instrumentos y/o recursos para la esterilización del material. Si ocurre alguna enfermedad a la que esté asociada la falta de higiene, la partera será la responsable de esta ante el personal médico o la institución a la que se remita a la mujer.

Por su parte las parteras comentan y cuestionan esta situación poniendo sobre la mesa la relación entre discurso y práctica: recuperan de la memoria, para ilustrar la reflexión, vivencias en que han tenido que atender en un mismo día varios partos, incluso hubo quien platicó de dos partos ocurridos casi al mismo momento, uno en la cama y otro sobre unas cobijas en el suelo, con la

constante de que las mujeres les llegaban "a la mera hora" sin siquiera haber venido a alguna consulta prenatal; ahí no hay instrumental que alcance ni asepsia que se logre. De la totalidad de las parteras conocidas ninguna tiene dos equipos de instrumental para atender esos casos. Si bien ellas reconocen y consideran de gran importancia tomar medidas de higiene como lavarse las manos, ponerse guantes,[93] lavar la vulva de la parturienta, utilizar material esterilizado, atender el parto sobre sábanas limpias y utilizando ropa (de preferencia bata) limpia, etcétera, esto a veces no es posible por condiciones que no están a su alcance resolver. Así como hay claridad al respecto, también la hay sobre la injusta descalificación que sobreviene cuando la partera no cumple con la expectativa que sobre responsabilidad y participación se tiene.

Pero también este sentido de participación se despliega en espacios de interacción en los que no está presente el grupo de capacitadores. Al respecto ellos comentaban –de manera un tanto ambigua-, sobre el caso de una partera que fue rechazada y descalificada por el colectivo de las parteras capacitadas por motivos no muy claros pero que tenian que ver con alguna característica específica de su práctica no aprobada por la comunidad de parteras, por la cuál ella sale del grupo por varios años. Lo que resulta interesante resaltar es que en este periodo la mujer se enferma de una miomatosis así que tiene que operarse el útero, esto es interpretado –según los capacitadores- por el colectivo de parteras como un "castigo de Dios" relacionado con la transgresión de su práctica de la partería. Solamente cuando ella reconoce esta causalidad y la rectifica, modificando aquello reprobado por el grupo, puede insertarse de nuevo en él.

Esta "enfermedad de mujer" es interpretada por la capacitadora que las adoctrinaba respecto a las repercusiones morales – "ofensa divina", decía -, del aborto, como un símbolo que refiere la sanción social de la transgresión como mujer, pero que se expresa en un ámbito significativo de la partera que le confiere identidad en la comunidad, que es el grupo de las demás parteras capacitadas. Finalmente haber recibido los cursos, les representa la adquisición de estatus social y por tanto, un mecanismo de exclusión es sacarla de tal grupo. El cuerpo de mujer, el útero "castigado" es utilizado como símbolo de exclusión y sanción genérica.

La norma como posibilidad de acción, como horizonte simbólico más que como realidad material, surge en la experiencia del intercambio, se hace necesaria para la misma existencia de esos vínculos

[93] Una de ellas señaló que "se había dado cuenta" en la última capacitación recibida que uno de los rasgos distintivos entre las parteras de mayor edad frente a las más jóvenes (grupo dentro del cuál ella se consideraba) era precisamente la utilización de guantes en el trabajo de parto.

entre los sujetos, sin embargo sus fundamentos, las restricciones y límites que estipula tienen efectos diferenciados en las diversas situaciones sociales (Mier 2002)

Así como la idea de participación entendida como consenso se promueve en la intervención y se despliega en los espacios mencionados, existen también espacios e interacciones donde esto se quebranta, se subvierte. En ellos es posible que los sujetos reconozcan y resignifiquen los procesos normativos, es decir que las acciones y representaciones no están condicionadas por estos. Al contrario, los sujetos pueden transformar la norma, cuestionarla y adaptarla a la particularidad de la experiencia diaria.

En el caso de algunas de las parteras entrevistadas, los espacios privilegiados donde esto ocurre son en los que hay posibilidad de compartir la experiencia con otras parteras.
Uno de ellos era el albergue en el que se quedaban cuando tenían que salir de sus comunidades a recibir la capacitación, como mencionaba una de ellas, los "diálogos de albergue" les permitían construir un espacio de cuestionamiento que no era posible que se diera en la jornada matutina de trabajo en el aula. La información teórica recibida en la mañana era discutida, traducida al lenguaje conocido en las noches, en la privacidad del albergue, donde no había miedo de reconocer que no se habían entendido algunos temas, que no se estaba de acuerdo con otros, o de hacer las preguntas que en la mañana habían sido escondidas por el temor a la burla y a la descalificación.

Así el albergue representaba una oportunidad muy valiosa para convivir con parteras de diferentes comunidades, conocer su experiencia, hacer juntas la evaluación del día de trabajo, exponer dudas y manifestar desacuerdos. La convención de riesgo expuesta en la clase era reflexionada a la luz de elementos que desde el punto de vista de las parteras no eran considerados por los doctores. Estos elementos tenían que ver con la posibilidad de tener acceso a recursos y medios para hacer efectiva la decisión de no atender un parto en virtud del riesgo que representaba, o con la problemática en la toma de decisiones respecto a atenderse por partera o en un hospital, que en general era monopolizada por las parejas masculinas y no por la mujer que se encontraba en riesgo.

Frente a esto compartían "trucos" que les habían servido en el difícil esfuerzo por intentar generar un cambio de actitud en los compañeros de las parturientas. Esta reflexión conjunta acerca de la dimensión de género como un elemento crucial en la existencia de riesgo durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, se acompañaba de experiencias varias; a veces se concluía que era

necesario, sino indispensable para promover ese cambio, que los varones entraran al momento del parto, que tuvieran la oportunidad de acompañar en el dolor físico, observar la metamorfosis del cuerpo hinchado, ensangrentado, abierto, e incluso en peligro de muerte, involucrarse recibiendo la nueva vida naciente, cortando el cordón umbilical o simplemente sirviendo como apoyo para hacer fuerza. Cuentan las que así lo vivieron, que la experiencia permitió que los hombres se sensibilizaran frente al dolor de sus compañeras, frente al temor de perderlas. En una ocasión a una de las parteras le tocó presenciar un diálogo en que el hombre impresionado por el reciente parto, trataba de convencer a la mujer de no tener más hijos, en sentido contrario a lo que aquella estaba acostumbrada.

Además en este espacio se compartían "recetas" de tés medicinales, técnicas de manteado, hasta sugerencias sobre cómo construir una incubadora en plena sierra[94] y experiencias para resolver aquello que la capacitación instaba a que no lo hicieran las parteras, como la atención de los partos "pélvicos", la utilización de oxitocina, pero que no decía a que otra posibilidad de acción podía recurrirse que no fuera trasladando a la paciente a un hospital.

Los temas que en el aula eran tabú, en el albergue se hablaban y reflexionaban en conjunto, la norma frente al riesgo, frente al aborto, frente al uso de recursos medicinales no reconocidos por la medicina hegemónica, frente a la concepción de salud y enfermedad, frente a la manera de entender la participación, eran resignificados, era cuestionado su carácter de obligatoriedad.

Como decía anteriormente presuponer que la participación debe objetivarse en la modificación irrestricta, incuestionada de las prácticas en torno al riesgo o al aborto por mencionar sólo dos casos ya discutidos, o en la aceptación de una normatividad legitimada desde las coordenadas institucionales, significa orientar el sentido en dirección al planteamiento del populismo, puesto que a la base de esta asunción se erige un principio de coacción que va en sentido contrario al de autonomía.

Sin embargo es de gran importancia señalar que la adopción, modificación, transformación de las prácticas en virtud de la apropiación de elementos culturales "ajenos", como pueden ser una nueva manera de construir los diagnósticos o pronósticos frente a la enfermedad, no significa

[94] En una caja de cartón con periódico adentro se coloca la bebé envuelto en cobijas, alrededor de la caja se colocan botellas llenas del agua recién salida del nixtamal

necesariamente la sumisión, o enajenación a los dictados heterónomos impuestos en la capacitación (Villoro 1999)

Esto plantea un debate no poco trascendental; retornamos al planteamiento que atraviesa la reflexión primera y primaria de esta tesis y que enfatiza la dimensión de la autonomía, de la posibilidad de autodeterminación, de elección, de decisión sobre los contenidos de la práctica de la partería.

La discusión sobre la injerencia que la capacitación pueda tener o no en este proceso, deberá ser referida, calibrada con base en ese sustancial indicador ético - en tanto se erige sobre los principios de libertad y de responsabilidad - que es la autonomía como potencial emancipación de los actores y sus prácticas.

Preciso entonces, construir capacidades autónomas en los sujetos no implica abstenerse de incorporar, recuperar técnicas, herramientas, nociones cuyo marco de explicación y sentido podrían resultar ajenos o extraños, implica la posibilidad de ejercer el derecho a la libre decisión, a la determinación de las necesidades y consecuentemente, de las disposiciones que harían factible su resolución.

Solamente cuando se ha ejercido el derecho a la libre decisión de la voluntad, propiamente se puede hablar de responsabilidad, es decir la responsabilidad implica actuar con base en una decisión tomada que a su vez implica haber podido elegir entre dos o más opciones. (Sánchez Vázquez 1998)

No es contradictorio con los principios de autonomía vistos de esta manera, la incorporación de nuevas racionalidades, concepciones, instrumentos etcétera a la práctica de la partería, si esto a sido como producto de la libre decisión, de un acto volitivo del cual en efecto los sujetos se pueden responsabilizar en tanto están haciendo de sus prácticas lo que ellos desean, lo que consideran es lo pertinente para resolver un necesidad que a la vez es establecida desde los parámetros de su experiencia, elección que es posible en tanto han tenido la opción real de escoger entre una serie de alternativas accesibles cultural y socialmente.

En otro sentido, se ha dicho también que la participación que promueve el proyecto de capacitación a parteras comparte rasgos con la tipología del comunitarismo mencionada antes.

Desde esta perspectiva, decíamos, se homogeneiza una comunidad en tanto se la identifica con una noción de riesgo o en todo caso con una manera específica de ejecutar una práctica. El sentido de crear tal artificio es similar al del populismo, crear consenso.

Es también en el aula y en la comunidad donde se despliegan preferentemente los discursos que tienen como propósito la diferenciación valorada de las prácticas. Ahí es donde se prescriben comportamientos frente al riesgo, recursos, diagnósticos.

Sin embargo esa experiencia de confrontación tiene un efecto no esperado por los capacitadores. La posibilidad de verse confrontadas con una serie de informaciones sobre la atención al embarazo, parto y puerperio, ha repercutido en la consolidación de potencialidades de reflexión y de crítica sobre la propia práctica. Este proceso ha sido diverso y ha tomado caminos múltiples en las mujeres parteras. En ocasiones les ha permitido pensar en cuestiones antes no contempladas, en otras les ha permitido observar su práctica teniendo como referencia el ideal que patrocina la institución. En otras esa confrontación ha fortalecido la capacidad crítica incluso con la propia normatividad esgrimida por la institución.

Esta capacidad de autorreflexión se potencia en la experiencia de confrontación con la alteridad representada por los médicos y su práctica hegemónica. En charlas con las parteras es posible percatarse que los niveles de reflexión son variados, algunas de ellas son capaces de identificar los mecanismos utilizados por la institución tanto para generar consenso como coerción. Un ejemplo de esto último es referido por una de ellas que recuerda la peculiar manera de disuadirlas de utilizar criterios de riesgo que no concordaran con los expuestos en la capacitación, decía que les "metían miedo", amenazando con investigar a la partera cuya mujer atendida llegara al hospital. La advertencia se extendería a los médicos de las localidades que estarían en sobre aviso de las parteras que expusieran a sus mujeres a situaciones de riesgo.

La certificación de la práctica de las parteras capacitadas se instrumenta en el hecho de que el registro civil de Ayahualulco solamente reconoce como válidos los certificados que expiden éstas, no el resto de las parteras no capacitadas. Esta situación era interpretada por las parteras de la comunidad como algo que las separa, que marca una diferencia social entre las que sí pueden expedir el documento y las que no. Las rivalidades emergentes a raíz de la capacitación entre ambos grupos de parteras se expresan en la percepción que cada uno tiene de la práctica del otro.

Estando en el registro civil de Ayahualulco me pude percatar que en efecto no reciben los certificados que expiden las parteras que no han recibido capacitación y al preguntar sobre este asunto a una partera que sí había recibido los cursos, dijo que era común que algunas parejas después de haberse atendido el parto con una partera no capacitada la fueran a buscar ofreciéndole dinero a cambio de que ella expidiera el documento del nacimiento de su recién nacido.

El espacio privado donde ocurren los nacimientos, que por lo general es una habitación contigua a la propia vivienda de la partera y el espacio compartido en el albergue son espacios de resistencia, espacios de reflexión pero también de acción, donde la normatividad impuesta es concientizada, donde se socializa la reflexión acerca de las prohibiciones que connota, las exclusiones que institucionaliza.

El albergue es también el escenario donde se refrendan vínculos, se construyen "madrinazgos". Fue ahí donde Rocío conoció a la partera de Xico con lo que construyó un vínculo tan cercano que le pidió que atendiera su propio parto que ocurriría 5 meses después.

Es de frente al reto que les representa atender los partos en las condiciones de precariedad y pobreza, que se decide hacer uso o no de los insumos de la capacitación: Rocío dice al igual que Mari que hay casos en los que sí se puede atender un parto pélvico, sus experiencias se lo han demostrado a pesar de que desde el enfoque de riesgo institucional se diga lo contrario, si el bebé no es muy grande y si no tiene "circular" se puede maniobrar para intentar modificar su posición y recibirlo a la vida.

4.2 Haciendo camino al andar

> "La creación de autonomía, finalidad de toda intervención éticamente fundada – si seguimos a Castoriadis- no aspira ni al apuntalamiento de identidades, ni a la fijación de la imagen de una totalidad cerrada de los procesos sociales. La intervención tiene como única alternativa ética el acrecentamiento de la autonomía de los sujetos sociales en un campo instituido" (Mier 2002)

Indagar sobre el papel de los acompañantes externos en los procesos de desarrollo rural, sobre las estrategias adecuadas para construir vínculos con la comunidad, para saber cuándo, cómo y en qué proceso intervenir significa plantearnos la discusión por lo menos en dos planos de análisis: uno ético, otro político.

La perspectiva ética[95] permite interpretar el complejo de relaciones morales que están a la base de la producción y reproducción de las sociedades. La ética entendida de esta manera, presupone que los sujetos valorizan, norman, crean principios desde los cuales orientan y significan sus experiencia.

Analizar el problema de la relación entre los actores *externos* y los *comunitarios* desde una perspectiva ética significaría entonces centrar la mirada en un primer momento, en ese proceso de valoración, de construcción de fronteras y linderos de significación y sentido, que está a la base de las relaciones sociales morales y con el mundo material que permite su reproducción.

En un sentido más específico, este análisis tendría que contemplar también la definición de la relación que el agente externo construye con los múltiples actores institucionales que intervienen en el proceso de negociación de acuerdos y acciones en torno al desarrollo. Es decir, a la base del cuestionamiento ético, está la pregunta por las propias convenciones morales que rigen nuestro actuar y que determinan la convergencia entre deseos, necesidades e intereses.

---

[95] La ética en tanto disciplina teórica busca explicar un tipo de experiencia humana específica, la moral, considerándola en su diversidad histórica; la normatividad que estipula la moral es el objeto de estudio de la ética, es decir, ésta tiene la tarea de dar razón de las prácticas morales de las sociedades, no emite juicios al respecto de estas diferentes prácticas, ni se posiciona a favor de ninguno de sus principios, sino que explica sus cambios a través del tiempo, la función y naturaleza de sus juicios y por qué las diferentes sociedades han recurrido a ellas para normar, reglamentar su comportamiento (Sánchez Vázquez 1998)

Frente a los actores rurales organizados o no, los acompañantes tendríamos el compromiso de vincularnos en el proceso de construcción colectiva de un conocimiento cuyo objetivo sea darle acertividad a sus prácticas, hacerlas eficaces para responder a necesidades determinadas prioritariamente por ellos. fruto del análisis conjunto y respetuoso de los marcos culturales de referencia.

Se trata de la generación de un conocimiento colectivo que, transformado en práctica, es acción y sentido respuesta construida a partir de deseos y necesidades pero también condicionada por una serie de opciones históricas, culturales, políticas y económicas. En este horizonte de reflexión, que también es conciencia, hemos de ubicarnos si nos asumimos como sujeto acompañante de procesos de transformación.

El marco de construcción de nuevos conocimientos se erige sobre la base del respeto por los saberes y prácticas que los grupos sociales han construido desde sus propias experiencias y horizontes culturales. Como acompañantes. debemos tener presente que la construcción de nuevos conocimientos está mediatizada por los referentes sociales y culturales desde donde el grupo los valora y significa. La legitimidad de nuestra intervención radica en el respeto, pero sobre todo en el reconocimiento de que la condición de posibilidad de nuestra acción es el fortalecimiento de la práctica democrática.

Esta perspectiva ética significa también la definición de responsabilidades y derechos en el caminar conjunto. El énfasis está en la capacidad de elección y decisión que los actores tienen sobre la dirección de sus procesos.

En cada una de las etapas en las que los asesores nos involucremos, esperamos vincular las experiencias conocidas, en tanto acompañantes, para que el proceso de reflexión se enriquezca a la par que se genere colectivamente, basándose en referentes significativos para quienes han de tomar las decisiones.

La toma de decisiones que como agentes impulsemos respecto de la construcción de un conocimiento significativo y acertivo, debe ser la consecuencia de un largo proceso que inicie con la definición de problemas y de necesidades, con la diferenciación de los recursos disponibles para resolverlos, con el desarrollo de estrategias que permitan a los sujetos controlar cada una de las

fases del proceso, con el esclarecimiento de los criterios de evaluación y con la determinación de las obligaciones que otros actores tienen en relación con los proyectos de desarrollo.

Nuestro acompañamiento puede servir para tender vínculos, para definir con los actores rurales los límites y facultades del colectivo, de nosotros mismos y de otros actores llámense instituciones, comunidades, ONG, gobierno o Estado.

Al tener como referencia esta perspectiva ética que prioriza a los sujetos por encima de las transacciones y los mercados, que busca aliarse para potenciar la capacidad reflexiva para que las decisiones se tomen con base en la información, también debemos ser críticos de nuestra propia posición en la comunidad. Esto requiere de la clarificación de la intencionalidad de las propias prácticas, que sólo puede darse como consecuencia de un trabajo de autorreflexión, de desciframiento de lo que nos mueve a involucrarnos.

Si los acompañantes nos definimos como actores, que al tiempo que impulsan las capacidades de los sujetos comunitarios también se metamorfosean, nos vemos impelidos a construir capacidades para movilizar la energía colectiva en pro de la utopía subversiva de una mejor vida.

Se nos plantea la necesidad de discutir desde otro plano político, cómo instrumentar, cómo objetivar las decisiones tomadas y de este modo abrir la pregunta sobre las estrategias que han de construirse para hacer posible el proyecto de transformación de la realidad y de las relaciones sociales que la sustentan.

Así, lo político se resignifica, su contenido se define como medio y fin, como opción y mediación (Almeyra 2002) Las prácticas que devienen de este trabajo conjunto, conflictivo y dinámico de determinación de necesidades y mecanismos para resolverlas, se politizan, se cargan de sentido.

La perspectiva política de la autonomía que busca generar la intervención, tiene que ver entonces con facultar la elección, la decisión, hacer factible su ejercicio, por esto la política en este sentido es habilitante, iluminadora de nuevos espacios - ocultos - de resistencia y participación, de nuevos – invisibilizados – sujetos y discursos.

Los asesores tenemos presencia en esta transformación del poder y de los espacios donde se despliega. Estamos presentes en su interpelación, hacemos parte de la conformación de su nueva arquitectura. Cualquiera que sea el escenario en que las voces se expresen, precisa de ciertas

condiciones: debe ser un espacio de participación que cuestione la monopolización de la toma de decisiones y a la vez haga del desarrollo de capacidades de reflexión, y en consecuencia del tránsito hacia la transformación de los sujetos, el proceso de consolidación del proyecto de autonomía.

La ampliación de los espacios de participación se traduce en el fortalecimiento del poder local y también de la autonomía, siempre y cuando la definición de necesidades y estrategias de solución sea consecuencia de un proceso en espiral, de retroalimentación, incluyente y representativo.

Nos movemos en el conflicto y en la pugna de intereses que a veces no sólo son antagónicos, sino irreconciliables. Involucrarnos con el proyecto de una u otra parte, requiere de la definición del propio proyecto, de la propia utopía ¿con quién aliarnos, o en todo caso, cómo mediar? La propuesta es resignificar la intervención, desde una perspectiva ética, politizando las prácticas y las decisiones.

Adminículos (a modo de recomendaciones) para un bienaventurado viaje de transatlántico...

El trabajo que realizan las parteras rurales es de vital importancia para la reproducción de sus comunidades en sentido amplio: reproducción cultural porque su práctica es saber, memoria, historia que incorpora una manera de representarse y experimentar las relaciones entre los géneros, de entender la vida, la muerte, la salud y la enfermedad; reproducción biológica porque otorga un servicio imprescindible en un contexto de carencia casi absoluta de sistemas de seguridad social y servicios de salud; reproducción social porque la posibilidad de permanencia en el tiempo de los grupos sociales se da en la reproducción de sus conocimientos, sus instituciones, su identidad, cuya base material es la consecución de la vida misma iniciada en el nacimiento.
A continuación desarrollo ocho recomendaciones para el trabajo integral con parteras, que retoma los elementos analizados en el conjunto de la tesis y que tiene como propósito apuntalar nuevos senderos con las campesinas que reciben la vida.

1. Perspectiva de género y de derechos

La capacitación debe ser diseñada como potencial mecanismo de transformación de las relaciones y condiciones sociales desfavorables e injustas en que las parteras despliegan su práctica, así como de las relaciones y condiciones en que viven las mujeres que con ellas se atienden.

Para esto es necesario que se hagan esfuerzos de reflexión con las propias parteras sobre los mecanismos específicos, materiales y simbólicos con que opera la coerción, la dominación, la discriminación en diferentes planos: familiar, comunitario, con las instituciones públicas de salud y en diferentes niveles, de género, étnico, de clase, de generación, en la especificidad del contexto en que la experimentan las mujeres rurales. Esta reflexión tiene la intencionalidad explícita de pensar con las parteras estrategias específicas para desmontar y deconstruir las relaciones de inequidad y violencia intra e inter genéricas y construir unas nuevas, orientadas a lograr relaciones paritarias, respetuosas y solidarias.

El tema del poder debe ser discutido, debe ser puesto sobre la mesa el problema de las causas que originan la subordinación y no tan sólo la exclusión como su resultado. Es de suma importancia que esta discusión se haga partiendo de la experiencia concreta de las actrices con las que se está trabajando; puesto que la subordinación no es vivida de manera unívoca por todas las mujeres, se hace crucial reconocer los mecanismos específicos mediante los cuales se construye y en los cuales se traduce.

Propongo que el análisis sobre los obstáculos que impiden disfrutar de la salud reproductiva y ejercer los derechos correspondientes puede organizarse en tres planos diferenciados, aunque necesariamente interrelacionados:

- En el primero se reflexionaría sobre los *condicionantes de tipo genérico* (relación con el otro género y con personas del mismo género) que imposibilitan que las mujeres tomen decisiones sobre su salud, su sexualidad, su maternidad y su reproducción.
- El segundo plano de análisis abordaría el *problema del contexto económico y social* que impide que las decisiones tomadas sean ejecutadas y que se traduce en el inequitativo acceso a recursos, como la educación, el trabajo remunerado, los servicios de salud y demás infraestructura. Es decir se reflexionaría sobre el papel que tienen las condiciones de marginación y pobreza, de carencia de instituciones de bienestar y la insuficiencia de servicios -entre otros- en el entorpecimiento de los derechos y
- El tercero, abordaría el plano de las *prácticas y representaciones "tradicionales" en torno a la salud y enfermedad*, en el cual se debatiría sobre aquellos aspectos que es necesario transformar para no poner en peligro la vida y la salud de las mujeres.

El enfoque de género y de los derechos de las mujeres debe ser un ingrediente que atraviese el análisis y esté presente como criterio sustantivo en la elaboración y evaluación de proyectos de este tipo. Es urgente, sin embargo, que los propios capacitadores se capaciten en ambos temas. Asimismo la discusión en estos tres planos, permitirá diferenciar los alcances y responsabilidades

específicos del trabajo y de los actores, teniendo como eje las preguntas sobre: a) *¿qué papel desempeña la partera y promotora en derechos reproductivos en este proceso?* y b) *¿de qué manera se vincula su trabajo con la posibilidad de crear las condiciones para promover la salud y el ejercicio de los derechos?*

Este también tendría que ser un trabajo con los hombres de la comunidad, que incorpore su punto de vista, su percepción sobre las relaciones, los derechos, las responsabilidades. No puede ser excluido este sector de la población si lo que se busca es la transformación de la injusta relación de poder entre los géneros. El proceso de sensibilización debe contemplar el trabajo con los hombres, los niños, los adolescentes y ancianos.

Los temas de la reproducción y de la sexualidad no pueden ser disociados del de los derechos reproductivos y sexuales

2. Garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos /contra la discriminación

Cualquier proyecto que busque incrementar o promover procesos de autonomía debe tener como principios fundamentales el reconocimiento, la información, la libertad y la responsabilidad. El ejercicio del derecho a la decisión sobre la fertilidad, el cuerpo, la sexualidad, la reproducción sólo es factible si existen opciones reales entre las cuales escoger, por esto conlleva el derecho a la información. La responsabilidad tampoco puede estar desvinculada de esta arquitectura; ella tiene como condición de posibilidad el derecho a la libertad en relación con las decisiones tomadas: no se puede ser responsable de lo que no se ha decidido libremente serlo y no se puede decidir si el horizonte de opciones es mínimo, único

Si de autonomía se trata, como segundo elemento indispensable está la posibilidad de garantizar que las decisiones tomadas se instrumenten. En este sentido, la condición de posibilidad de la autonomía es la habilitación de recursos, informaciones, infraestructuras, espacios de participación, etcétera, que permitan hacer efectiva la elección. La experiencia de trabajo con las parteras peroteñas nos hace concluir que la peculiaridad de las relaciones que estas tienen con los recursos mencionados en el contexto de estudio, a la inversa de posibilitarle más opciones para resolver el proceso de embarazo parto y puerperio de manera segura, limitaron su resolución efectiva.

La capacitación a parteras debe ampliar el campo de opciones, hacer accesibles los recursos que permitan la objetivación de las decisiones, dar instrumentos para que las mujeres parteras amplíen el control y poder de negociación respecto a la práctica que ejecutan y generen en el contacto con las mujeres que atienden espacios de reflexión sobre sus derechos.

3. Elaboración de diagnóstico

Esta tarea debe estar acompañada de un proceso de debate sobre los principales obstáculos que impiden y limitan el aumento de poder, la autonomía y el control de los procesos por parte de las mujeres parteras y de las mujeres a quienes ellas otorgan sus servicios. Es por tanto crucial que en la arquitectura del proyecto se contemple como punto de partida la elaboración de un diagnóstico participativo que indague e identifique con las parteras y las mujeres de la comunidad, los obstáculos que impiden disfrutar de la salud reproductiva y ejercer los derechos correspondientes. Este diagnóstico debe elaborarse teniendo en cuenta que es la materia prima para el diseño general del proyecto, es decir, su función es recabar información para que los contenidos de la capacitación sean acordes con las necesidades determinadas por el grupo de mujeres, en los tres planos antes mencionados (el de las relaciones de género, el de los condicionantes socioculturales y el de las prácticas y representaciones sobre la salud y la enfermedad). El diagnóstico tiene además el propósito de fomentar procesos de participación y de organización al interior de los grupos.

4. Acciones para prevenir la Mortalidad Materna

La mortalidad materna es un fenómeno complejo que debe ser contextualizado. En él confluyen una serie de variables cuya génesis es la inequidad, la desigual y restringida posibilidad de acceder oportunamente a información, recursos, servicios, espacios de decisión, relaciones de solidaridad y apoyo.

Si bien la población de mujeres rurales en Veracruz que arroja las cifras más catastróficas de muerte materna coincide con la población de mujeres que buscan ser atendidas por las parteras, no podemos afirmar que es por el servicio que éstas prestan que la fatalidad ocurra. Por esto, el trabajo que realiza la partera es insuficiente para explicar el fenómeno ya que en él convergen elementos de diversa naturaleza, entre los cuales se encuentran el acotado campo de acción y la inoportunidad con que las parturientas (o sus familiares) toman decisiones para poner a salvo su vida o la de su prole; lo inaccesible que resultan los servicios de salud, las precarias condiciones en que se encuentran sus comunidades en cuanto a transporte e infraestructura sanitaria, la crisis de las instituciones de bienestar y la incipiente participación estatal en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida del sector de mujeres campesinas en particular.

En el trabajo de campo con las parteras de Perote pudimos observar que la principal causa de muerte materna es la hemorragia durante el parto (que además ha aumentado en los últimos años),

la cual es calificada por las parteras como la necesidad más urgente en relación con la capacitación. Esto nos lleva a inferir que la capacitación analizada no dotó de recursos de información suficientes y acertivos a las necesidades de las parteras. También nos permite inferir que el proceso mismo de determinación de objetivos y prioridades no partió del punto de vista de ellas en relación con sus necesidades.

Desde esta perspectiva debe reconsiderarse el planteamiento sobre el "enfoque de riesgo" vigente en gran parte de las capacitaciones a parteras rurales. Este enfoque es de manera hegemónica, biologicista y excluyente de los aspectos socioculturales, porque explica el proceso de morbimortalidad considerando únicamente los factores biomédicos, certifica exclusivamente la perspectiva académica como la única válida para entender el proceso de salud, enfermedad y riesgo, descalificando *a priori* las representaciones y prácticas que las parteras han construido en su experiencia empírica.

Además este enfoque genera una excesiva dependencia en los servicios de salud oficial, dependencia que es inoperante en comunidades que adolecen de ellos. Las parteras todas, capacitadas o no, jóvenes, adultas o ancianas, tienen una noción de riesgo en virtud de la cual instrumentan acciones, disponen de recursos y toman precauciones. Si no se parte de este reconocimiento respetuoso no hay posibilidad de establecer ningún dialogo cuyo fin sea encontrar caminos para hacer que los partos concluyan en las mejores condiciones.

Por esto proponemos complejizar el concepto de riesgo, incorporando los elementos explicativos que emanen del diagnóstico, es decir, integrando la perspectiva que las parteras tienen sobre él y analizando puntualmente la práctica de la partería tal como se despliega cotidianamente en las comunidades.

El trabajo de tesis permitió establecer que los capacitadores desconocen en general la práctica, los recursos de que disponen las parteras para resolver lo que consideran representa un riesgo para la salud de la madre y su hijo, las técnicas "tradicionales" de anticoncepción para arrojar la placenta después del parto, así como una diversidad de procedimientos que en efecto pueden resultar dañinos para la mujer (como la utilización de oxitócicos), pero ¿cómo analizar la potencialidad nociva de ella si se desconoce?.

Por esto es necesario hacer un ejercicio de análisis con el conjunto de las parteras para identificar cuáles de sus procedimientos pueden resultar perjudiciales, por qué es necesario modificarlos y qué posibles alternativas de solución en contextos de marginación se pueden construir, siempre teniendo presente que el proceso de transformación de las prácticas y las representaciones debe partir de la construcción de un conocimiento colectivo, significativo, acertivo y apropiado a la realidad a la que refiere.

Si bien es urgente concretar acciones efectivas para disminuir el número de decesos de mujeres por esta causa, es también prioritario unir esfuerzos para mejorar la calidad de vida toda, es decir, buscar las condiciones para que alcanzar un estado saludable (en sentido amplio) conlleve dignificar todos los procesos por los que pasan, no sólo el reproductivo.

5. Promover los vínculos interinstitucionales y el trabajo multisectorial

Esto pone a debate un elemento central: la relevancia de que el Estado, las instituciones y los actores asuman su responsabilidad en este proceso. Es urgente que se dispongan recursos financieros y sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres rurales. Es una necesidad impostergable, ineludible si se quiere construir un proyecto de desarrollo humano, digno.

En este mismo tenor, deben redefinirse las redes de relación existentes entre las instituciones que ofrecen servicios de salud reproductiva y los actores comunitarios de la medicina tradicional. Esto implica hacer una evaluación en varios niveles, por ejemplo, el nivel de poder y verticalidad con que operan la medicina hegemónica por medio de sus instituciones y prestadores de servicios (traducido de manera muy concreta en la relación que se construye entre el capacitador institucional, que por lo general es un médico y la partera en el aula y en la manera de presentar los contenidos de los temas), que al contrario de ofrecer elementos para la reflexión y enriquecimiento de la práctica de la partería, para hacerla más efectiva y segura, la descalifican y deslegitiman.

Otro nivel de análisis sería el nivel de compromiso por parte de las instituciones para apoyar a las parteras con infraestructura y servicios que les permitan ofrecer una mejor atención. Esto también implica que sea discutido y revalorado el papel que ocupa la partera en la estructura del sistema de salud y como producto del reconocimiento de su labor se le trate con respeto, se le apoye e informe, se le ofrezcan los recursos necesarios para que su práctica sea ejecutada en mejores condiciones y para que en caso de ser necesario pueda remitir a una mujer que lo requiera a servicios de salud especializados.

Es también requisito de esta relación respetuosa que se considere a las parteras como sujetos en los programas de desarrollo que intentan vincularlas al sistema de salud; esto significa que la elaboración de cualquier proyecto en este campo debe partir del reconocimiento de la perspectiva que tienen sobre cómo se enferman, se curan, viven saludablemente o mueren las personas a las que atienden. Este reconocimiento tiene que erigirse sobre la base de un reconocimiento más amplio de la importancia que tiene el que sean estas mujeres, o en todo caso con ellas, que se determinen los objetivos, las prioridades, las estrategias, las responsabilidades, los alcances, las limitaciones y las necesidades que deben ser resueltas con la organización del trabajo colectivo, de la capacitación.

En este mismo interés concluimos que es necesario el trabajo multisectorial, no tan sólo el esfuerzo de las instituciones del sector salud, para promover e impulsar cambios profundos, estructurales, en la salud reproductiva de las mujeres rurales.

Como se observó tomando como ejemplo la mortalidad materna, este fenómeno ocurre principalmente entre mujeres no derechohabientes, sin escolaridad, habitantes de zonas indígenas o zonas rurales lejanas, con menos acceso a servicios o distantes de ellos, mujeres en los extremos de la vida reproductiva y con altos índices de paridad. Esta variedad de circunstancias más las de orden político, social y cultural, requieren medidas diversas que no se deben limitar a la dotación de infraestructura sanitaria o la implementación de cursos y talleres de capacitación. De ahí el llamado a que se diseñen estrategias donde converjan esfuerzos multisectoriales y también donde participen investigadores de diferentes disciplinas ampliando el análisis más allá del enfoque meramente clínico, biológico.

6. Contenidos y estrategias de construcción del conocimiento colectivo en contextos multiculturales

Los contenidos de los talleres y las estrategias educativas y pedagógicas deben ser diseñados teniendo como fundamento que la construcción del conocimiento debe ser un proceso significativo; para esto, es necesario integrar una perspectiva sociocultural que considere la diversidad de maneras de interpretar la realidad terapéutica.

Partimos de la idea de que la realidad es producto de una construcción social, por tanto la realidad terapéutica y diagnóstica, de la práctica de la partería, es expresión que refleja el mundo social, cultural, político del que surge, responde a una específica manera de entender el proceso de salud, enfermedad, vida, muerte y coherente con estas representaciones, opera creando instrumentos, recursos, conocimientos eficaces para resolver/prevenir lo que se estatuye como patológico.

Esto implica preguntarse por qué algunas parteras a pesar de tener la información que da la capacitación no optan por ella, no la ponen en práctica. El diálogo con las parteras es crucial para conocer los avatares en los que se desarrolla su quehacer. En el trabajo realizado en Perote, Veracruz, encontramos que una de las principales razones que las parteras dieron para no compartir sus experiencias y dudas con algunos de los capacitadores, era la burla y deslegitimación manifestada cuando ellas hacían preguntas o sugerían posibilidades de resolución a los problemas expuestos durante las sesiones de trabajo. Hay una variedad de casos indicativos de violencia en diferentes ámbitos de relación con las instituciones, como el aula de clases, el hospital en el que se hacen las prácticas, o al que se lleva a la mujer en caso de urgencia.

La inadecuada planeación de estrategias y metodologías ha generado resistencia por parte de algunas de ellas, puesto que no están dispuestas a modificar sus percepciones y prácticas y a incorporar nociones de riesgo ajenas a la lógica con que operan, así como a decidir y actuar con base en principios que no refieren a su lógica de entender la salud, la enfermedad y la sanación.
Por otra parte es indispensable incorporarlas, invitarlas al trabajo colectivo en tanto pueden en efecto tener prácticas perjudiciales, causantes de daño, enfermedad o muerte.

7. Salud y derechos sexuales/prevención de ITS y VIH-SIDA

El tema de la salud y los derechos sexuales debe ser un objetivo prioritario en el trabajo con las mujeres de la comunidad. El derecho a disfrutar de la sexualidad sin el riesgo a la procreación, vinculado con el derecho a decidir de manera libre e informada sobre la maternidad, serán abordados desde una perspectiva de género que indague cuáles son los elementos presentes en la cultura que imposibilitan el disfrute de la sexualidad por parte de las mujeres.
La perspectiva de género como constante que permea la totalidad del proyecto, debe permitir elucidar con el grupo de mujeres los elementos presentes en su cultura, que son decisivos para construir la identidad femenina, entre los cuales se encuentra la creencia de que la sexualidad de la mujer debe estar supeditada a la reproducción y por tanto a la maternidad. Observar las consecuencias de no separar la reproducción de la sexualidad en la negación del derecho al placer y al erotismo, es un ejercicio que estará presente en el trabajo con las campesinas.
El trabajo de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y de VIH/SIDA cobra una importancia especial en tanto se conoce que la epidemia en el estado de Veracruz se está ruralizando y feminizando en vista de factores como la migración, el poco o nulo acceso a información y las prácticas sexuales desprotegidas.

8. Conformación de redes de parteras y promoción de la participación comunitaria

Los espacios de intercambio de experiencias entre las parteras de diferentes regiones y edades resultó, desde su perspectiva, de gran utilidad en la retroalimentación de técnicas, utilización de plantas medicinales, tácticas y estrategias en caso de riesgo, discusión de dudas e incluso construcción de alianzas y vínculos de amistad, madrinazgo/comadrazgo y solidaridad.
Fomentar y promover la organización de este tipo de espacios debe ser considerado como una de las mayores virtudes de la capacitación, al tiempo que deberían ser aprovechados para la consolidación

de grupos de participación, seguimiento, evaluación y control de la propia capacitación y del proceso de transformación de la práctica de la partería. Es necesario invertir en recursos humanos, técnicos, financieros, sociales y culturales para la formación de redes de parteras cuyo sustento sea el fortalecimiento de estas capacidades de participación, gestión, negociación y evaluación de las mujeres, sobre los proyectos en los que se ven involucradas.

En este sentido, proponemos que el tema de la participación comunitaria sea reflexionado tomando en cuenta la perspectiva que la propia comunidad tiene sobre el decurso de sus procesos. Esto implica tener clara la intencionalidad de instrumentar un proyecto de este tipo y los mecanismos utilizados para gestionar la participación de la población.

El planteamiento de acciones y principios de participación debe ser coherente con el fortalecimiento de la autonomía, de la capacidad organizativa, del poder de las mujeres dentro de sus grupos sociales como propósito ético de la intervención institucional.

Dado que se observó que uno de los pivotes que vertebran la subordinación de las mujeres es la inequitativa oportunidad de tomar decisiones, impulsar y promover la participación en los ámbitos público y privado es un requerimiento para la deconstrucción de las relaciones desventajosas

Por esto la intervención para la promoción de la participación debe gestarse, decidirse con el grupo de mujeres a quienes afecta. Sus objetivos, alcances, limitaciones, deben ser definidos teniendo en consideración, reconociendo sus puntos de vista, necesidades, prioridades y deseos.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, ALEJANDRO

1999 *Mortalidad materna en México*, Universidad Autónoma del Estado de México, Col. Hechos de población. México.

AGUIRRE BELTRÁN, GONZALO

1987 "La Asistencia Médica Primaria y el retorno a la Medicina Popular", en *El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heroles, México.

ALLEYNE, GEORGE

2002 "La equidad y la meta de Salud para todos", en *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol.11, No. 5-6.

ALMEYRA, GUILLERMO

2002 "Lo político y la política en la mundialización", en Avalos, Gerardo (coord.), *Redefinir lo político*, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México.

ARANDA, JOSEFINA

2000 "Políticas públicas y mujeres campesinas", en Josefina Aranda *et al*, *Tiempo de crisis, tiempo de mujeres*, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

BERNARDO ANALÍA

2004 "Parir como las diosas: recuperando el parto vertical, en *La Triple Jornada*, 3 de mayo de 2004.

BONFIL BATALLA, GUILLERMO

1991 *Pensar en Nuestra Cultura*, Alianza Editorial, México.

BONFIL, PALOMA

1996 "Oficios, conocimientos y padecimientos: la salud como práctica política en el mundo indígena femenino", en *Revista de Cuadernos Agrarios* No. 13, Nueva Época, México.

BONFIL, PALOMA Y RAÚL DEL PONT LALLI

1999 *Las mujeres Indígenas al final del Milenio*, Secretaría de gobernación-Comisión Nacional de la mujer, México.

BOTANA, EVELIA

s/f *Nosotras recibimos la Vida· Parteras de la Sierra de Perote*, COPE A.C. Atención Primaria a la Salud Cofre de Perote, A.C.

BUSTELO, EDUARDO Y MINUJIN, ALBERTO (coord.)

1998 *Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes.* UNICEF-Santillana.

CARDACI, DORA

1999 "El enfoque de la salud desde el género", en *Revista Mujer Salud*, Red de la Salud de las mujeres Latinoamericanas y del caribe (RSMLAC). No.3 –4.

CARMONA, L., *et al.*

2002 *Programa de Parteras Tradicionales*, Servicios de Salud de Veracruz, Jurisdicción Sanitaria No. V, Xalapa.

CASTAÑEDA MARTHA *et al.*

1992 "Metodología de los talleres de aprendizaje maternoinfantil para regiones indígenas", en Sesia, Paola (ed.), *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social- Gobierno del Estado de Oaxaca, México.

CASTRO PÉREZ, ROBERTO E ISABEL HERNÁNDEZ

1992 *Participación comunitaria y planificación familiar. Una exploración sobre el punto de vista de los usuarios*, Instituto Nacional de Salud Pública, Colección Perspectivas en Salud Pública No. 15, México.

CEDPA (THE CENTER FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES)

1996 *Gender Equity Concepts and tools for Development*, Washington, D.C.

CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

s/f *Derechos Reproductivos 2000 Hacia delante.*

CERVANTES, ALEJANDRO

1998 "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en Careaga, G., *et al.* (comp.), *Ética y salud reproductiva*, M.A. Porrua Librero Editor-PUIS-UNAM-PUEG-UNAM, México.

CHEVALLIER, ANDREW

2000 *Encyclopedia of Medicinal Plantas. The definitive home reference guide to 550 key herbs with all their uses as remedies for common ailments.* Dorling Kindersley Book Great Britain.

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE VERACRUZ-LLAVE

2001 "Libro segundo. Título delitos contra la vida y la salud personal. Cap. V Aborto", en *Código penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave*, Ed. Cajica, Puebla, Puebla, México.

COMBONI, SONIA

2002 "Interculturalidad, educación y politica en América Latina", en *Política y Cultura* No. 17, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. México.

COMITÉ POR UNA MATERNIDAD VOLUNTARIA Y SIN RIESGOS EN CHIAPAS

s/f *Campaña por la vida y contra la muerte materna*, ACCAS. A.C (disco compacto)

CONAPO,

2001 *Cuadernos de Salud Reproductiva. Veracruz*, Consejo Nacional de Población, México:

CONVERSANDO ENTRE PARTERAS,

S/f Salud de Mujeres embarazadas, mamás y bebés, Boletín 1, México.

CONVERSANDO ENTRE PARTERAS

1998 Salud y Nutrición de la madre y el recién nacido. Boletín19, México.

CORREA, SONIA Y ROSALIND PETCHESKY

1994 "Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista", en G. Sen, A. Germain y L. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered Health, Empowerment, and Rights*. Harvard University Press, Harvard Series on Population and International Health, Boston, EUA. [Trad. Juan Guillermo Figueroa].

CRLP (CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS)

s/f *Derechos Reproductivos 2000· Hacia adelante.*

DE KEIJZER, BENNO

1992 "Participación popular en salud: logros retos y perspectivas", en Menéndez, Eduardo y Javier E. García de Alba (comp.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social Aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara-CIESAS, México.

DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA

2003 "Presupuesto público y Mortalidad materna: Seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida" FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C, México

DÍAZ, MARGARITA Y JOANNE SPICEHANDLER

1998 *Foro Latinoamericano. La incorporación del Enfoque de Género en la capacitación, Implementación, Investigación y Evaluación en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva*, International Center for Research on Women, Population Council, Washington, D.C.

DIF ESTATAL VERACRUZ, SSA

2001 "Información de la Fábrica de Niños. Programa de atención a los adolescentes para una sexualidad responsable",en *Manual del facilitador*, Editora de Gobierno del Estado., Xalapa.

Espinosa, Gisela

2000 "Introducción", en Espinosa, G. (coord.). *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una Mirada a la Situación Nacional y a Cuatro Estados.*: El

Atajo Ed.-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. México.

2002 *Gasto económico y gasto social. Una reflexión sobre la salud reproductiva* Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México.

2004 "Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas", en Castañeda *et al.,La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas.*: FUNDAR-Centro de Análisis e Investigación-A.C., K'INAL ANTZETIK, A.C.- Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-Universidad Autónoma Metropolitana- Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, México.

ESPINOSA, GISELA Y LORENA PAZ

2000 "Salud Reproductiva en México. Los Programas, los Procesos, los Recursos Financieros", en Espinosa, G. (coord.), *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una Mirada a la Situación Nacional y a Cuatro Estados*, El Atajo Ed.-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México.

ESPINOSA, GISELA Y LORENA PAZ

2002 *Hacia una perspectiva de género en la salud reproductiva*, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México.

FASSIN, DIDIER

1999 "Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud", en Menéndez, E. (Coord.), *Participación Social· metodología, problemas y expectativas El caso Nicaragua 1978- 1989*, Instituto Mora, México.

FREYERMUTH, GRACIELA

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS-Instituto Nacional de las Mujeres-Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas-M. A. Porrúa. México.

2003 b "Problemas teórico metodológicos de la investigación sobre la mortalidad materna en los Altos de Chiapas", en González Montes, Soledad (coord.), *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*, Documentos de Trabajo No. 13 Sexualidad, salud y reproducción, Programa de Salud reproductiva y Sociedad El Colegio de México, México. .

GALANTE, C. Y MARTHA A. CASTAÑEDA

1997 "Mujer – partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural", en Tuñón, E. (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

GARCÍA–BARRIOS, CECILIA *et al.*

1993 "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", en *Salud Publica en México*, Vol. 35, No. 1.

GARCÍA LÓPEZ, MARCELINA,

s/f *Estudio epidemiológico y de medicina tradicional en un área de la región de Zongolica, Veracruz*, Ciesas-golfo.

GERMAIN, ADRIENNE Y RACHEL KYTE

1995 *El Consenso de El Cairo: El Programa acertado en el momento oportuno*, International Women's Health Coalition, New Cork.

GIMÉNEZ, GILBERTO

2001 "Identidades étnicas: estado de la cuestión", en *Los retos de la etnicidad en los estados – nación del siglo XXI*, CIESAS-INI-Porrúa, México.

GONZÁLEZ MONTES, SOLEDAD

1999 "Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México", en González Montes, Soledad (coord.), *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México.

GONZÁLEZ MONTES, SOLEDAD (coord.)

2003 *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*. Documentos de Trabajo No. 13 Sexualidad, salud y reproducción, Programa de Salud reproductiva y Sociedad El Colegio de México, México.

GONZÁLEZ VILCHIS, DEYANIRA Y LAURA MIRANDA ARTEAGA

2002 *Manual para Capacitación de Parteras*, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas/ ACASAC, México.

GUEVARA RUISEÑOR, ELSA

2005 "La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto", en *Desacatos Revista de Antropología Social No 17 Aborto. el debate pendiente*, CIESAS. México.

HERNÁNDEZ, AÍDA

s/f "La política de identidades en México: entre el esencialismo étnico y la descalificación total. Repensar el debate sobre las mujeres", Mimeo.

HERNÁNDEZ, LIBERTAD E IGNACIO BERNAL

1992 "Prácticas y procedimientos terapéuticos de las parteras tradicionales", en Sesia, Paola (ed.). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Gobierno del Estado de Oaxaca, México.

HERRADA, H., MARÍA A. Y CARMEN R., FERNÁNDEZ H.

1990 *Identificación de la coexistencia de modelos médicos en Ayahualulco Ver. jul -nov.*, Universidad Veracruzana. Departamento de Salud Pública, especialidad en Salud Pública. Xalapa

HERSCH, PAUL

2000 *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*, Instituto Nacional de Antropología e Historia. (Colección científica), México.

HETTNE, B.

1982 *La teoría del desarrollo y el tercer mundo*. Sarec: Estocolmo, Suecia.

HEWITT DE ALCÁNTARA, CYNTHIA

1988 *Imágenes del campo. La interpretación antropológica del México Rural*, El Colegio de México, México.

HOPENHAYN, M.

1988 "El debate post-moderno y la dimensión cultural del desarrollo", en *Imágenes desconocidas. La modernidad en la encrucijada posmoderna,* Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

s/f *Principios y bases de Coordinación para el trabajo conjunto de equipos de salud con las parteras y médicos tradicionales.* Dirección General, Programa IMSS- Solidaridad.

INEGI,

1993 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 9

INEGI

1994 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 10

INEGI

1995 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 11.

INEGI

1996 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 12.

INEG

1997 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 13.

INEGI,

1998 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 14.

INEGI

1999 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 15.

INEGI
2000 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 16.

INEGI
2001 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 17

INEGI
2001 Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, cuaderno 18

INEGI
1998 *Estadísticas Vitales*, Cuaderno No. 4, Veracruz.

INEGI
Principales resultados por localidad. XII Censo general de Población y Vivienda del 2000

Información de la Fábrica de Niños. Programa de atención a los adolescentes para una sexualidad responsable, 2001. DIF Estatal Veracruz, SSA.

PNUD
2000 *Informe sobre Desarrollo Humano*, España.

ISAACS, S., *et al*
1998 "Declaración sobre proposiciones éticas en Salud Reproductiva y políticas de población", en Careaga. G., *et al* (comp.), *Ética y salud reproductiva*, M.A. Porrúa, Librero Editor-PUIS-UNAM-PUEG-UNAM, México.

K´INAL ANTZETIK
1998 *Carpeta de Derechos y Salud Reproductiva.*

K´INAL ANTZETIK, COORDINADORA NACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS
2003 *Lineamientos de atención para mujeres embarazadas: acciones para disminuir la tasa de mortalidad materna en zonas indígenas.*

LAMAS, MARTA

1997 "Deconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos", en Cook, R.J. (editora), *Derechos humanos de la mujer Perspectivas nacionales e internacionales*, Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, Bogotá.

2005 "Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo", en Desac*atos, Revista de Antropología Social No. 17 Aborto· el debate pendiente*, CIESAS, México.

LANGER, ANA

1999 "Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica". en Dr. Mario N. Bronfman y Dr. Roberto Castro (Coord), *Salud, Cambio Social y Políticas Perspectivas desde América Latina*, Edit. EDAMEX, México.

LANGER, ANA Y RAFAEL LOZANO

1998 "Condición de la mujer y salud", en Figueroa, Juan Guillermo (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad del Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano, México.

LEITER, WALTRAUD

s/f "Algunas reflexiones en pro y en contra del parto "empírico" o "tradicional", (mimeo)

LÓPEZ A. OLIVA Y J. BLANCO GIL

1993 *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, México.

LUENGAS, I. Y D. GONZÁLEZ DE LEÓN

s/f "Sobre la práctica de las parteras en México", Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, (mimeo).

LUNA, MARÍA DEL CARMEN

2001 *Consultas colectivas La construcción de una estrategia para la atención den salud reproductiva y nutrición, una experiencia participativa en comunidades rurales de Chiapas*, Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

MARTÍNEZ C. BEATRIZ

2000 *Género, Empoderamiento y Sustentabilidad una experiencia de microempresa artesanal de mujeres indígenas*, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A.C. (Serie Pensa 2), México.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1983 "Recursos y prácticas médicas "tradicionales",en Lozoya, X. y C. Zolla (Edits), *La Medicina Invisible, Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*, Folios Editores, México.

1987a "'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*, Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heroles, México.

1987b "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo", en G. Aguirre Beltrán *et, al.. Medicina Tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, Cuadernos de la Casa Chata 159, México.

1992 "Reproducción social, mortalidad y antropología médica", en Menéndez, Eduardo y Javier E. García de Alba (comp.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara, CIESAS, México.

MERCER, HUGO

1986 "Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud", en Nunes D. Everardo (ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina. tendencias y perspectivas*, OPS-CIESU Montevideo.

MIER, RAYMUNDO

2002 "El acto antropológico: la intervención como extrañeza", en TRAMAS 18-19. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México.

MODENA, MARIA EUGENIA

1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica,* Cuadernos de la Casa Chata N.37, México.

MOLINA RAMÍREZ, TANIA

2002 "Parteras y curanderas, cuidadoras de la salud en las comunidades indígenas", en *La Triple Jornada* No. 50.

Múzquiz, Pedro Y Edith Rodríguez

s/f *Preparándonos para la vida: parteras del Estado de Veracruz*, DIF Estatal de Veracruz, Veracruzano, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1978 *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978*, OMS. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) Y LA FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA (FEPAFEM)

1993 Los *cambios de la profesión médica y su influencia sobre la Educación Médica*. documento de posición de América Latina, Edimburgo, Escocia.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1997 Memoria del "Primer Encuentro Nacional de salud y Pueblos Indígenas. Hacia Una Política Nacional Intercultural en Salud", Saavedra, Región Araucaria Chile.

OSORIO, ROSA MARIA

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CIESAS-INI-INAH, (Biblioteca de la Medicina Tradicional), México.

PAHO/ WHO

2003 "Primary Health Care in the Americas: Lessons Learned over 25 years and future changes", Washington, D.C.

PALOMO NELLYS Y MARTHA SÁNCHEZ (Coords.)

2002 *Campaña Nacional en Zonas Indígenas. Porque yo me quiero y tú me necesitas. La mortalidad materna se puede evitar*, K'inal Antzetik, A.C.-Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas-Fundación Mac Arthur.

PATRONATO DE APOYO VOLUNTARIO A LA SIERRA DE PEROTE

2002 *Atención a la salud: Taller de madres y padres agentes de salud*, Manual.

PÉREZ – GIL, E.

s/f "La mujer: ¿Objeto o Sujeto en los Programas de Salud?", en Revista Salud Problema y Debate, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

PÉREZ NASSER, ELIA

2001 "El proceso de empoderamiento de mujeres indígenas organizadas desde una perspectiva de género", en Estudios Agrarios No. 17. SRA, Procuraduría Agraria.

RODRÍGUEZ, GABRIELA,

2004 "Feminismo estadunidense", en *La Jornada*, 30 abril.

ROSTOW. W.

1960 *Las etapas del crecimiento económico*, F.C.E., México.

SÁNCHEZ-HIDALGO, DORA Y DANIELA DÍAZ ECHEVERRÍA

2004 "Mortalidad Materna: un problema sin resolver. La experiencia del Programa de Ampliación de Cobertura (1996-2002), en Castañeda, Martha, *et al.*, *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C.-, K'INAL ANTZETIK A.C.-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de población-Universidad Autónoma Metropolitana-Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, México.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, ADOLFO

1998 "Introducción a la ética", en Careaga Pérez, Gloria *et.al.* (compiladores), Ética y Salud Reproductiva, M.A. Porrua-Librero Editor-PUIS-UNAM-PUEG-UNAM, México.

SECRETARÍA DE SALUD

1994 *El perfil de la partera tradicional en México*, Ssa, México.

SECRETARÍA DE SALUD

1995 *Norma oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*, Ssa, México.

SEN, AMARTYA

2002 "¿Por qué la equidad en salud?", en *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5-6).

SESIA, PAOLA

1992 "La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo biomédico", en Sesia, Paola (ed.). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Gobierno del Estado de Oaxaca, México.

SESIA, PAOLA (ed.)

1992 *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Gobierno del Estado de Oaxaca, México.

TEJEDA DE RIVERO, D.

2003 "Alma- Ata: 25 años después", en Revista de la Organización Panamericana de las Salud, Vol. 8, N.2.

VERGARA, CARLOS

2000 "El contexto de las reformas del sector de la salud", en *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, No. 1-2. Número especial sobre reforma del sector de la salud.

VIESCA, TREVIÑO, CARLOS

1987 "Veinte años de investigación en Medicina Tradicional en México", en G. Aguirre Beltrán, *et, al., Medicina Tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, Cuadernos de la Casa Chata 159, México.

VILLAREAL, MAGDALENA

2000 "La reinvención de las mujeres y el poder en los procesos de desarrollo rural planeado", en La Ventana No. 11, Universidad de Guadalajara.

VILLORO, LUIS

1999 "Aproximaciones a una ética de la cultura". en *Estado plural, pluralidad de culturas*, Paidos-UNAM, México.

1985 "Autenticidad en la cultura", en *El Concepto de ideología y otros ensayos*, F.C.E. México.

ZOLLA, CARLOS

1983 "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud", en Lozoya, X y C. Zolla (Edits.), *La Medicina Invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*, Folios Editores, México.

1987 "Medicina Tradicional y Sistemas de Atención a la Salud" en, *El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos*, Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heroles, México.

ZOLLA, CARLOS Y ANA MARÍA CARRILLO

1998 "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en Figueroa, Juan Guillermo (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad del Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano, México.

ENTREVISTAS

Flor 2003. Entrevista realizada en febrero en Ayahualulco, Ver.

Elsa 2003. Entrevista realizada en mayo en Tlalconteno, Ver.

Mendoza, Gloria 2003. Entrevistas realizadas entre febrero y junio en Ayahualulco, Ver.

Morales, Candelaria 2003. Entrevista realizada en junio en Xocotepec, Ver.
Múzquiz, Pedro. Entrevista realizada entre junio 2002 y junio 2003 Xalapa, Ver.
Rocío. Entrevistas realizadas entre febrero de 2003 y enero 2004, en Ayahualulco, Ver.
Rodríguez, Edith. Entrevistas realizadas entre junio de 2002 y febrero 2003 en Xalapa, Ver.
Carmela 2003. Entrevista realizada en febrero en Xocotepec, Ver.
Mirna 2003. Entrevista realizada en febrero en Xocotepec, Ver.
Valenzuela, Alma Nury 2005. Entrevista realizada en enero en Coatepec, Ver.

Glosario

CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

GyD: Género y Desarrollo

MED: Mujeres en el Desarrollo