

**El trabajo de las parteras
sobre VIH/SIDA y
otras Infecciones de
Transmisión Sexual**

Silvia Esperanza Jiménez García
Silvia María Loggia Gago
Rosario Taracena
Carlos Magis
Cecilia Gayet



ÁNGULOS DEL SIDA

El trabajo de las parteras sobre VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual

**Silvia Esperanza Jiménez García
Silvia María Loggia Gago
Rosario Taracena
Carlos Magis
Cecilia Gayet**

Primera edición, mayo de 2004
Colección Ángulos del SIDA
Centro Nacional para la Prevención
y el Control del SIDA (CENSIDA)
Calzada de Tlalpan No. 4585, 2º. piso,
Col. Toriello Guerra
México, DF, CP 14050

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Ángulos del SIDA - obra completa
ISBN 968-811-679-3

Número 6: El trabajo de las partes sobre VIH/SIDA
y otras Infecciones de Transmisión Sexual.
ISBN 970-721-153-9

Investigación: Silvia Esperanza Jiménez García, Silvia María Loggia Gago
y Rosario Taracena

Coordinación del proyecto: Carlos Magis

Asesoría de la investigación: Cecilia Gayet

Agradecemos a EngenderHealth el apoyo para realizar esta investigación.

Para la reproducción parcial o total de esta obra, es necesario contar con la autorización por escrito de los autores. Para citas breves bastará con mencionar la fuente.

La impresión es financiada por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el contrato No. HRN-C-00-00-00006-00, que inició el 7 de julio del 2000. Este proyecto es implementado por The Futures Group International, en colaboración con Centre for Development and Population Activities y Research Triangle Institute. Los puntos de vista expresados en este documento no necesariamente representan la opinión de USAID.

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud

Dr. Jorge A. Saavedra
Director General del Centro Nacional
para la Prevención y el Control del SIDA

Serie Ángulos del SIDA

Presidente del Consejo Editorial
Jorge A. Saavedra

Dirección Conjunta
Carlos Magis Rodríguez
Griselda Hernández Tepichín

Consejo Editorial
Mario Bronfman Pertzovsky
Ana Luisa Liguori Hershcopf
David Alberto Murillo
Samuel Ponce de León Rosales
Ivonne Szasz

Coordinación Editorial
Rosario Taracena

Los contenidos de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores, por lo que la Secretaría de Salud, el CENSIDA, la serie Ángulos del SIDA y el Consejo Editorial se deslindan de cualquier responsabilidad o compromiso con éstos.

El Consejo Editorial se reserva el derecho de rechazar escritos que no reúnan los estándares mínimos de ética y calidad.

Índice

Introducción	11
1. Planteamiento del problema y marco teórico de la investigación	15
1.1. El VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual ...	15
1.2. El Estado y las parteras	19
1.3. Aproximación metodológica	21
1.3.1. El universo de estudio	24
1.3.2. El marco institucional del estudio	25
1.3.3. El enfoque cualitativo de la investigación	26
2. El discurso de IMSS-Oportunidades en el proceso de interrelación con las parteras ..	33
2.1. La relación IMSS-Oportunidades-parteras desde el punto de vista de un protagonista institucional	34
2.2. El marco conceptual de las capacitaciones: una revisión de los documentos de capacitación	39
2.3. El modelo educativo de la capacitación	40
2.4. Las parteras según el punto de vista de los agentes institucionales	42
2.4.1. El delegado estatal	43
2.4.2. El coordinador estatal	44
2.4.3. El supervisor médico	46
2.4.4. El supervisor de acción comunitaria	47
2.4.5. El supervisor médico zonal	49
2.4.6. El promotor de acción comunitaria	51
2.4.7. El médico de la unidad médico rural	53
2.4.8. La auxiliar de enfermería	54
2.4.9. La asistente rural	56

2.5. Resumen de la percepción de los agentes de salud institucionales sobre el trabajo de las parteras	57
2.6. La interrelación en la práctica: la capacitación por intercambio de experiencias	59
2.6.1. Descripción de las reuniones de capacitación	60
2.6.2. Los contenidos	61
2.6.3. El “intercambio de experiencias”	62
2.6.4. El reforzamiento de actividades de interrelación	64
3. Las parteras	67
3.1. Los procesos de interrelación	69
3.2. Las parteras y el VIH/SIDA	73
3.3. Conocimiento de otras ITS	79
3.4. Prevención del VIH/SIDA y otras ITS	83
3.5. Seguimiento de pacientes	92
3.6. Las necesidades de las parteras	96
4. Los médicos	99
4.1. El discurso médico desde el nivel central y estatal	100
4.2. La inserción de los médicos en las UMR y su visión del mundo	104
4.3. Los médicos, las parteras y el VIH/SIDA	107
4.4. Los médicos y las ITS	114
4.5. Los médicos y el VIH/SIDA	114
5. Las usuarias de los servicios de parteras	117
5.1. SIDA y otras ITS	120
6. Conclusiones y recomendaciones	125
Bibliografía	133

Introducción

La atención de los problemas de salud reproductiva y, en particular, del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), así como de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las mujeres de las comunidades rurales e indígenas en México, requiere incorporar la participación de actores sociales que tengan capacidad para incidir en esta población. Partiendo de esta premisa, la presente investigación se planteó como objetivo central indagar si las parteras pueden participar de las tareas de prevención, detección y tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS.

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

Para analizar cómo se relacionan estas dos formas de percibir la misma realidad fue necesario recuperar las voces de los diferentes agentes de salud que trabajan en las zonas rurales de México y, por ello, esta investigación privilegió un enfoque cualitativo. Esta metodología nos permitió acercarnos a diferentes agentes sanitarios y a las parteras pensando en que ellas pueden desempeñar un papel importante en la prevención,

detección, tratamiento del VIH y las ITS, así como para la derivación de pacientes a las unidades médicas rurales.

La investigación que aquí se presenta tuvo lugar en una comunidad rural de Morelia, Michoacán, entidad en la que poco más de la tercera parte de la población vive en comunidades rurales. La población de Michoacán presenta una intensa actividad migratoria hacia los Estados Unidos y diversos indicios han asociado este fenómeno al incremento de las infecciones por VIH en zonas rurales. Los prestadores de servicios de salud estudiados pertenecen al IMSS-Oportunidades, institución que tiene una importante tradición de trabajo con las parteras dentro de comunidades rurales e indígenas.

El presente documento está organizado en seis apartados. En el primero se presentan los antecedentes y la aproximación metodológica de la investigación. En el apartado siguiente se analiza el discurso de los agentes de salud de IMSS-Oportunidades resaltando tres aspectos: el marco teórico que fundamenta los programas de interrelación y la capacitación a parteras; las diferentes percepciones que tienen los funcionarios acerca del saber y las prácticas de las parteras, y se contrasta el discurso institucional en el ámbito de la capacitación. Las últimas tres secciones están dedicadas a analizar las tareas que pueden desarrollar las parteras en la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, desde la perspectiva de las parteras mismas, la de los médicos operativos y la de las mujeres que se atienden con parteras. El último apartado está dedicado a explicitar las conclusiones y recomendaciones que derivamos a partir de esta investigación.

Para realizar esta investigación fue necesario identificar los conocimientos que tienen las parteras respecto a las ITS y el VIH/SIDA, su percepción acerca de las prácticas de riesgo para adquirir el VIH, incluidas las que enfrentan ellas mismas debido a las actividades que realizan, así como la forma en que perciben su

posible participación en la prevención de las ITS y su interrelación con el IMSS-Oportunidades.

En el caso de los médicos se buscó conocer la relación que tienen con las parteras y su opinión sobre el papel que pueden jugar en el ámbito de la prevención. Finalmente, en las mujeres que demandan los servicios de las parteras se buscó identificar los motivos por los que acuden con ellas y su percepción acerca del papel que pueden desempeñar en el ámbito del VIH y otras ITS.

1

Planteamiento del problema y marco teórico de la investigación

1.1. El VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual

En América Latina las estrategias desarrolladas en el ámbito de la salud materno-infantil han logrado importantes progresos en la reducción de la mortalidad. Sin embargo, la propagación del VIH/SIDA ha puesto en peligro estos avances y en varios países del mundo podría incluso llegar a revertir esta tendencia. Las mujeres infectadas pueden transmitir el VIH a sus hijos durante el embarazo, el parto o la lactancia. El aumento de casos de mujeres infectadas por el VIH y, en consecuencia, el de niños que nacen infectados, ha convertido esta enfermedad en un importante problema de salud pública.

La pandemia del VIH/SIDA sigue cobrando vidas sin que se logre reducir el número de casos que se registran cada año. El VIH/SIDA es un problema social y de salud pública en todo el mundo, dado el incremento del número de personas afectadas por él y los elevados costos de su tratamiento.

A partir de 1989, el SIDA se ubicó dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25 a 34 años y para 1998, representaba la cuarta causa de muerte en este grupo. Desde 1988, el SIDA ha ido ascendiendo como causa de muerte en las mujeres de 25 a 34 años: en 1994 estuvo dentro de las 10 primeras causas de muerte y en 1998 fue la séptima causa de muerte en este grupo. Desde el inicio de la epidemia hasta el 1 de noviembre del año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA (CENSIDA 2003: 5).

La prevención y detección del VIH debe ir acompañada de la identificación de ITS, ya que la presencia de estas infecciones favorece la transmisión del VIH. Por otro lado, ciertas ITS como la candidiasis, la tricomoniasis e incluso el herpes genital han registrado un aumento constante durante la última década. De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ITS representan una de las 10 primeras causas de morbilidad en el país, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Entre 1990 y 1998 las principales ITS presentaron incrementos importantes, tanto en términos absolutos como relativos como ha sucedido con la candidiasis y la tricomoniasis, cuya incidencia en 1998 fue de 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (CONAPO, 2001).

Desde el punto de vista biológico, las mujeres son más vulnerables a las ITS debido a que la superficie mucosa de la vagina aumenta sus probabilidades de infectarse al tener una relación sexual sin protección. Además, muchas de estas infecciones son asintomáticas, por lo que pasan inadvertidas para ellas mismas y, en consecuencia, no las detectan y ni las tratan oportunamente.

Las ITS tienen consecuencias negativas sobre la salud de las mujeres tales como la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos y vulvovaginitis, cáncer cérvico-uterino, e incluso problemas de infertilidad. Entre las consecuencias de las ITS para los recién nacidos están: infecciones, bajo peso al nacer y muerte fetal (IWHC, 1994). Asimismo, las ITS afectan la calidad de vida de

las mujeres, pues pueden provocar dolores durante las relaciones sexuales o síntomas molestos como el prurito y el flujo (Langer y Nigenda, 2000).

Desde el punto de vista social, las mujeres poseen determinadas creencias acerca de su propio cuerpo y de su salud que les impiden tomar medidas para prevenir o tratar las ITS. Además, muchas poseen una reducida capacidad de decisión respecto al ejercicio de su sexualidad, por lo que tienen pocas posibilidades de tomar medidas preventivas para evitar las ITS (Langer, Tolbert y Romero, 1996).

Todas estas condiciones hacen de la prevención y detección de ITS y VIH/SIDA una tarea sumamente compleja, que implica ir contra algunos mitos arraigados en la población y supone encontrar estrategias de intervención que permitan construir propuestas comunitarias a partir de sus propios contextos culturales y plantear soluciones colectivas en los aspectos relativos a la sexualidad.

La epidemia del SIDA en el área rural presenta un crecimiento exponencial. De acuerdo con los datos más recientes, los casos de SIDA que se registran en las comunidades rurales (es decir, aquellas con menos de 2,500 habitantes) se han incrementado. En el año 2000, representaban 4.6% del total de casos, lo que significa poco más de dos mil casos registrados. No obstante, si se analizan los casos rurales según fecha de diagnóstico y notificación, el incremento es muy importante en los últimos años, pues en 1983 la proporción de casos rurales fue de 2.2%, en 1999 de 8% y hubo un ligero descenso en 2000 con 6.7% (Bravo y Magis, 2003).

El aumento de casos de SIDA en el ámbito rural está asociado con la migración temporal a los Estados Unidos. La mayoría de los migrantes son hombres que se trasladan solos, lo que favorece la experimentación de prácticas sexuales y el uso de drogas, todo lo cual implica un mayor riesgo para adquirir el VIH/SIDA. Al regresar a sus lugares de origen —en su mayoría comunidades rurales—, estos hombres pueden iniciar una cadena de contagio del VIH, en

la que las mujeres resultan especialmente afectadas (Bronfman, 2002).

En las comunidades rurales, las mujeres son más vulnerables al VIH, pues, debido a la tradición social, muchas mantienen relaciones sexuales sin protección con sus esposos o su pareja estable y difícilmente pueden cambiar esta situación, ya que no tienen el poder suficiente para exigirles el uso del condón. Además, estas mujeres carecen de información suficiente sobre las ITS, incluido el VIH/SIDA y el riesgo de contraerlas. Por si fuera poco, viven en situaciones de pobreza, lo que agrava su situación y disminuye sus posibilidades de llevar una vida saludable (Bonfil, 2002).

El VIH/SIDA en el área rural es un problema de salud pública con múltiples repercusiones psicológicas, sociales y económicas, por lo que, para enfrentarlo, se requiere la participación no sólo del área médica, sino de otros sectores de la sociedad, particularmente los agentes de salud y los pobladores de las comunidades. Por lo anterior, se vuelve necesario identificar a los personajes clave que cuentan con capacidad para incidir directamente sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En las regiones indígenas y pobres de México, las parteras tradicionales constituyen el recurso más importante para atender la salud materna. Las parteras siguen siendo una opción en el medio rural porque pertenecen a la misma cultura, porque sus prácticas responden al orden simbólico y a las normas de organización comunitaria, porque conocen las condiciones de vida de las comunidades y las contradicciones de su entorno social. Además, por tratarse de mujeres, las parteras ocupan un lugar privilegiado para promover una visión amplia e integral de la salud en las demás mujeres, quienes reconocen que la atención que reciben de ellas es personalizada y cálida (Cosminsky, 1992).

Una ventaja adicional de las parteras para el desarrollo de acciones de detección y prevención de ITS y VIH/SIDA, es que tienen una larga trayectoria de trabajo conjunto y voluntario con el Sec-

tor Salud. Las actividades más importantes de las parteras se concentran en la atención del embarazo, parto y puerperio, y atención a los menores de cinco años. Asimismo, inciden en la prevención de diversos padecimientos mediante la aplicación de toxoide tetánico, e incluso en el ciclo de vacunación de los menores de cinco años y contribuyen a incrementar la cobertura de métodos anticonceptivos por medio de campañas de difusión y derivación de usuarias; algunas realizan tratamientos para la infertilidad y utilizan la medicina tradicional para tratar las ITS. La mayoría de las veces, las parteras son el primer agente de salud al que visitan las mujeres antes de acudir a un servicio de salud público.

1.2. El Estado y las parteras

La política propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años setenta se dirigió a formular programas integrales de atención a la salud con la participación de las parteras tradicionales. Esta política fue retomada por México y a partir de entonces se estableció una relación entre la medicina tradicional y el sistema médico mexicano. En 1973 el Estado señalaba que era necesario establecer un programa nacional de salud con niveles de atención definidos, en los cuales el primer escalón de la periferia hacia el centro estaba ocupado por las parteras empíricas, adiestradas como promotoras de salud.

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

En ese momento, las parteras se volvieron el enlace de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar con

las comunidades, ya que éstos habían sido aceptados rápidamente en los contextos urbanos, pero no en las zonas rurales. Esta falta de aceptación implicó adoptar una nueva estructura vinculada directamente con el ámbito comunitario y crear programas específicos de capacitación de parteras empíricas para incorporarlas a la atención materno-infantil y a los esfuerzos de ampliación de la cobertura anticonceptiva.

Todos estos procesos implicaron transformaciones en los discursos y en la visión que se tenía del trabajo de las parteras. Pero la relación de las instituciones con ellas no estuvo exenta de contradicciones, pues si bien se reconoció que las parteras eran un nexo indiscutible con las pequeñas comunidades, sus conocimientos y prácticas siguieron siendo subvalorados.

Así, se establecieron puentes de comunicación para impulsar acciones y mejorar la salud de los grupos más desprotegidos. La articulación de las parteras con las instituciones se planteó a través de programas y cursos de capacitación cuyos principales objetivos consisten en incorporarlas a la atención primaria a la salud y transmitirles conceptos y técnicas que, teóricamente, las ayudarán a mejorar la atención que prestan. Con el cambio de la política poblacional, las parteras tradicionales fueron vistas como agentes potenciales en la difusión de los métodos anticonceptivos, lo que les dio un nuevo papel como intermediarias directas de la biomedicina.

La formación de las parteras estuvo a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1994, ambas instituciones realizaron un censo en el que identificaron a 23,845 parteras, de las cuales 13,669 habían recibido capacitación y 9,310 de ellas la recibieron en el IMSS (IMSS-SSA, 1994). Por todo esto, en la actualidad resulta importante analizar y evaluar cómo han funcionado algunos mecanismos de relación entre las parteras y las instituciones de salud, como las capacitaciones, sobre todo si las consideramos

un eje “articulador” entre la medicina institucional y la tradicional.

Las parteras desempeñan funciones importantes en la vida de las mujeres en distintos espacios geográficos del país, sin embargo, en algunas zonas su presencia se ha ido desvaneciendo y los servicios de salud pública han ganado terreno en la atención del embarazo, parto y puerperio. Como resultado de esto, la atención que ofrecen las parteras en todo el territorio mexicano presenta un mosaico bastante heterogéneo. Además, el perfil de las parteras se ha ido modificando a lo largo del tiempo debido al impacto que han tenido los programas institucionales en los que han participado, entre los que se encuentran el programa de atención materno-infantil, posteriormente el de planificación familiar, el de maternidad sin riesgos y, en la última década, el programa de salud reproductiva.

1.3. Aproximación metodológica

La antropología médica ha subrayado la necesidad de criterios antropológicos para la planeación e implementación de programas específicos aplicados a poblaciones indígenas. Aguirre Beltrán (1994), sostiene que si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud implementado en grupos de población de cultura diferente a la urbana, es indispensable tomar en consideración los factores sociales y culturales del grupo al que va dirigido. En este sentido, una buena cantidad de estudios ha advertido las dificultades que impone el orden cultural en la articulación entre la medicina institucional y los distintos agentes de salud que participan desde el contexto comunitario, en particular el indígena.

Teniendo en cuenta este problema, la presente investigación se planteó indagar la postura de los diferentes actores que participan en el cuidado de la salud de la población rural e

indígena, recopilando información para conocer, por un lado, cómo es la interrelación de las parteras con el IMSS-Oportunidades y, por otro, saber si las parteras pueden participar de forma efectiva en la prevención del VIH/SIDA y de otras ITS. Así, esta investigación se planteó cumplir los siguientes objetivos:

- a. Explorar los saberes (conocimientos), creencias y prácticas de las parteras en la prevención del VIH/SIDA y de otras ITS.
- b. Indagar la postura de los agentes de salud institucionales y de las usuarias de los servicios de las parteras sobre el trabajo que podrían realizar estas últimas en la prevención del VIH/SIDA y de otras ITS.
- c. Indagar las repercusiones de los programas de salud reproductiva en la coordinación e interrelación con las parteras en los contextos comunitarios y en los cursos de capacitación.

Esta investigación pretende analizar las opiniones de una serie de actores sociales que se ubican en distintos espacios de la estructura institucional que responde a un conjunto de objetivos y metas articulados en el Programa Nacional de Salud. En este último se plasman las prioridades de las políticas públicas en materia de salud, las cuales se han ido transformando con el tiempo.

El IMSS cuenta con una estructura institucional para llevar a cabo la operación del programa de salud pero, aunque para lograr este objetivo requiere también la colaboración de otros actores sociales ubicados en el ámbito local. Al ser llamados a participar, estos otros actores entran de alguna manera a la dinámica institucional, aunque sus intereses no sean los mismos que los de quienes conforman la institución. Por ejemplo, los supervisores regionales y zonales —médicos y no médicos— son contratados formalmente por la institución para incidir en el ámbito local, pero otros agentes de salud —como las parteras— consideran su participación en los programas sólo como una actividad que

contribuye a su sobrevivencia cotidiana, ya que estos agentes no reciben un salario, sino que son parte de lo que la institución define como “participación comunitaria” y, por ello, sólo perciben remuneraciones simbólicas.

Antes de continuar, debemos señalar que una de las premisas de las que parte esta investigación es que el modelo que orienta la medicina institucional ha luchado históricamente por mantener su hegemonía frente a otros saberes médicos y los presenta como dañinos y ajenos a su propio quehacer. La medicina institucional surgió en los países europeos industrializados y a través de los procesos de colonización y expansión de esos países se impuso en el resto del mundo. Pero este proceso no significó la desaparición de las prácticas de salud nativas ni tampoco su incorporación directa a la medicina institucional. El modelo médico hegemónico fue demostrando su eficacia, ganó espacios en el terreno ideológico y logró exclusividad en el ámbito jurídico.

En la actualidad, la relación de la población con las instituciones de salud pública y privada reproduce esta relación de dominación, pues grandes sectores de la población se rehúsan a utilizar remedios caseros, rezos, ofrendas mágico-religiosas ya que estas prácticas evidencian un arraigo a la medicina tradicional, la cual se considera poco seria y “científica”. No obstante, la medicina tradicional permite explicar y dar solución técnica y cultural a los problemas de la población (Campos Navarro, 1996: 38-41).

El dominio del paradigma biológico sobre la enfermedad a nivel mundial ha impuesto una visión reduccionista del proceso salud-enfermedad-atención, la cual ha encaminado la existencia de un modelo médico hegemónico que rige el saber y la práctica médica. Esta concepción ha producido enfrentamientos con las otras medicinas, pero el antagonismo se ha resuelto en la medida que estas últimas se han ido modificando —bajo la hegemonía de la medicina institucional— y, al mismo tiempo, han reafirmado su propio espacio de trabajo, de donde resulta cierta comple-

mentariedad de ambas, siempre en una relación de desigualdad. En este escenario, el Estado ha jugado un papel determinante en el establecimiento, ampliación y consolidación del modelo médico hegemónico, pues, al fungir regulador de la salud pública, ha legitimado a la medicina institucional (Menéndez, 1998).

Este proceso muestra por qué las instituciones de salud se ven obligadas a desarrollar programas que consideren las características y necesidades de la población frente a un modelo médico que ha respondido sólo a las representaciones biomédicas y le ha restado importancia a la cultura en el planteamiento de los programas de salud. En este sentido, es pertinente señalar que las parteras ocupan una posición privilegiada dentro de sus comunidades y, por ello, esta investigación busca comprender la dinámica de interrelación entre la medicina institucional y la tradicional, con el fin de mejorar los programas de prevención y detección de ITS y VIH/SIDA en los contextos rurales e indígenas que suelen ser los más pobres y marginados del país.

Este planteamiento exige conocer un conjunto de especificidades en las relaciones étnicas e interculturales, que tienen lugar en la interacción de los agentes institucionales con las parteras. La presente investigación privilegiará la voz de los agentes de salud: los médicos, las auxiliares, las asistentes rurales y los promotores, quienes llevan a la práctica los programas de ITS y VIH/SIDA en cada uno de los niveles de la estructura institucional, así como de las parteras mismas y las usuarias de sus servicios, quienes son finalmente las beneficiarias de los programas de salud.

1.3.1. El universo de estudio

Para realizar esta investigación se buscó un espacio en el que hubiera población indígena y presencia de parteras. Además, por su relación con el VIH/SIDA, se requería que también hubiera importantes flujos migratorios hacia los Estados Unidos y, aunque en el país existen

muchos lugares que cumplen con todos estos criterios, por cuestiones de accesibilidad, distancia y costos, se seleccionó el estado de Michoacán.

En Michoacán hay alrededor de 9,400 localidades rurales, es decir, con menos de 2,500 habitantes y 34.6% de su población reside en esas comunidades. En esta entidad, poco más de 120 mil personas mayores de cinco años hablan alguna lengua indígena y 15 mil de ellas no hablan español. Las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que hablan lengua indígena suman casi 35 mil (INEGI, INM, 2002). En este estado se ha reportado una intensidad migratoria “muy alta” hacia los Estados Unidos y la migración está asociada al incremento en el número de personas infectadas con VIH. Hasta noviembre de 2003 se habían registrado 2,207 casos acumulados de SIDA (CENSIDA, 2003). En el 2002, se presentaron 154 nuevos casos, de los cuales, 77 eran asintomáticos, 51 presentaron sintomatología y 26 fallecieron.

Michoacán cuenta con 1,103 parteras; 94.1% de ellas, se ha capacitado en alguna institución de salud y alrededor de 500 de ellas están participando actualmente con el IMSS (IMSS-SSA, 1994).

1.3.2. El marco institucional del estudio

Esta investigación se propuso trabajar dentro del espacio institucional del IMSS-Oportunidades, por lo que en este apartado explicaremos los tres niveles de funcionamiento de su pirámide institucional.

El primero es el nivel central, donde se diseñan y elaboran las normas y programas destinados a la atención de la salud. El segundo es el nivel estatal, donde se reciben los lineamientos para adaptarlos a su contexto y ponerlos en funcionamiento. Cada entidad federativa está dividida en regiones y cada región se compone por zonas. Las regiones están dirigidas por un equipo

multidisciplinario a cargo de un supervisor médico, un supervisor de acción comunitaria, una enfermera y un administrador. El ámbito zonal está dirigido por un supervisor médico y un promotor de acción comunitaria, que tienen a su cargo las Unidades Médico Rurales (UMR). Tanto el nivel regional como el zonal tienen un componente médico y otro comunitario. Esta infraestructura permite trasladar los lineamientos del nivel estatal hasta el ámbito local, así como coordinar, programar, evaluar y resolver los problemas que se presentan. Finalmente, el tercer nivel es el local, donde se llevan a la práctica los programas de salud mediante los servicios otorgados por la UMR. Las parteras se ubican dentro de esta estructura en el nivel comunitario.

1.3.3. El enfoque cualitativo de la investigación

Una de las principales características de la metodología cualitativa es el tipo de información que maneja. Se acostumbra trabajar con intensidad y a profundidad con bloques temáticos, los cuales se van desagregando en temas, subtemas y apartados, hasta que cada uno de ellos se analiza y estudia de manera exhaustiva.

La información obtenida puede consistir en descripciones sistemáticas y rigurosas de los resultados, donde se trata de poner de manifiesto la complejidad y dinámica de las relaciones involucradas y este tipo de información ofrece la posibilidad de un análisis con gran riqueza explicativa. El enfoque cualitativo permite profundizar en ciertas explicaciones, al tiempo que permite captar la dinámica de los procesos estudiados. También intenta describir y analizar las estructuras sociales que determinan un proceso particular, sus principales condicionantes y las relaciones que existen entre ellas.

Un eje central de este tipo de acercamiento es el análisis de las estructuras, su dinámica y significación respecto al problema de investigación, que intenta dar cuenta del funcionamiento y

articulación de las dimensiones sociales, ideológicas y culturales que operan en los procesos estudiados. En este trabajo se utilizaron tres técnicas cualitativas: entrevista abierta y a profundidad, observación directa de los procesos que interesa analizar y grupos focales.

A través de las entrevistas a profundidad se intentó recuperar la perspectiva de los distintos actores involucrados en la implementación de los programas dirigidos hacia las ITS y el VIH/SIDA: funcionarios, médicos, auxiliares, asistentes rurales, promotoras voluntarias y parteras. Las entrevistas se realizaron con ayuda de una guía cuya función consistió en estructurar de manera general, flexible y abierta las temáticas a explorar. Las guías de entrevista tuvieron ejes temáticos en común, por lo que se aplicó una matriz similar a todos los agentes, pero con orientaciones diferentes teniendo en cuenta el lugar que ocupaba el agente en la estructura institucional.

Los ejes de las guías intentaron capturar los siguientes aspectos: a) los conocimientos que cada uno de los agentes tenía sobre las ITS y el VIH/SIDA, b) la relevancia de estos componentes en los programas del IMSS-Oportunidades, c) la capacitación que han recibido al respecto, d) los procesos de interrelación y las percepciones acerca de papel que desempeña las parteras en la comunidad, e) el tratamiento y la derivación de los pacientes, f) la percepción de los grupos expuestos a una situación de riesgo y g) las necesidades de salud de la población.

En el nivel central y estatal se entrevistó a cuatro funcionarios y en el nivel regional y zonal a otros cuatro. Las entrevistas a los funcionarios se hicieron en Morelia. Para llevar a cabo el trabajo de campo a nivel local, nos instalamos en la localidad de Ichán, sede de la unidad médico rural, y también se trabajó en las comunidades de acción intensiva de Tacuro y Huáncito. Nos presentamos ante el jefe ejidal y sus delegados, quienes fungen como autoridades comunitarias y les explicamos el objetivo del estudio.

La primera semana nos sirvió para acercarnos a la comunidad y conocer el funcionamiento de la UMR. Entramos en contacto con el médico encargado, quien nos presentó con cada uno de los agentes de salud. Primero entrevistamos al supervisor médico zonal y de acción comunitaria. Posteriormente, entrevistamos a ocho parteras en sus hogares, a dos asistentes rurales, a una líder juvenil, a una promotora voluntaria, dos auxiliares y, finalmente, al médico. En este ámbito, fuimos entretejiendo el papel que cumplía cada uno de los agentes de salud, la vinculación y los procesos de interrelación. La permanencia en la comunidad permitió comprender la dinámica institucional y de interrelación entre los distintos agentes.

En total se realizaron 22 entrevistas a profundidad con una duración de una hora en promedio. Para entrevistar a las parteras se recurrió a los servicios de una intérprete y se utilizó la estrategia de revisita.

Los grupos focales se centraron en dos personajes del ámbito comunitario que cumplen un papel central en el cuidado de la salud de la población: los médicos y las parteras. Para recolectar la información se diseñaron dos guías: una para las parteras y otra para los médicos. La guía para el grupo focal de parteras se dividió en tres grandes temas: a) conocimiento de ITS y SIDA, b) participación en la prevención del SIDA y otras ITS, y c) relación de las parteras con el IMSS-Oportunidades. La guía para el grupo focal de médicos se dividió en los siguientes temas: a) relación médicos-parteras, b) derivación de pacientes de parteras, y c) experiencia de los médicos en casos de VIH/SIDA y otras ITS.

Para formar los grupos focales en parteras se solicitó al encargado zonal de IMSS-Oportunidades de la región Uruapan que seleccionara a 16 parteras de la región que estuvieran participando activamente con la institucional y que hablaran español. En uno de los grupos de parteras se contó con el apoyo de las autoridades de nivel central, delegacional y zonal, quienes facilitaron vehículos para

trasladarlas desde sus localidades a Uruapan y regresarlas. También nos prestaron el aula de una unidad médica para realizar el encuentro. En este grupoparticiparon siete parteras, dos de ellas hablaban poco español, por lo que una partera fungió como traductora. Las parteras se presentaron con ropa típica de la región y para llegar a Uruapan algunas tuvieron que viajar en una camioneta durante más de dos horas, con una temperatura que rebasaba los 35°, aunque esas circunstancias no impidieron que mostraran interés y gusto por participar en el estudio.

El segundo grupo focal se realizó en Morelia. Las parteras llegaron al lugar del encuentro por su propia cuenta y sólo contamos con la presencia de cuatro. Este grupo también se distinguió por su disponibilidad, aunque aquí todas las mujeres se presentaron uniformadas con vestido blanco y suéter verde. Además, todas hablaban español y sabían leer y escribir.

En ambos grupos, las parteras participaron de forma muy cálida y mostraron interés durante toda la sesión, lo que refleja la necesidad de ampliar sus conocimientos y ayudar a las personas de su comunidad. Una de las responsables de la investigación fungió como moderadora en ambos grupos y tuvimos el apoyo de un sociólogo y una trabajadora social que hicieron el papel de relatores.

Con autoridades de IMSS-Oportunidades se acordó un encuentro con ocho médicos para realizar un grupo focal en el albergue del Hospital del IMSS de Uruapan. La participación de estos médicos fue también muy significativa, ya que mostraron disponibilidad para platicar sobre su experiencia de trabajo con las parteras. Fue notorio el respeto que tienen hacia el trabajo que ellas llevan a cabo y reconocieron el papel que juegan en el cuidado de la salud de las comunidades. Dos de los ocho médicos eran pasantes y estaban haciendo su servicio social, el resto eran trabajadores del IMSS. En este grupo, una de las responsables de la investigación fungió como moderadora y se contó con el apoyo de un sociólogo para hacer la relatoría del evento.

Para entrevistar a las mujeres que acuden con las parteras se usó una guía que comprendió los siguientes temas: a) características personales de las mujeres, b) antecedentes de migración interna y externa, c) conocimiento y experiencia de ITS y VIH/SIDA, d) relación mujer-partera, y e) percepción de la mujer de la relación médicos-parteras. Entre las mujeres que acuden con parteras había dos embarazadas que fueron entrevistadas en sus hogares. También se entrevistó a una mujer había dado a luz el día anterior en una unidad médica, pero como la partera que la atendía estaba en un curso, se vio en la necesidad de acudir a la UMR.

Dado que el objetivo de este trabajo es analizar el papel que podrían desempeñar las parteras en el ámbito de las ITS y el VIH/SIDA, se buscó conocer si estos componentes han sido incorporados en las capacitaciones. Asimismo, se buscó saber si los médicos recuperan los conocimientos tradicionales sobre las prácticas de las parteras en el ámbito reproductivo, analizar las estrategias de diálogo y comunicación con las parteras, los puntos de coincidencia y la resolución de los conflictos y situaciones difíciles y, finalmente, observar las actitudes de las parteras durante los cursos de capacitación.

El análisis de las capacitaciones nos permitió evaluar si existe un proceso de retroalimentación entre la medicina institucional y la tradicional, ver cómo se presentan estas problemáticas en los contenidos de los cursos y si los contenidos se traducen al lenguaje cotidiano de la población a la que van dirigidos. En otras palabras, se buscó saber si las parteras son consideradas como un agente de salud importante en la prevención, tratamiento y detección de las ITS y VIH/SIDA.

El trabajo de campo comprendió los meses de abril y mayo del 2003. Se entrevistó a los informantes seleccionados en cada uno de los niveles de la estructura institucional. De forma paralela, se organizaron los grupos focales, las observaciones a las

capacitaciones dirigidas a las parteras y, finalmente, las entrevistas a las mujeres que acuden ellas.

Las entrevistas y los grupos focales se grabaron con autorización previa de las y los participantes así como de los funcionarios del IMSS-Oportunidades. Sus testimonios se transcribieron literalmente. En el caso de las capacitaciones sólo se tomaron apuntes de la relación establecida entre las parteras y los médicos que la dictaron, debido a que se pensó que la grabación podría provocar cierta interferencia.

Para el análisis de los datos se hizo una primera lectura de las transcripciones y, posteriormente, una codificación manual de los temas de interés del estudio. En una segunda etapa, se identificaron los discursos relevantes que aportaron una mayor explicación del papel de las parteras en la prevención del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual, así como la postura de los funcionarios del IMSS, de los agentes de salud y las mujeres.

2

El discurso de IMSS- Oportunidades en el proceso de interrelación con las parteras

El siguiente apartado trata la relación de los agentes del IMSS-Oportunidades con las parteras. Primero se aborda esta relación a través del discurso de un funcionario del nivel central, donde se diseñan y elaboran los programas de capacitación y los procesos de interrelación con las parteras. Más adelante se analiza el marco teórico desarrollado por el IMSS para implementar las capacitaciones. Después, se contrasta el discurso institucional con las percepciones que tienen los distintos funcionarios y agentes de salud sobre el quehacer de las parteras. Al final se analiza si se han incorporado contenidos sobre el VIH/SIDA y otras ITS en el ámbito de las capacitaciones y si existe o no un reconocimiento del saber de las parteras en este proceso.

Para recuperar el discurso del funcionario del nivel central buscamos entrevistar a un funcionario que por su antigüedad pudiera dar cuenta de la relación entre el IMSS-Oportunidades con las parteras. La reconstrucción que se presenta a continuación se realizó con base en una entrevista a profundidad con un funcionario que tiene más de diez años en la institución.

2.1. La relación de las parteras con el IMSS-Oportunidades desde el punto de vista de un protagonista institucional

Durante la década de los ochenta y principios de los noventa, el proceso de interrelación con las parteras en el IMSS estuvo a cargo del área médica. El saber médico elaboró el marco conceptual del enfoque conocido como “de riesgo reproductivo” que puso en funcionamiento los programas de atención materno-infantil y planificación familiar. La prescripción de métodos anticonceptivos se justificó como una intervención médica para prevenir riesgos de salud. Estos programas tenían como objetivo reducir la morbi-mortalidad materno-infantil y se buscaron estrategias para llevarlas a la práctica en el ámbito rural del país. El componente comunitario del IMSS-Oportunidades jugó un papel central dentro de estos programas. Dada la importancia de las parteras en estas zonas, se realizaron actividades que privilegiaron el contacto con ellas.

Antes de continuar, es preciso señalar que el IMSS-Oportunidades ha establecido una clasificación de las parteras según su grado de participación, no sólo en la atención de partos y el cuidado del recién nacido, sino en los procesos de organización comunitaria. Así, clasifica a las parteras en *eventuales*, *empíricas* y *tradicionales*. Las parteras eventuales son aquellas que han atendido algún parto, incluso suyo, por circunstancias accidentales, y debido a esta experiencia valoran como muy importante esta práctica y están interesadas en ser capacitadas por alguna institución. Atienden partos de manera ocasional y desean apoyar a su comunidad para obtener recursos económicos. Las empíricas son aquellas que poseen conocimientos del saber popular, no así de la cosmovisión propia de la medicina tradicional. Han recibido cursos de instituciones de salud para la atención del parto, la identificación y derivación de riesgos en embarazadas. Atienden partos con regularidad y utilizan algunos recursos terapéuticos de la herbo-

laria local. Por último, las parteras tradicionales pueden ser mujeres u hombres con el “poder de curar”, adquirido por la transmisión ancestral de la cosmovisión indígena tradicional o por evento de origen divino (rayo, sueño, enfermedad, revelación, mandato), lo que los hace poseedores de los conocimientos de la cultura local. Son reconocidos por la comunidad por su capacidad resolutive y conocimientos tradicionales. En su mayoría pertenecen a comunidades indígenas. Son portadores del sentir de la población; fungen como líderes comunitarios por su sabiduría y conocimientos, cumpliendo en muchos casos el papel de consejeros que armonizan la vida comunitaria. No desean ser promotores o trabajadores de las instituciones y demandan respeto y reconocimiento a su actividad (IMSS, 1992 y 2002).

En 1977 se inició la participación formal del IMSS con las parteras tradicionales. En un principio se puso énfasis en la atención del parto limpio y, posteriormente, se incorporaron aspectos relacionados con la protección anticonceptiva de la población y otras actividades de prevención y promoción de la salud. Se asignaron recursos financieros para organizar cursos de capacitación. Varias agencias internacionales aportaron recursos específicos para capacitación, instrumental y material didáctico, aunque éstos eran limitados. Por ello, se optó por centralizar las capacitaciones en los hospitales rurales, pagando el pasaje de las parteras desde sus comunidades y otorgándoles material para la atención del parto limpio y reconocimientos no monetarios. Este proceso provocó ciertos vicios en la operación, como lo manifiesta el funcionario del nivel central:

[...] como los recursos no eran tampoco ilimitados, lo que se hacía era centralizar la capacitación de las parteras [...] era un trabajo de estarlas motivando, de estarlas impulsando y estar ligándolas a la institución a través de reuniones que se hacían en los hospitales [...]. Lo que nosotros pensábamos es que la centralización había provocado ciertos vicios, ciertos problemas de operación para

nosotros, lo que pasaba muchas veces es que cuando ya regresaban a su comunidad no había tanto la responsabilidad, no había tanto el vínculo con la institución, porque su vínculo eran esas reuniones. En las comunidades, con los equipos de salud que están en las unidades médicas rurales, no había tanto vínculo, no existía tanto ese vínculo puesto que quien trataban eran otras personas, entonces el vínculo muchas veces se perdía y ya no había una continuidad en el trabajo.

El enfoque médico se orientó a la prescripción de métodos anticonceptivos y las parteras debían alcanzar una productividad en materia de planificación familiar. Fueron reagrupadas en función de los intereses institucionales y las eventuales y empíricas fueron las que mejor se adaptaron a esta dinámica. El resto de las parteras abandonó el vínculo, pues para muchas la planificación familiar contradecía su propio trabajo:

Se empezaron a crear complicidades, en función de intereses y necesidades específicas, entonces para ellas la planificación familiar era un contrasentido de su propio trabajo, por eso es que empezaron a exigir, y si nosotros les dábamos algún recurso, algún apoyo, entonces sí participaban. Al dejar de generarse todos estos recursos y al estarse disminuyendo cada vez más los apoyos y al cortarse de tajo, en ese momento fue cuando las parteras dijeron: “bueno, ya no seguimos trabajando con ustedes o ya no queremos seguir trabajando, que no están dando nada, pero si nos están exigiendo, y ahorita nos están exigiendo hacer cosas que van en contra de nuestro propio trabajo” [...] un poco ese fue el razonamiento y toda la lógica que empezó a darse de la vinculación institución-partera, desde luego que no fue un abandono total, pero bueno. Por toda esta situación [...] nosotros vemos un decaimiento de la participación de las parteras en las actividades de salud reproductiva, a veces hasta estrepitoso, un decaimiento bastante fuerte de su participación. Y es que nosotros decíamos: lo que hay que hacer es modificar esta red de complicidades que ya se había generado, rescatar su propio conocimiento, rescatar su mística, rescatar su filosofía de servicio.

Las parteras tradicionales llegaban a la comunidad y no reforzaban el vínculo con las UMR, por lo que la relación con el IMSS sólo la establecían con el hospital rural, lo que afectó de forma negativa la continuidad del trabajo en las comunidades. La intervención de las instituciones modificó el perfil de las parteras tradicionales, quienes fueron adoptando otros hábitos y prácticas, lo que modificó su participación en la atención materno-infantil. Pero también otros factores como la migración a las ciudades, debida a la falta de oportunidades económicas, contribuyeron a mitigar la tradición de acudir con las parteras:

A partir de estos diez años es que de pronto, al parecer, las parteras empiezan a envejecer, empiezan a desaparecer muchas parteras, se mueren y entonces no dejan sucesor. También de alguna manera las parteras fueron modificando su perfil a partir de toda esta intervención institucional, de esta capacitación tan intensiva, sobre todo muy enfocada a lo médico, es que el perfil se fue transformando, entonces lo que ellas dicen también es: “ahora los partos ya no son iguales”.

En 1998, la relación con las parteras pasó a la Coordinación de Acción Comunitaria del IMSS-Oportunidades y se comenzó a replantear con un enfoque integral, ya que esa Coordinación consideraba a las parteras como representantes de la medicina tradicional. El objetivo entonces fue fomentar, promover y apoyar su trabajo, conservar sus conocimientos y complementarlos con los de la medicina institucional. Para ese momento, el IMSS ya observaba una disminución del número de parteras, pues muchas habían muerto o envejecido y no existía un reemplazo intergeneracional. El documento “Reforzamiento de la interrelación con las parteras”, elaborado por el IMSS-Oportunidades, buscó fomentar nuevamente su participación, la cual, según este informante, se logró en el año 2000:

Desde el 98 ya se venía planteando cambiar todo el enfoque, bueno, no cambiar totalmente, sino seguir manteniendo la parte que siempre nos ha preocupado, que es de nuestro interés: la parte médica, seguir con la capacitación [...] lo enfocamos de una manera mucho más amplia, más allá de la planificación familiar, más allá de solamente la salud reproductiva, o sea, tenemos un planteamiento mucho más integral, puesto que para nosotros implica también la medicina tradicional, el uso, fomento a la promoción, apoyo a la medicina tradicional, es decir también conservar estos recursos [...] especialmente a partir del 98 que ya podemos tomar decisiones mucho más definidas hacia cómo vamos a enfocar el trabajo con las parteras, es que se empieza a plantear precisamente estas estrategias de reforzamiento de la interrelación de las parteras, desde ese tiempo se empezó a promover esta propuesta y es hasta el año pasado, en el 2000, que se cristaliza y se le empieza a dar una continuidad.

En ese año se recuperó la capacitación dialogada por experiencias, método educativo que permite una relación horizontal entre el personal institucional y las parteras, de forma que la capacitación se dirige tanto a ellas como a los médicos. Este método existe desde 1982 y junto con la capacitación formal permite rescatar las experiencias de la medicina tradicional, pero como en ese momento se privilegió el enfoque médico, el método no tuvo el efecto esperado. Este método educativo retoma los mismos contenidos y preocupaciones médicas que un curso de capacitación formal, pero trabaja grupos pequeños, lo que favorece un intercambio equitativo:

[...] nosotros lo que planteamos es que la relación, interrelación, regresara al origen, es decir, a las comunidades en donde se dan los problemas, donde hay que tomar las decisiones, donde tenemos que ver cómo le hacemos para coordinarnos, donde tenemos que ver realmente cómo resolvemos los problemas que hay en la comunidad de acuerdo a la situación propia de la comunidad. Por eso pensamos que el equipo de salud que está dentro de las comunidades tiene que retomar esta relación con las parteras y por eso era necesario descentralizar.

La incorporación de los programas de salud reproductiva enfrentó grandes retos en la práctica institucional. Pero el replanteamiento de la vinculación con las parteras tiene más que ver con las contradicciones que se dieron al interior del IMSS-Oportunidades que con las transformaciones de los programas de salud reproductiva, ya que la vinculación con las parteras se dio por la inercia institucional.

Los cursos de capacitación diseñados por la Coordinación de Acción Comunitaria, retomaron los marcos conceptuales de la investigación antropológica para llevar a la práctica los programas de salud en contextos rurales, indígenas y marginados. El IMSS-Oportunidades se propuso romper “la red de complicidades” que mencionó nuestro informante y encauzar nuevamente la vinculación institucional con las parteras tradicionales. Por todo esto, consideramos importante hacer una descripción y análisis de los cursos de capacitación y los procesos de interrelación que se desprenden de los programas elaborados desde el nivel central.

2.2. El marco conceptual de las capacitaciones: una revisión de los documentos de capacitación

La capacitación es una actividad sistemática en el Programa IMSS-Oportunidades. Se realiza de manera escalonada, de acuerdo con la organización por niveles en que opera el programa (central, delegacional, zonal y operativo: unidades de primero y segundo nivel). Todo el personal participa de esta tarea, ya sea como capacitador o como capacitado, según corresponda a los objetivos de la actividad y a su posición en la estructura. La capacitación se dirige tanto al personal adscrito al Programa y como a los individuos de las comunidades que participan en acciones de salud como se establece en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).

Los criterios que determinan los objetivos, contenidos y periodicidad de la capacitación se establecen a partir de las

características socioculturales y el conocimiento de los capacitados. Los problemas de salud se enfrentan con base en un diagnóstico de salud y considerando el desempeño de los prestadores de servicios. La supervisión por niveles y asesorías y la evaluación contribuyen a precisar las necesidades de capacitación, así como el uso de nuevas estrategias o procedimientos que requieren capacitación específica o la adaptación de los cursos o actividades regulares (García Moreno, 1997).

Este apartado tiene como objetivo analizar los instrumentos que se utilizan para la capacitación de las parteras en el IMSS-Oportunidades. Si bien existen los antecedentes de 1982 y 1992, en esta ocasión retomaremos sólo el documento “Actividades de reforzamiento para la interrelación con las parteras rurales” elaborado en el año 2000. Este material mantiene la estructura original de las anteriores propuestas. Es importante mencionar que no ha habido modificaciones sustanciales en el marco conceptual, pero sí en temas de la capacitación, en los que se incorporaron asuntos vinculados con la salud reproductiva. Asimismo, estos materiales muestran los conceptos explícitos e implícitos que están relacionados con la filosofía y mística del IMSS-Oportunidades.

2.3. El modelo educativo de la capacitación

El modelo educativo aplicado a las capacitaciones se denomina “capacitación dialogada por experiencias”. Se trata de un modelo didáctico participativo, el cual plantea que los métodos son tan importantes como los contenidos, y que la acción y la experiencia son el principal motor del aprendizaje. Esta metodología considera que los procesos educativos deben partir de las características y necesidades de los participantes, así como de los conocimientos que ya tienen (Flores Alvarado y Valladolid Gallardo, 1997). El objetivo de este modelo es lograr que los sujetos sean protagonistas de su salud, ya que esto implica participar en las decisiones,

responsabilizarse por los resultados de su gestión y comprometerse a buscar soluciones para los problemas de la vida cotidiana.

La capacitación dialogada por experiencias busca que el personal médico se adapte al contexto comunitario y se vincule con las parteras de manera armónica, teniendo un conocimiento previo de las prácticas tradicionales de atención materno-infantil y de los problemas de salud en estos espacios. Se plantea que el intercambio de experiencias permitirá acercar la práctica de ambas medicinas gracias a una comunicación constante con las parteras. El respeto y el apoyo mutuos son los ejes centrales de este intercambio, por lo que la interrelación se plantea como una estrategia medular para el funcionamiento de los programas de salud.

Este modelo plantea que las reuniones de capacitación se realicen en las UMR con el objeto de acercarse al área geográfica donde residen las parteras. Los personajes claves de la comunidad como la auxiliar, el promotor y el comité de salud seleccionan a quienes asistirán a los cursos de capacitación. A través del diálogo se identifican las necesidades de capacitación, recuperando los conceptos que poseen las parteras como marco de referencia para el intercambio de experiencias. Las sesiones se programan junto con las parteras, con quienes se acuerda el sitio, la hora y el tema a tratar, considerando que tanto los médicos como las parteras están sujetos a un sinnúmero de obligaciones.

El contenido curricular de la capacitación dialogada es ambicioso. En él se abordan los factores socioculturales que afectan la sexualidad y la reproducción de la población rural, además, plantea la realización de un diagnóstico de la salud sexual y reproductiva, la incorporación de la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos, el consentimiento informado, las ITS y la problemática de la población adolescente. En la atención del embarazo y el parto se abordan las adecuaciones de los servicios de salud a las condiciones culturales de las mujeres. Cabe señalar

que los contenidos buscan mantener el equilibrio entre el saber tradicional y el institucional, y existe un marcado interés por conocer las características socioculturales de la población para adecuar los servicios a sus necesidades.

El IMSS-Oportunidades les asigna distintas funciones a las parteras dependiendo de si son eventuales, empíricas o tradicionales. En el caso de las parteras eventuales, ellas deben aprender y reforzar sus conocimientos a partir de los cursos impartidos por la institución, derivar pacientes, informar sobre sus actividades de planificación familiar y salud reproductiva y capacitar a familiares que atienden partos ocasionalmente. Así, las parteras eventuales responden a indicadores institucionales, sus funciones son similares a las de un promotor de salud voluntario y su ámbito de trabajo no abarca la atención del embarazo, parto y puerperio. Las parteras empíricas, por su parte, deben reforzar sus conocimientos y compartirlos con las eventuales, realizar atención prenatal, atender partos, brindar consejería en salud reproductiva y planificación familiar en coordinación con el equipo de salud e informar a la institución de sus actividades como partera. Como puede verse, las parteras empíricas tienen un mayor campo de acción, pues abarcan también la atención materno-infantil, pero siempre bajo la supervisión del equipo médico.

2.4. Las parteras según el punto de vista de los agentes institucionales

Las percepciones de los distintos agentes institucionales permiten conocer hasta qué punto las parteras se ha integrado como agentes de salud relevantes en la atención a la salud reproductiva de la población. En otras palabras, esas percepciones muestran cómo se percibe a las parteras desde el modelo médico hegemónico y cuál es el lugar que ocupan dentro de la medicina institucional.

Los personajes entrevistados para esta investigación pertenecen a tres grandes ámbitos de la institución. En el primero destacan los médicos que ocupan altos puestos dentro de la pirámide institucional, generalmente ellos comenzaron trabajando en la UMR y con el tiempo han ido ascendiendo de nivel. El puesto de mayor jerarquía es el de delegado estatal y le siguen el coordinador del programa IMSS-Oportunidades, el supervisor médico regional, el supervisor médico zonal y, finalmente, el médico de la UMR, que generalmente está recién titulado y tiene menos experiencia. El segundo ámbito es el área de acción comunitaria. Quienes trabajan en ella pueden tener un título universitario, en la mayoría de los casos es el de ingeniero agrónomo, o pueden haber llegado a ese nivel por antigüedad y años de experiencia; tal es el caso del supervisor regional de acción comunitaria. El tercer ámbito es el de los agentes de salud, como son las auxiliares de enfermería y la asistente rural que participan en la UMR, generalmente estas son personas de las mismas comunidades.

Como puede verse, los agentes de salud son un grupo heterogéneo, por lo que en ellos encontramos diferentes formas de percibir el trabajo de las parteras, ya que las experiencias de vida y la posición que ocupan en la institución dan lugar a imágenes diferenciadas del trabajo que éstas realizan.

2.4.1. El delegado estatal

La entrevista con el delegado estatal muestra que este agente tiene una percepción muy positiva de la relación entre el IMSS y las parteras, muy cercana al “deber ser” del discurso institucional. Describe esta relación como un proceso en constante construcción, pues dice que desde la instalación del IMSS en el ámbito rural, la relación se ha dado con resistencias por parte del personal institucional, sin embargo, ha habido

una apertura y un trabajo comunitario que ha permitido la aceptación del trabajo de las parteras en el medio rural:

[...] en el Seguro Social las parteras rurales tienen su historia. Anteriormente medicina preventiva tenía un esquema de brigadas de parteras rurales, se fueron detectando en las comunidades, se capacitaron y se certificaron esas parteras rurales donde el enlace con los médicos fue difícil. Los médicos no querían simplemente que una partera hiciera un parto en la unidad médica rural, pero yo creo que eso ya se amplió, ya ahorita hay un gran enlace entre el médico y la partera rural, es fundamental porque todavía en la comunidad creen mucho en la partera. Anteriormente le llamaban comadrona ellos, pero ya tienen un lugar con nosotros en el Seguro Social muy distinguido las parteras rurales, las parteras empíricas como se les llamó posteriormente y yo creo que es fundamental su papel y el enlace que les estamos otorgando a través de las unidades.

No obstante, el discurso del delegado estatal no menciona las dificultades que enfrentan las parteras en la práctica; sobre todo, cómo la reducción del presupuesto en ha afectado la relación con ellas. Tampoco tiene presentes las necesidades que refieren las parteras en las comunidades —las cuales se abordarán más adelante—, ni las diferencias que aún existen entre la medicina institucional y la tradicional. En esta posición de la jerarquía institucional, el delegado esboza un conocimiento muy general acerca de lo que ha sido la relación entre las parteras y la institución.

2.4.2. El coordinador estatal

El coordinador estatal del Programa IMSS-Oportunidades considera que las parteras son “indispensables” en las comunidades indígenas porque aún son requeridas por la población debido a las costumbres que mantienen. Para él, la capacitación tiene como finalidad preparar a las parteras, propiciar el vínculo con los equipos de salud

y evitar complicaciones en la atención de los partos. Este punto de vista plantea en el fondo que los conocimientos de las parteras son insuficientes y no están totalmente preparadas para atender los partos, de ahí la importancia del equipo de salud de la UMR:

Las parteras son líderes en sus comunidades, sobre todo, las parteras tradicionales tienen un reconocimiento muy amplio de la comunidad, les tienen confianza. El reto es dar capacitación a las 440 parteras que están identificadas, pero que todavía no tienen interrelación con el equipo de salud. Tenemos un número importante de partos que atienden las parteras. En lo que va del año, casi 900 partos han sido atendidos por parteras, entonces, quisiéramos que esos partos fueran atendidos con la mejor limpieza posible y calidad para evitar obviamente complicaciones y problemas de salud.

Este agente de salud refiere que se han detectado muertes maternas donde la atención del parto se ha realizado con una partera, aunque en ningún momento considera las condiciones de vida de la población ni el tipo de cuidados que tienen las mujeres durante el embarazo. En su discurso hay un cuestionamiento de la capacidad de las parteras que no han sido entrenadas por el IMSS, e insiste en que es indispensable que ellas mantengan un estrecho contacto con el equipo de salud con el fin de que éste conozca sus actividades. Para él, la interrelación con las parteras se fundamenta en la derivación de mujeres embarazadas y parturientas que pueden estar en riesgo de una complicación e incluso en riesgo de muerte, pues considera que el trabajo de las parteras es identificarlas, derivarlas oportunamente y realizar sus procedimientos bajo un estricto control de higiene:

Todavía nos hemos visto inmersos en muertes maternas donde se involucra la participación de una partera, entonces, como ve, es fundamental que nosotros estemos trabajando muy de cerca con las parteras rurales. Y así como es la atención de partos, ir

identificando los riesgos, los riesgos de un embarazo, para que así ellas los deriven oportunamente al médico. En la atención de un parto limpio, con todas las medidas de higiene adecuadas, en cuanto se pueda tener una complicación inmediatamente llamen al doctor, o cuando identifiquen que el parto va a ser difícil, va a ser complicado, pues mejor lo deriven a la clínica. Que realmente este equipo de salud, este médico y las enfermeras que tenemos trabajen en esa comunión con las parteras, donde realmente ambas medicinas se complementen [...] porque con la cultura de nuestras gentes hay muchas situaciones mágico-religiosas [...] y nuestra medicina institucional debe de ser muy respetuosa de esas creencias y que cuando hay esas situaciones, ahí es donde debe de apoyarse con la medicina tradicional y resolver pronto ese problema.

2.4.3. El supervisor médico

Para el supervisor médico las parteras juegan un papel importante en la comunidad, ya que son personajes reconocidos y consultados por la población. Afirma que el IMSS-Oportunidades ha logrado ampliar la atención prenatal de las mujeres durante el embarazo, aunque no ha podido incidir en la atención del parto:

Es muy importante, sobre todo en la población indígena es donde los partos atendidos por ellas son más numerosos que los partos atendidos en las unidades médicas. Como líderes tienen una jerarquía dentro de la comunidad. Por la cultura de la población, insisto, sobre todo en la población indígena, las costumbres, las tradiciones, están muy arraigadas, entonces ahí es donde más se da esto de la atención del parto por las parteras. Si vemos todo el control prenatal lo llevan en la clínica, pero ya en el momento del parto se van con ellas, la atención el parto con la partera es parte de su cultura.

Este agente de salud considera a las parteras como empíricas, como personas que no están preparadas para atender los partos y, por ello, considera necesario tener un proceso continuo de

capacitación y de interrelación para corregir las prácticas dañinas. Este supervisor percibe la complementariedad como una estrategia que permite la capacitación y adiestramiento de las parteras:

Siempre se ha dado la interrelación con la medicina tradicional y con las parteras. Es algo que desde el inicio del programa se está dando, porque se ve la necesidad de generar esa interrelación, porque las parteras en las comunidades son una autoridad, entonces no podemos estar desvinculados de ellas. Este personaje no tiene ninguna preparación: son, como su nombre lo indica, empíricas. La función nuestra es evitar el daño, entonces, todos están conscientes de que es importante la participación institucional con esa parte del comunidad.

Esta forma de evaluar el saber de las parteras no coincide con el discurso institucional, según el cual se deben valorar y respetar sus conocimientos. El discurso del supervisor muestra también que la institución busca mantener un control sobre las actividades de las parteras por miedo de diferentes mecanismos, uno de ellos es preguntándole a las usuarias si se atienden con parteras, con el objetivo de que no suceda ninguna complicación a la hora del parto. Sin duda, existe el prejuicio de que la atención del parto con parteras aumenta la posibilidad de complicaciones:

Cuando nos llega una embarazada y nos dice que está viendo también a la partera, el equipo de salud visita a la partera para ver si ya la tenemos identificada, si es así, empezamos a generar una mayor interacción con ella porque sabemos que esa embarazada se va ir a atender con la partera, para que no vaya haber ninguna complicación.

2.4.4. El supervisor de acción comunitaria

Para el supervisor de acción comunitaria las parteras tienen una importancia fundamental porque surgen de la propia necesidad

de la población y del hecho de que, en el pasado, el Estado no podía sufragar los gastos de la atención médica. La expansión de la medicina institucional hizo que las parteras fueran cada vez menos esenciales, pero el sector salud no las podía excluir. Por otra parte, el supervisor atribuye la reducción del número de parteras a la mejora de las condiciones de vida y a la expansión de los servicios de salud en los contextos rurales; aunque no considera que las estrategias del IMSS-Oportunidades hayan repercutido en el trabajo de las parteras. Sostiene que el recorte presupuestal y de los estímulos que se les otorgaban, ha desestructurado la vinculación que se tenía con ellas, por lo que la relación se limita a que ellas promuevan la planificación familiar:

La partera surge de una necesidad, el hacerla a un lado era como tratar de decirle a la comunidad: te acepto a los hijos que tienes muy bonitos, pero al feo no te lo acepto. Cuando esto surge de una necesidad, que el mismo gobierno, que el mismo pueblo, no había podido sufragar. ¿Cuándo teníamos tanto médico para que hubiera en cada localidad? Y aunque lo hubiera, ¿qué tan capaz sería nuestro gobierno y nuestro pueblo para pagarles en núcleos tan pequeños? También debemos de decir que ha ido bajando el número de parteras, ¿por qué?, por que las condiciones han mejorado, por que ya ahora hay más opciones a escoger y antes era por necesidad y tradición. Con las parteras desgraciadamente no siempre se tiene la posibilidad de apoyarlas o estimularlas en toda la amplitud. Ahorita tenemos un promedio de 112 parteras rurales activas en relación constante, a las cuales se les está dando su estímulo de compensación por asistir a sus capacitaciones.

Este agente menciona algunos de los problemas que se presentan en los procesos de interrelación. Afirma que se ha invitado a las parteras a que atiendan los partos en las unidades médicas, pero no suelen hacerlo porque eso las deja sin ingresos; la promoción de la planificación familiar las deja sin nacimientos; la falta de recursos institucionales incide en la vinculación y trabajo

con las parteras y, finalmente, no se las puede obligar a hacer nada porque el suyo es un trabajo voluntario. El supervisor atribuye los problemas que surgen en la atención del embarazo y el parto a las parteras, sin embargo, el análisis de las entrevistas indica que ellas se desvinculan de la institución cuando ésta plantea estrategias que afectan sus ingresos familiares y, a la inversa, asisten a las instituciones cuándo ofrecen estímulos a su trabajo. Detrás de este discurso existe una ambigüedad al reconocer a las parteras como personal voluntario, pero también alguien que debe cumplir con el trabajo institucional:

Los problemas muchas veces se han dado por su idiosincrasia, los tabúes que se manejan, el hecho de que muchas veces consideran o sienten que se les quita la chamba: “Vente a la unidad y acá no te van a cobrar y la partera sí te cobra”. Se les ha invitado a las parteras a que atiendan sus partos en la unidad, independientemente de que ellas cobren, no hay problema, están haciendo un trabajo, pues es muy justo. [...] Otra es una situación que la manejaron bien pero muchas decían: “Que voy andar yo promoviendo la planificación familiar si yo lo que necesito es que haya chiquillos y nacimientos para yo ganar lo mío”. Otras, muy sensatas, trabajan mucho sobre planificación familiar o sobre lo que es la salud reproductiva con un sentido muy abierto [...]. Además, la otra situación, es que no podemos, si es personal voluntario, no podemos presionarlas a que estén siempre ahí con nosotros.

2.4.5. El supervisor médico zonal

Para el supervisor médico zonal, una de las funciones cruciales de las parteras es el fomento y promoción de la salud, la derivación de pacientes a la UMR, la difusión de métodos anticonceptivos y la atención de los partos. En este sentido, la prioridad institucional es la atención prenatal, que entra en el ámbito de trabajo de las parteras:

Juegan un papel en la promoción de la salud de la mujer, del menor de cinco años, de la planificación familiar, promueven la salud. El otro aspecto es “lo asistencial”, por las revisiones que le hacen a las embarazadas, el control prenatal, la nutrición. Nos derivan pacientes a la unidad médica. Entonces, serían tres aspectos los que cubren las parteras: la promoción, la derivación de embarazadas o de pacientes a la UMR, y la asistencial, que es la atención de los partos.

La vinculación del equipo de salud con las parteras consiste más en el control de las actividades que realizan, que en el fortalecimiento de sus actividades, pues no se les consulta sobre lo que les hace falta para mejorar la atención, el material con que se les podría auxiliar y los problemas que se han presentado en la comunidad:

El equipo de salud visita las localidades de acción intensiva. Cuando va el equipo de aquí de Ichán a Huáncito, siempre se entrevistan con la partera, para ver cuántas embarazadas tiene, cuántos han ido a control, cuántos ha referido a la unidad médica en ese lapso de tiempo, una semana, 15 días, y ahí se fortalece un poco más la interrelación. Con la capacitación y las visitas el equipo de salud durante los días de acción comunitaria, se fortalece la interrelación, en sus localidades.

El supervisor médico zonal tiene conciencia de que las parteras viven de su trabajo, sobre todo, ante la estrategia institucional de que las parteras atiendan los partos en la UMR, pero esto no ha funcionado porque las usuarias ya no pagan la atención si el parto ocurre en la UMR:

A las parteras les hemos ofrecido la unidad médica para que ellas traigan a las embarazadas y las atiendan dentro de la unidad. Las embarazadas saben que en la unidad médica no cobramos nada y al rato ya no le quieren pagar a la partera. Entonces, la partera opta por derivarla al control del médico, que la esté revisando y al momento del parto, a pesar de que se le hace el ofrecimiento de

que venga y lo atienda, ella prefiere atenderla en su casa, porque de esa manera les pueden cobrar. Porque de lo contrario, si las llevan a la clínica, ya no le pagan nada. Y a veces, el sustento de la partera es ése. Esa sería la única limitante, pero la coordinación con las parteras ha sido buena. El único limitante es ya al final, por esto del aspecto económico que ellas manejan.

2.4.6. El promotor de acción comunitaria

Para el promotor de acción comunitaria las complicaciones más fuertes que se dan con las parteras son las de mortalidad materna e infantil, sin embargo, señala que este tipo de eventos no representan en la actualidad un fenómeno significativo en Michoacán. Lo interesante en este caso sería analizar cómo se evalúa la mortalidad tanto en el ámbito de la medicina institucional como de la tradicional. Asimismo, el empleo de oxitocina en los partos, introducido por la medicina institucional, tuvo consecuencias negativas para las parteras, lo que llevó a impulsar nuevamente el uso de medicinas tradicionales, dado que las parteras poseen un mayor control de las cantidades que deben utilizar para no provocar hemorragias:

Hace mucho que no presentan problemas. Lo más fuerte podría ser una muerte materna o alguna muerte de algún niño, pero hace mucho que no se presenta. Por lo menos, era el elemento que se buscaba, la culpa de una partera en la muerte de una señora, pero ya tiene mucho, unos seis años, que no se presenta una muerte materna donde haya intervenido una partera [...]. Algo que hemos insistido nosotros es el uso de químicos, el uso por ejemplo, de la oxitocina, mientras ellas tienen plantas medicinales que hacen el mismo efecto y que son ancestralmente, pues mejor usen las plantas y no los químicos, que era un problema fuerte, muy fuerte.

El promotor reconoce que se debe estrechar el diálogo entre médicos y parteras, y que ambos agentes de salud deben tratarse

como iguales, pues afirma que, en muchas ocasiones, las parteras terminan enseñando a los médicos, mención que equivale a un reconocimiento explícito del papel que ellas desempeñan:

A nivel de la unidad médica, prácticamente es sentarse con la partera, es que el médico se siente con la partera, empezar hablando del clima, empezar hablando del frío o calor, y terminar hablando de la experiencia de la partera o de las dudas que tengan. Le dicen, por ejemplo: y a quién ha revisado últimamente señora, y la partera responde: pues a Fulana. Y le pregunta: ¿cómo está a la que atendió? porque no la he visto en la clínica, pero que la partera le diga cómo está, cómo vio a la recién parida. En ocasiones, había una partera que empezaba a decir que en la costa de Michoacán había un animal que se les metía a las señoras, si no la curaban se iba a morir en el parto, y ahí platicando: y ese animal, ¿qué será? El médico dándole la capacitación. A veces salen las parteras más bien explicándole al médico lo que tienen que hacer, porque hay algunos que no atienden partos.

El discurso del promotor identifica que el proceso de interrelación con las parteras no sólo depende de los estímulos y apoyos que se le puedan ofrecer, sino del trato que reciben de los médicos. Considera que es lógico que algunas parteras exijan una atención preferencial pues la institución les debe mucho por su trabajo voluntario y piensa que una acción poco amable por parte de un médico puede romper la interrelación con las parteras, aunque también puede ocurrir lo contrario. Este agente de salud subraya el trato interpersonal y la calidez con la que los médicos deberían tratar a las parteras. La visión de este agente no parte de una visión médica, sino del contexto cultural en el que se encuentra y no percibe las prácticas de las parteras como riesgosas:

Las parteras son muy sentidas, si te vas a tratar de platicar con ellas, si platican contigo y te escuchan y todo, y si les preguntas: ¿por qué no nos quiere?, nos dice (porque tienen muy buena memoria): porque hace cinco o seis años el médico que estaba la mandó

a la fregada. No la quiso atender, porque también quieren un trato especial ellas, y se lo merecen. Porque en ese momento, en que ella llevaba un dolor muy grande, a las siete de la noche y el médico no la quiso atender, y a partir de ahí ya nos fregamos. Igual que el médico que una vez pasó una señora con un burrito, se le echó a correr el burro y el médico salió corriendo atrás del burro, lo agarró y se lo entregó a la señora, y esa señora era la partera que tenía como cuatro años que no quería saber nada de la unidad médica, y con esa simple acción de llevarle el burrito, con eso ya se la ganó, y a partir de ese momento la partera le es fiel a la clínica. Ahora tiene que ver con que a la gente hay que tratarla como gente, sobre todo los sentimientos, hay que tener mucho cuidado, sobre todo con los indígenas.

2.4.7. El médico de la unidad médico rural

Para el médico de la comunidad, las parteras juegan un papel central debido a que se mantienen en contacto directo con la UMR y no sólo derivan a mujeres embarazadas, sino también con otros padecimientos. Considera a las parteras como parte del equipo de salud, aunque señala que su desvinculación con la UMR puede tener impactos negativos en la salud de las embarazadas, pues menciona que no pueden atender partos de alto riesgo porque no cuentan con el instrumental, el equipo ni los conocimientos para evitar una muerte materna:

Afortunadamente ellas están en contacto con nosotros, pero pienso que si dejaran de tener contacto o interrelación con nosotros, una, perderíamos conocimiento de casos de embarazos que pudieran ser de alto riesgo o simplemente del número de embarazadas que tenemos en la comunidad y no tendríamos forma de llegar tan directamente a ese tipo de pacientes, sobre todo con las de otras áreas. Aparte que estaríamos perdiendo un miembro del equipo de trabajo importante que no sólo nos está ayudando con las embarazadas sino que nos deriva pacientes a vacunación y nos deriva muchos casos. Claro, casi todo lo que hace la partera es en

relación a lo que es atención materno-infantil, pero de todas maneras no deja de ser un beneficio para nosotros.

El médico considera que los partos son atendidos de manera similar, pero que las diferencias se establecen en las condiciones de higiene y esterilización de los instrumentos y el empleo de los mismos. Sin embargo, tales procedimientos hablan de métodos distintos e incluso considera que algunas prácticas de las parteras son riesgosas, como el “masaje” o “sobada”, que se realizan para acomodar a los neonatos. El médico explica que en los cursos de capacitación se les ha pedido a las parteras que abandonen esa práctica, pues pueden enfrentar conflictos legales al ocasionar la pérdida de la madre o del hijo. Cabe señalar que el masaje es una de las actividades características de las parteras de esta región y que ha tenido buenos resultados, pues de lo contrario las parteras no la aplicarían. El médico también afirma que atender el parto en las unidades médicas rurales no ha funcionado porque al hacerlo ahí las parteras no perciben sus honorarios.

2.4.8. La auxiliar de enfermería

Para la auxiliar de enfermería las parteras cumplen un papel importante tanto en la comunidad como en la UMR. En la primera, porque se lo han ganado a través de su trabajo y la población les tiene confianza. En la clínica apoyan cotidianamente en la derivación de pacientes graves y con la vacunación de las embarazadas y sus niños. La auxiliar reconoce que sin las parteras no sabría en qué condiciones tienen sus partos las mujeres de estas comunidades:

Las parteras aquí son muy importantes porque la gente ya las conoce y es el mismo pueblo que ellos viven. Las parteras ya tienen mucho tiempo trabajando, entonces por lo mismo ya tienen confianza en ellas. Para nosotros es muy importante porque son un apoyo. A

veces cuando no está el médico, pues la gente siempre va con la partera o la partera a veces nos trae a los pacientes que ve graves. A veces que estamos ocupados con los pacientes ellas solas vienen a apoyar con los enfermos y ella dice: "mira aquí traigo que tuve un trabajo de parto". Y sí, pásale, y ya sabemos que ese trabajo pudiera hacerlo la señora, si no fuera la partera a lo mejor la señora se hubiera aliviado solita en su casa o se alivia en la calle, o muchas cosas pasarían las personas, pero ya teniendo a la partera ya es una ayuda con ellas, una ayuda con el paquete que tenemos con nosotras. Desde siempre han traído a los niños recién nacidos para la vacuna, pesarlos. Desde que he estado acá en esta unidad siempre han estado despiertas para traer pacientes.

Sin embargo, la auxiliar de salud también desconfía de las prácticas de las parteras, de ahí su interés por capacitarlas en el parto limpio para que utilicen sus guantes y tapabocas. A pesar de ello, la auxiliar respeta su trabajo porque la gente de la comunidad confía en ellas:

No estamos muy de acuerdo como ellas trabajan, por lo mismo tratamos de reunir a las parteras, capacitarlas para que tengan un poquito más cosas, que tengan guantes, su cinta, Isodine, que tengan toda a la mano porque a veces que ya no tengan y atender un parto así, entonces alguna infección que le toque a ese paciente y entonces adónde va ir ese paciente después sino que aquí a la clínica, entonces vamos a hacer prevención. No estoy muy de acuerdo en cómo trabajan, a veces no les alcanza venir a avisarnos, pues no estoy muy de acuerdo. Yo no estoy de acuerdo pero es trabajo de ellas, si la gente se siente tranquila y están contentas. Yo no estoy de acuerdo porque les lastima la sobada, pero ya la gente de aquí está feliz, yo no les puedo quitar la costumbre.

En este testimonio puede verse que las instituciones de salud se han movilizado para modificar algunas prácticas de las parteras y utilizarlas en el área de promoción y prevención de la salud, al tiempo que han continuado con la expansión y penetración de la medicina institucional.

2.4.9. La asistente rural

Para la asistente rural las parteras representan el primer médico de la comunidad, de ahí el papel central que adquieren ante cualquier proceso de salud-enfermedad. En la comunidad, los años de experiencia de las parteras son muy importantes ya que les permiten tener un mayor conocimiento de distintos padecimientos y dar una resolución más rápida a los problemas. Por eso, la comunidad reconoce más a las parteras de mayor edad:

Sí, sí son muy importantes. De hecho para la comunidad son como el primer médico las parteras porque aparte de que ya las conocen, las han visto desde siempre y ven que también hacen actividades y todo eso de salud, son muy importantísimas para la comunidad. Hasta los médicos saben que la partera es considerada como un primer médico en la comunidad; de hecho, ellas también detectan muchas cosas. Aquí en la UMR son muy tomadas en cuenta. Todas saben cómo trabajar. Siempre hay una partera que siempre es más... que sobresale en la comunidad, que dicen que sabe más o hace sus acciones que ella hace mejor y todo eso, pues siempre hablan más de una ahí en la comunidad. La partera es una señora que ya de hecho tiene mucha experiencia en atender partos, sobre todo son señoras mayores que ya han visto muchos partos, que los han atendido, pero, pues, de hecho es muy respetada por la gente, muy respetuosa la señora que es partera, entonces es alguien que sí sabe.

La asistente menciona que, a diferencia de los médicos, las parteras están todos los días en la comunidad y siempre responden al llamado de la población. Por otra parte, cuando el médico es hombre, tanto las mujeres como sus cónyuges prefieren que el parto lo atienda una partera, aunque tenga que pagar por estos servicios:

Hay veces porque el parto se presentó en fin de semana y no está el médico y se tienen que atender allá, y hay veces porque hay todavía

muchas señoras que saben que está un médico que es hombre en la UMR y tienen más confianza en una partera porque es mujer y se van para allá. Eso también es por algo ya de cultura, sus esposos también a veces no quieren que el médico las vea y se las llevan con la partera. No importa que la partera cobre una cantidad, se van con ellas.

Asimismo, considera que las parteras pueden identificar cuando un parto es complicado y utilizan la estrategia de derivación a la clínica en caso necesario:

[...] porque también ya las parteras saben detectar cuando no viene bien el niño, se va a poner la cosa grave, las derivan a la UMR y aquí, si ven que se va a poner muy grave, las derivan a otro nivel.

2.5. Resumen de la percepción de los agentes de salud institucionales sobre el trabajo de las parteras

El análisis de las entrevistas con los agentes de salud del IMSS-Oportunidades muestra que existe una percepción común sobre el trabajo de las parteras, aunque se trata de una apreciación ambigua, ya que, por un lado, todos reconocen que la labor que realizan las parteras es muy importante, pero también todos tienen una imagen negativa de algunos aspectos del trabajo de las parteras. En mayor o menor medida, todos los agentes entrevistados expresaron que los conocimientos y prácticas de las parteras son de alto riesgo. Esta imagen se produce y reproduce en el área médica y se traslada hacia el resto de los agentes de salud, ya que las capacitaciones son desarrolladas principalmente por médicos, lo que tiene un impacto en los distintos niveles de la estructura piramidal. Debido a esto, las complicaciones e incluso las muertes maternas se asocian directamente con las parteras y, por ello, los cursos de capacitación tienen como objetivo corregir y modificar sus prácticas.

A pesar de lo anterior, es importante advertir los matices y diferencias que existen en los distintos niveles de la estructura piramidal, pues en la medida en que se desciende en la jerarquía, encontramos un reconocimiento más espontáneo y abierto del trabajo de las parteras. En la cúspide formada por el delegado, el coordinador y el equipo multidisciplinario hay una fuerte percepción negativa de las parteras, pues en sus discursos afirman que no existe una apropiación de los lineamientos programáticos elaborados desde el nivel central y, por lo tanto, no se llevan a la práctica los conceptos de complementariedad y de adecuación de los servicios a los contextos interculturales. En la cúspide predomina la hegemonía del saber médico que desprestigia y subordina el saber de la medicina tradicional.

No obstante, en el resto de la estructura encontramos algunos agentes de salud que rompen con esa visión de hegemonía, como es el caso del promotor de acción comunitaria, quien al estar más estrechamente vinculado con el trabajo de las parteras, reconoce las limitaciones de su entorno, de acuerdo con su experiencia y conocimientos frente a las carencias de la medicina institucional, e incluso recupera algunas de las prácticas que han sido modificadas y desechadas por la medicina institucional.

En el ámbito comunitario existe también una reproducción de la imagen negativa de las parteras y sus prácticas, aunque también hallamos un reconocimiento a su trabajo, anclado en el argumento de que si en estas comunidades no existieran las parteras, no se conocerían las condiciones en que están las mujeres embarazadas y la forma en que se dan los partos. Para la asistente rural, las parteras representan el primer médico de la comunidad y juegan un papel fundamental en la atención de la salud de la población.

Por otra parte, las entrevistas muestran que la estrategia de atención del parto en la UMR va en detrimento del trabajo de las parteras, pues al ofrecer las unidades para la atención de los partos,

la institución no está comprendiendo la idiosincrasia de la población, ya que, para ésta, la atención de los partos sólo puede ser retribuida si se da fuera de este ámbito. Por si fuera poco, las parteras reciben el material de apoyo sólo dentro de la UMR y no fuera de ella, pero esta disposición deteriora los ingresos de este agente de salud, y además rompe con la tradición de la atención del parto en casa, la cual es preferida por las mujeres de las comunidades porque se sienten más cómodas y en confianza con la compañía de su cónyuge o suegra.

2.6. La interrelación en la práctica: la capacitación por intercambio de experiencias

En esta parte se analiza hasta qué punto se han incorporado en las capacitaciones los procesos de salud enfermedad relacionados con el VIH/SIDA y otras ITS, y cómo se incorpora el saber y la experiencia de las parteras en este ámbito.

Para conocer el proceso de capacitación utilizamos la observación participante con el objetivo de contrastar el discurso oficial con la práctica. La observación fue un instrumento que permitió captar información de forma dirigida y apegada a los diálogos que se establecieron entre médicos y parteras en las reuniones de capacitación.

La zona en la que observamos la capacitación cuenta con la mayor cantidad de parteras que están en interrelación con la medicina institucional. Cerca de 78% de los partos son atendidos por las parteras, mientras que las UMR atienden el 22% restante. El curso de capacitación se realizó en el Hospital Rural de Paracho. Para tal fin, se presenciaron dos sesiones con una duración aproximada de cinco horas cada una y en ellas estuvo presente la mayoría de las cincuenta parteras que hay en la zona.

2.6.1. Descripción de las reuniones de capacitación

Las reuniones de capacitación se realizan un día del mes en un aula del Hospital Rural de Paracho. Se cita a todas las parteras a las nueve de la mañana. La primera hora se utiliza para esperar a las que aún no han llegado, ya que las distancias de traslado desde las comunidades de origen pueden ir desde 30 minutos hasta cinco horas.

Las parteras son recibidas por el jefe de prestaciones médicas, un médico y una enfermera, así como por el supervisor médico zonal y el promotor de acción comunitaria. Se toma asistencia para poder hacer los trámites administrativos de su compensación y se les entrega una cédula para anotar la cantidad de partos atendidos, de mujeres enviadas a revisión prenatal, e incorporadas a planificación familiar. A las parteras de nuevo ingreso se les solicitan dos fotografías para gestionar su gafete del IMSS-Oportunidades.

En estas reuniones se van estableciendo y aceptando ciertas funciones, como la supervisión a otras parteras y la captación de nuevas. Las parteras deben asumir el compromiso de vincularse con la UMR de su comunidad y apoyarla en la organización de ciertas actividades.

A las 10:30 comienza la capacitación, la cual termina cerca de las 14 horas. Una enfermera hace la exposición de un tema y un médico refuerza los aspectos más complejos. Entre un tema y otro se realiza una sesión de preguntas o “intercambio de experiencias” por parte de las parteras.

Es importante decir que muchas de las parteras llegan sin haber desayunado y se mantienen en ese estado hasta después de la capacitación o hasta volver a sus comunidades. Cuando los organizadores del curso ven a las parteras muy cansadas o incluso dormidas las hacen levantarse unos instantes para poder continuar la sesión. Al final de la reunión se les paga una “cuota de

compensación” y se llenan las hojas de registro de las actividades realizadas por las parteras.

La capacitación sólo cubre el aspecto teórico de los temas, los cuales han sido seleccionados por el equipo médico del IMSS-Oportunidades. La teoría es impartida a grupo de entre 40 y 50 parteras en un aula con capacidad para 35 personas. Se utilizan como recursos didácticos un pizarrón, un rotafolio y un delantal transparente con la figura de una matriz para explicar el proceso anatómico-fisiológico del embarazo. Durante las exposiciones sólo unas cuantas parteras realizaron preguntas y ninguna tomó apuntes. La mayoría guardó silencio escuchando la exposición del docente y algunas cerraron los ojos.

Los contenidos de las sesiones presenciadas fueron: Riesgo reproductivo de las mujeres, Métodos de planificación familiar, Embarazo, Atención del parto limpio, Vacunación del menor de cinco años y Saneamiento básico.

2.6.2. Los contenidos

Los temas de las capacitaciones presenciadas responden a los contenidos tradicionales. En ningún momento se hizo mención de las ITS o del VIH/SIDA. Los cursos enfatizan el enfoque médico de riesgo reproductivo, lo cual indica que no ha habido una modificación de los mismos.

La capacitación resulta compleja debido al analfabetismo y al escaso dominio del español de la mayoría de las parteras. Esto dificulta entender cabalmente lo que se les está enseñando y es un aspecto crucial en la adaptación de los programas de capacitación en el contexto indígena. La capacitación en español ha sido un eterno problema para las parteras, que ha sido señalado por distintos autores, pero las instituciones de salud han hecho oídos sordos. Parecería que una correcta apropiación de los contenidos les interesa

menos que reportar con fines estadísticos el número de capacitaciones dadas.

La estructura operativa del IMSS-Oportunidades permitiría solucionar algunos de estos problemas. El médico zonal, que tiene a su cargo 21 UMR, conoce sus comunidades y el supervisor médico zonal habla la lengua de las parteras, por lo que una de las estrategias que se podrían implementar es acudir a traductores de las lenguas locales —en este caso el purépecha—, que a veces pueden ser las parteras mismas.

Pero el problema de la comunicación va más allá de comprender la lengua en que se dan las capacitaciones, pues implica entender la cosmovisión de las parteras en los procesos de salud-enfermedad. El obstáculo del idioma se puede resolver, pero la apropiación del saber tradicional por parte de la medicina institucional implica romper las barreras culturales que ha generado el saber médico durante décadas.

2.6.3. El “intercambio de experiencias”

Durante las capacitaciones observadas fue evidente que no se da un verdadero “intercambio de experiencias” como plantea el discurso oficial del IMSS-Oportunidades. Los contenidos son seleccionados por la institución y en ningún momento se le consulta a las parteras cuáles son sus necesidades de aprendizaje. Tampoco se intercambian las experiencias entre las dos medicinas; los capacitadores no se interesan por los mecanismos con los que las parteras atienden los procesos de salud-enfermedad y las experiencias de las parteras sólo se usan para detectar las prácticas que se consideran “dañinas” desde el ámbito institucional. Por ejemplo, un médico les recomendó a las parteras no practicar masajes corporales a las embarazadas, con el argumento de que los neonatos pueden enredarse en el cordón umbilical:

Ustedes no pueden tratar un parto de alto riesgo porque les puede ocasionar problemas: la muerte de la señora o del niño. Si un niño viene mal acomodado, por ningún motivo deben acomodarlo sino derivarlo a la Unidad Médico Rural.

Este tipo de recomendaciones muestra que el punto de vista médico no entiende las técnicas del masaje y la sobada, y se limita a identificarlas como dañinas. El personal encargado de la capacitación proyecta una serie de valores y apreciaciones subjetivas para descalificar la medicina tradicional. Esto es resultado de la falta de sensibilización y capacitación del personal médico, el cual no parece interesarse por comprender la lógica de las parteras ni de las comunidades.

Es necesario realizar un diagnóstico de las necesidades de las parteras, conocer la realidad en la que trabajan y entender cómo han aprendido su profesión. En suma, es necesario reconocer que las parteras tienen conocimientos y experiencias valiosas, a partir de las cuales pueden incorporar otros elementos. Sin embargo, como mencionan Mellado, Zolla y Castañeda (1989), es necesario revisar la diferencia que existe entre el modelo de las parteras tradicionales, que pueden afrontar el tratamiento de un buen número de padecimientos, y el de las parteras empíricas adiestradas, cuya actividad parece constreñida a los embarazos y partos normales. Esto por dos razones: la primera, porque el papel de las parteras empíricas que propone el modelo institucional funciona adecuadamente sólo dentro de un esquema que contempla una derivación oportuna y eficaz ante el embarazo y el parto distócicos; y la segunda es porque se desaprovecha el conocimiento que las parteras poseen como curanderas, en el contexto de un modelo de atención primaria de salud que busca el aprovechamiento pleno de los recursos comunitarios.

2.6.4. El reforzamiento de actividades de interrelación

En las reuniones de capacitación existe voluntad por parte de los funcionarios para que las parteras se vinculen con mayor confianza a la institución, tanto en el hospital rural como en las UMR. A las parteras se les dijo que ellas son bien recibidas cuando acuden con un paciente a la unidad de emergencia, sin embargo, las parteras recibieron con desconfianza tal convocatoria. Una dijo que: “Antes era un maltrato, no nos dejaban pasar, bajan a la partera, la partera se va a la chingada”, y otra afirmó: “Lo que nos dicen en el salón es una cosa y lo que pasa afuera es otra”. Frente a esta situación, el jefe de prestaciones médicas intervino para decir que: “ante cualquier caso de maltrato la partera debe acudir a presentar su queja, ningún médico las debe tratar mal [...]. Si ustedes llegan a urgencias identifiquen y señalen al médico cuál es el problema específico de su paciente y posteriormente describan con detalle el seguimiento de los hechos.

También se hizo hincapié en que las parteras adquieran el compromiso de atender sus partos en las UMR, con el fin de que tengan un parto limpio y cuenten con los materiales necesarios para atenderlo. No obstante, fuera del salón de clases un grupo de parteras se acercó al jefe de prestaciones médicas para solicitarle apoyo con material para la atención de sus pacientes, ya que tienen más de cinco años de no recibir nada por parte de la institución.

Lo anterior muestra parte de la complejidad del proceso de interrelación, ya que las parteras se muestran escépticas ante el funcionario y el discurso institucional. Asimismo, se les ofrece material para atender los partos al interior de las UMR, pero no se favorece el apoyo individualizado de las parteras para que ellas desempeñen sin problemas sus actividades. Existe apertura institucional cuando se trata de que las parteras deriven pacientes y atiendan los partos en las UMR, pero esa apertura no trasciende al ámbito de trabajo específico de las parteras, ya que sólo pueden

acceder a los materiales de apoyo si trabajan dentro de las UMR, lo que, como hemos dicho, afecta el pago por el servicio que prestan.

Los elementos que se han presentado muestran cómo el modelo médico hegemónico ha establecido un proceso de interrelación que ha beneficiado en algunos aspectos a las parteras, pero que también ha repercutido en el ejercicio y control de su profesión. A continuación se esbozan las perspectivas de las parteras a través de su propia voz y el quehacer de su trabajo en el ámbito VIH/SIDA y otras ITS.

3

Las parteras

En este apartado se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a las parteras con el fin de identificar los conocimientos que tiene sobre el VIH/SIDA y otras ITS, así como la forma como participan en la identificación, tratamiento y derivación de personas que presentan este tipo de infecciones. Además, se rescatan sus experiencias en los diferentes momentos en que se interrelacionan con IMSS-Oportunidades.

La edad de las parteras más jóvenes es de 40 y 58 años, mientras las mayores tienen entre 63 y 76 años. La antigüedad en el ejercicio de la partería es muy variada, la más joven apenas lleva cuatro años, las de mediana edad tienen en promedio 15 años de servicio y las más grandes entre 20 y 40 años de ejercicio. Todas las parteras que conocimos tienen bajos niveles de escolaridad y su lengua predominante es el purépecha.

La mayoría de las parteras realiza actividades complementarias a las tareas de partería para lograr su manutención. Una de ellas, por ejemplo, es viuda y la partería constituye su único ingreso, pero además su trabajo es un medio para

relacionarse socialmente, pues el carecer de un solar amplio le impide residir con sus nueras e hijos.

La formación de las parteras es muy diversa. La mayoría aprendió el oficio por transmisión intergeneracional de madres o tías, manejan la herbolaria y tratan las enfermedades denominadas por los antropólogos “síndromes de filiación cultural”, tales como el susto, los aires, las bilis, los empachos, la ojeada y el cuajo. Otras, aprendieron a partir de la experiencia de atender sus propios partos y posteriormente reforzaron sus conocimientos con el apoyo de una enfermera. Una de las parteras, por ejemplo, es asistente rural y también promotora del programa Oportunidades. Ella aprendió su oficio porque hizo un curso de primeros auxilios y posteriormente un médico le enseñó a atender partos. La Secretaría de Salud la formó durante muchos años e incluso su casa fue posada de nacimiento y actualmente forma parte del equipo de salud de la UMR.

En la mayoría de los casos, las parteras acompañaron durante un tiempo a quienes las enseñaron y las entrevistas reflejan que se iniciaron en este oficio por necesidad y, en la mayoría de los casos, han recibido capacitación para fortalecer su trabajo. La mayoría comenzó con miedo, como muestran los siguientes testimonios:

Me enseñé a ser partera por medio de una enfermera que trabajaba con Salubridad. Entonces nada más sabía sobar, dar masajitos. Aprendí por necesidad y luego vino la enfermera y me invitó a ver partos junto con ella. La enfermera atendía los partos y luego del parto yo sobaba a la pacientita. Como cuatro años anduve nada más sobando las pacientes, y ya luego me dijo la enfermera que ya estaba lista, que ya había visto partos y que ya me tocaba atender partos.

Yo casé, mi marido se murió y yo casé y él me dejó así embarazada, y yo parece como un perrito: nació el bebé y yo lo saqué por acá y lo acosté. Y otra vez así, dos veces así, una niña y un hombrecito.

Empecé así, pues una señora me dijo: “oye tú, no puede ver a mi nuera, está mala. Sí puedes, vamos”. Tenía pues miedo, pero con miedo y yo llegaba, pues antes de hacer el tacto ya estaba caliente el bebé y ahí empecé, trabajando, trabajando. Yo lo trabajaba a veces, y yo dije, yo no voy a estar así sino está, pues así registrado. Después esta señora, se llama Silvia, me llevaba aquí a Paracho, vamos, me decía, y así me conocieron las enfermeras y el doctor. También me fui al curso a Uruapan y Santa Clara. Dos veces fui, con el IMSS y también con Salubridad.

Mi tía me decía: “hija estás jodida, ni tienes mucha comida para hijos, enséñate, te va a servir siquiera para la comida para tus hijas, para que tu esposo vaya a las tierras”. Y así anduve mucho tiempo con mi tía y luego empezamos a ir a cursos con las enfermeras y doctores y ya llevo cuarenta años.

Los relatos de las parteras indican que tuvieron que pasar algunos años antes de arriesgarse a atender un parto, por lo que su experiencia como aprendices juega un papel fundamental que es complementado con las capacitaciones del Sector Salud. Asimismo, registrarse como partera en las instituciones representa para ellas un paso importante, tanto para las empíricas como para las tradicionales.

3.1. Los procesos de interrelación

¿Cómo es la relación que las parteras de Michoacán tienen con el IMSS-Oportunidades? Existen diferentes espacios de interrelación: uno es el Hospital Rural de Paracho, donde se realizan los cursos de capacitación. La UMR es un segundo espacio, ubicado en el marco comunitario. A ella llegan las parteras, ya sea con su paciente o con el bebé y la suegra e incluso usuarias del servicio. Finalmente, las interrelaciones se establecen con distintos agentes comunitarios, como es el caso de la asistente rural o la enfermera. Las parteras consideran que los cursos de capacitación son muy importantes

para ampliar sus conocimientos y asisten a todos los que son invitadas. Consideran que su experiencia no es suficiente y tratan de ser conscientes de sus carencias, de ahí la necesidad de asistir a los cursos:

Pos sí, es provecho pa' nosotros las parteras. Algunos que todavía no llegan a saber para saber, para aprender otro poquito más. Hemos ido pues el curso en Zamora, el Seguro [Social] en Tangancicuaro, en Salubridad, Chilchota, Acachuén, en la clínica y en Paracho. Ya tengo como cinco años.

Me gusta asistir a cursos porque cuando empecé como partera me enseñó una tía y por medio de cursos fui agarrando más práctica en atender partos, me orienté más de cómo venían los niños, cómo hacer que la paciente se recuperara más pronto.

Antes trabajé muchísimo, muchísimo. Empecé a trabajar de 20 años, así con las familias y con eso me enseñé porque yo no tuve estudios de nada, de nada, y empecé a trabajar ansina, ya cuando empezamos con los compañeros del hospital, ya nos llamaron, con las compañeras aquí, yo ya llevaba 150 bebés de levantar, bueno ya de trabajar.

La capacitación le permite a las parteras relacionarse con la institución y algunas incluso han comenzado a trabajar con el IMSS. Además, la capacitación les otorga un valor social en sus comunidades que no tenían antes de capacitarse:

La doctora a mí no me conocía, no sé ni cómo se llama, la del Seguro, la de Solidaridad. Y tan amable porque llevo y me presento con ella como partera y toda la disposición nos da, entonces, yo entro al Seguro como a mi casa, a lo mejor le llamo protección atrás de mí, porque una partera sola no vale nada aquí, no vale nada aquí, yo valgo por el Seguro.

Para las parteras tiene un fuerte significado sentirse aceptadas en las unidades médicas, pues significa que pueden ser vistas como parte de la institución. Ellas consideran que el trato que les da la institución es muy bueno y evalúan como armoniosas las relaciones que mantienen con los médicos y auxiliares de la UMR.

En las capacitaciones se insiste en que estén en contacto con la UMR y así las parteras asumen responsabilidades con la población y con la institución. Al capacitarse, ellas aprenden a identificar factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, y deciden si derivar o no a las mujeres con un médico. Esta situación les ha sido subrayada durante las capacitaciones, lo que provoca que acaten los mandatos de la medicina hegemónica y tengan menos autonomía:

Dice que ella tiene 32 años, que trabaja como partera, pero que ahorita tiene dos años que trabaja ya con la clínica y antes no, antes trabajaba libremente, y ahorita ya no, porque ahorita ya trabaja con los doctores, ya pues que manda a sus pacientes a la clínica y ya trabaja conjuntamente.

Las embarazadas vienen a que yo las detecte cómo están, cómo van. Yo también las canalizo a la clínica, para que las vacunen, para que el doctor les dé una checadita y conforme ellos digan, acá irlas vigilando, y en caso de que lleguen a tener una complicación, enviarlas al médico, porque aquí no podemos resolver esos problemas.

Luego, luego, después del parto, acompaño a mi pacientita con su bebé para que lo midan y lo pesen, le tomen la huellita de su piecitos y también a mi paciente.

Yo siempre envío a mis embarazadas a la clínica a que le tomen la presión, para ver si necesita vitaminas o algo y para que el médico también nos diga cómo va el embarazo.

En las entrevistas con las parteras surgió también la polémica de si atender o no los partos en las UMR. Como se ha dicho, esta estrategia no ha tenido éxito debido a que las pacientes se niegan a pagar la atención del parto si sucede en la UMR, por lo que la propuesta institucional atenta contra el medio de subsistencia de las parteras:

Si llevo a una pacientita a la clínica y la atiendo ahí, luego no me quieren pagar, luego me dicen que se atendió en la clínica, que no importa que el médico le diga al jefe de familia que le tiene que pagar porque él no hizo nada sino que la partera atendió el parto ahí en la clínica, que él nada más vio, pero que ni así le quieren pagar. Ella lo que quiere es que el doctor haga tomar conciencia más a la gente, de que si la partera atiende el parto ahí, pues hay que pagarle, pero no quieren.

Las parteras son parte del contexto comunitario y tienen las mismas necesidades que los habitantes de la comunidad, por lo que practican el oficio como parte de su sustento cotidiano. Además, la propuesta de atender los partos en las UMR no toma en cuenta que las mujeres se sienten más cómodas cuando los partos ocurren en casa de la partera o de la mujer que da a luz, y cuando se tienen los partos en la clínica, las pacientes deben permanecer acostadas, como indica la medicina institucional, pero esa postura no siempre es la preferida por las mujeres.

Por otro lado, las parteras señalan que han sido capacitadas para detectar complicaciones durante el embarazo y el parto, mantener medidas de higiene, recomendar el uso de métodos anticonceptivos, prevenir el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino. Sin embargo, no se han impartido cursos donde se aborden las ITS o el VIH/SIDA:

En los cursos de capacitación los médicos nos hablan sobre los cuidados que debemos tener con las mujeres embarazadas o con sus bebés después del parto, sobre que debemos esterilizar nuestros

materiales y tener mucha higiene, sobre planificación familiar para que las mujercitas se cuiden; nos han platicado sobre el cáncer de mama y revisarse bolitas en los pechos, sobre que la mujer debe hacerse el *papanicolaou*, pero no nos han hablado sobre esas enfermedades. A veces se trata ese tema cuando alguna de nosotras preguntamos.

A pesar de no abordar el tema en las capacitaciones, los médicos les han recomendado que cuando detecten un caso de ITS lo envíen a la clínica para revisión y tratamiento, indicando que las mujeres pueden tener graves daños de salud.

3.2. Las parteras y el VIH/SIDA

¿Cuál es la percepción del riesgo de infección que tienen las parteras sobre el VIH/SIDA? En los relatos que se recabaron resalta el miedo de las parteras a infectarse debido al trabajo que desempeñan, incluso algunas piensan que tal vez puedan estar infectadas:

Sí, yo la verdad me ha dado miedo, porque cuando uno lava la ropa de parto que sale bien llena de sangre, pues la verdad sí nos ha dado miedecillo, pues no sabemos qué tipo de persona estamos atendiendo.

Nosotros nos podemos contagiar de una persona que nos solicite nuestros servicios para inyectar y en un descuido que nos piquemos el dedo, sí nos podemos contagiar. Inclusive en atender un parto, que tenemos que poner una inyección indicada, y si es un sidoso, una sidoso, pues sí nos puede... por un descuido, aunque tengamos guantes, en el piquete de la aguja de la jeringa, sí nos podemos contagiar.

[...] a lo mejor nosotros no nos vamos a contagiar por una... ahora sí que por relación sexual, sino que a lo mejor por nuestro trabajo, y si ya estamos contagiadas, ¡te imaginas!

Existe la preocupación de contagiarse debido a las actividades que desarrollan como parteras, pero ésta surge cuando adquieren información del VIH/SIDA. Antes de esto, el SIDA significaba para las parteras una enfermedad cualquiera, pero obtener información las ha hecho tomar conciencia del riesgo:

Al principio nos parecía como una enfermedad cualquiera, como cualquier enfermedad, que de gripa, qué sé yo. Pero ya al leer el folleto pues ya vemos que es una enfermedad muy peligrosa. Al principio, era algo sencillo, que no le tomábamos mucho en cuenta, pero a fondo ya como tenemos cursos, bueno ya sabemos que el SIDA es una enfermedad muy peligrosa, contagiosa, que no tiene remedio, pues eso es todo.

Anteriormente no se conocía, por no estar capacitadas. Así nos puedan decir que hay esta enfermedad, no podemos pensar que sí es mortal, pero ahora que ya nos explican que esa enfermedad es mortal, peligrosa, o sea, que no tiene cura, pues ya nos preocupamos.

En lo relativo al conocimiento que tienen las parteras sobre el VIH/SIDA, se buscó conocer qué información tienen respecto a las vías de transmisión, la identificación de personas infectadas y los grupos que pueden estar en riesgo de adquirir la enfermedad. Las parteras identifican como las vías de transmisión del VIH el uso de jeringas contaminadas y el compartir rastrillos o cepillos dentales. Algunas mencionaron también la transfusión sanguínea, la lactancia materna y la vía perinatal. La forma de transmisión más conocida por las parteras es la sexual, y se la identifica principalmente entre la población migrante:

Bueno, pues las que tienen relaciones sexuales con gente extraña, gente de fuera que no es de nuestra propia comunidad.

[...] a lo mejor ya la gente de la comunidad nunca sale a ninguna parte, pues no hay, podemos pensar que no hay mucho peligro.

Aunque es cierto que el contacto sexual con “gente extraña” puede aumentar el riesgo de contraer el VIH, las parteras deberían saber que el virus puede propagarse en la comunidad también debido a gente de dentro, por lo que es necesario trabajar para que sepan que cualquiera puede estar en riesgo de tener VIH y que lo importante es tomar medidas preventivas.

Sin embargo, no todas las parteras conocen las diferentes vías de transmisión del SIDA, por lo que también están expuestas a contraer estas enfermedades. Por ejemplo, cuando inyectan, sus pacientes deben llevar las jeringas porque los médicos les han informado que sólo pueden usar las jeringas una vez y desecharlas, pero no tienen muy claro por qué. Lo anterior evidencia la necesidad de un mayor conocimiento y lo importante que es abordar los aspectos para el cuidado de la salud de las parteras mismas.

Las parteras identifican tres grupos de personas que están en situación de riesgo para adquirir el VIH: a) los migrantes y sus parejas; b) los hombres solteros, y c) los hombres o mujeres que tienen relaciones esporádicas o temporales con otras personas. Consideran que los hombres están expuestos en primer lugar a contraer ITS y VIH porque se relacionan con varias mujeres además de su pareja. Incluso perciben que estas infecciones son más frecuentes entre los migrantes jóvenes que se van a trabajar a Estados Unidos y aquellos que salen temporalmente a vender sus productos. También saben que las esposas de los migrantes pueden estar expuestas a una infección:

Las mujercitas se deben de cuidar y el hombre también, porque son muy andariegos, consigue esas enfermedades con otras mujeres y luego se las deposita a su esposa y por ahí empieza todo.

El SIDA lo traen los señores que van de aquí al Norte y regresan de allá con esa enfermedad.

[...] tenemos cantidad de gente que migra, cantidad de gente por necesidad de trabajo, pero pues casi ellos son los que llegan con el SIDA, los jóvenes, principalmente los jóvenes, que se van camiones llenos de muchachos, éstos creemos que sí tienen SIDA.

Pero hay parejas que, por ejemplo, tienen su esposa y nada más la van a buscar cada que vienen y salen ellos a trabajar al otro lado, éstos son los que debemos de protegernos, o sea, pa' prevenirnos de esa enfermedad.

Aunque por su condición de género las mujeres tienen dificultades para negociar el uso de medidas preventivas para protegerse de las ITS y de embarazos no deseados, es necesario ofrecer a las mujeres alternativas para implementar medidas preventivas y proteger su salud y su vida.

Algunos estudios han encontrado que los hombres solteros señalan como parejas sexuales a amigas y trabajadoras del sexo comercial y que sus relaciones sexuales son esporádicas (Bronfman y Minello, 1995: 56). Éste puede ser uno de los motivos por los que las parteras consideran que los hombres solteros están en una situación de riesgo:

[...] yo creo que el mayor problema es en la gente que, por ejemplo, en los hombres solterones, yo sí me he dado cuenta, éstos son los que están a veces afectados y se cohíben a intervenir en una plática, por decir, que si hay algún grupo, ellos solitos como que no se acercan tan fácil, no se acercan tan fácil y bueno, yo me he dado cuenta, que ellos son lo que probablemente, pus, fueron contagiados, o ellos también contagiaron.

En este testimonio se observa que la partera percibe que los hombres solteros (a quien llama "solterones") no se acercan a preguntar o aclarar dudas, posiblemente porque las mujeres acuden con ellas para resolver los problemas de salud tanto de ellas como de sus parejas. Más adelante veremos que las mujeres también

demandan a las parteras tratamientos para curar las ITS de sus esposos o compañeros.

Los solteros guardan silencio posiblemente como reflejo de su condición de género, pues diversos estudios han encontrado que entre los rasgos masculinos por excelencia están el no solicitar ayuda, no manifestar dolor, no mostrar que son vulnerables, y esta situación es mucho más visible en el caso de los solteros porque no tienen una pareja que actúe como intermediaria en su dolor, en su enfermedad.

Un tercer grupo que identifican las parteras son las personas que tienen relaciones esporádicas o temporales. Afirman que en este grupo se debe poner mayor atención para sensibilizarlo en el uso de condón y evitar que contagien a sus parejas:

Bueno, pues yo pienso de veras que si no andan con una sola pareja, pus prevenirse con el condón, verdad, porque si no usan el condón y si van con una señora que está contagiada, seguramente también lo va a contagiar y él va a contagiar a otras personas.

Como puede verse, las parteras manejan buena parte de la información que se debe tener presente en la prevención del VIH. Conocen varias formas de transmisión del virus, así como algunas formas de prevención y las prácticas sexuales de mayor riesgo. En este marco, lo importante es dirigir los esfuerzos hacia todos aquellos aspectos que no están claros para las parteras —como el por qué usar las jeringas una sola vez— o alertarlas sobre aquellos elementos que están pasando por alto —como el hecho de que las personas de la misma comunidad pueden adquirir el VIH entre ellas y no sólo con una persona extraña—, y las herramientas que pueden usar las mujeres para prevenir la infección. En este sentido, las parteras pueden jugar un papel importante para que las personas que tengan relaciones sexuales fuera de su pareja estable accedan a usar los condones.

Anteriormente se mencionó que las parteras han aprendido a identificar factores de riesgo reproductivo y obstétrico a través de signos y síntomas. Por eso fue de interés saber si conocían los síntomas de los enfermos de SIDA, porque consideramos que si aprenden a identificarlos, podrían enviar a las personas que sospechen que están infectadas a una unidad médica e incluso acompañarlas en su enfermedad. Las parteras de los dos grupos focales no habían sido capacitadas en estos temas y el conocimiento que tienen sobre los síntomas del SIDA dicen haberlo adquirido al leer libros o folletos. Los síntomas que refieren son: la presencia de fiebre, diarrea, pérdida de peso, ronchas moradas e inapetencia. Incluso una de las parteras que entrevistamos conoció a una persona enferma de SIDA:

[...] había un maestro, se escuchaba así un comentario que era sidoso, que tenía SIDA. Empezó adelgazar muchísimo, se empezó acabar, la debilidad llegó a tal extremo de que ya no iba a dar clases [...] ya no comía, quedo un hueso, flaco, flaco, entonces le hicieron los estudios, pero jamás supimos qué tenía. Muere el maestro y luego la mujercita ¿qué va a pasar con la mujercita? Porque se empezó a escuchar que era SIDA entonces en una ocasión llegó conmigo como a los tres meses, con fiebres muy altas, que se secó [...] y dije ¡ay caray! pus ponle que si dormía con él, a lo mejor ya está contagiada. La mandé al hospital, le hicieron el estudio y la perdí de vista, ya se llega todavía a ocultar, que no se sepa que tenga esa enfermedad, entonces esa muchacha, que por las vocales empecé a preguntar por ella, se fue a cortar maíz y allá murió [...]. Entonces, sí, sí hay el SIDA verdad, si llega gente con SIDA.

En este testimonio la partera percibe que si se oculta la enfermedad, si se guarda silencio, se dificulta el camino para que las personas infectadas cuiden de su salud y las que no lo están adopten medidas preventivas. Además, la partera se da cuenta de que el VIH puede estar en su comunidad y que es necesario actuar para que no se extienda.

3.3. Conocimiento de otras ITS

Uno de los objetivos del estudio era identificar si las parteras conocían otras ITS, además del VIH/SIDA. Las parteras reconocen y saben de la existencia de estas infecciones debido a su experiencia en la comunidad y también a que algunas realizan actividades del Programa Oportunidades, dentro de las cuales imparten pláticas sobre ITS. En general, mencionan que son enfermedades muy peligrosas de las que deben cuidarse tanto mujeres como hombres; no reconocen las ITS por sus nombres médicos, pero saben que se manifiestan en el flujo de las mujeres y que los hombres pueden tener ardor, comezón y en algunos casos granitos alrededor del pene. Cuando detectan este tipo de síntomas, algunas parteras envían a las personas a la clínica y otras les recomiendan remedios tradicionales. También señalan que como en la comunidad todo se sabe muy rápido, muchos de los señores con síntomas de ITS acuden con médicos de fuera:

[...] a las pacientitas que detecto con flujo debido a las ITS, las envío a la clínica para que las revisen y además se hagan el *papanicolaou*.

Dos señores que estaban trabajando del otro lado, vinieron conmigo y tenían comezón y granitos en todo su pene y los envié a la clínica, pero se fueron con otros médicos, por chismes y por vergüenza.

Quienes poseen un mayor conocimiento sobre ITS sí son capaces de reconocerlas por sus nombres, signos y síntomas, y porque las han visto en sus pacientes:

[...] yo tuve la oportunidad de ver a una persona, o sea, fue en este caso varón. En el hombre, en el miembro del hombre tenía así como unas ámpulas, unas ámpulas, y así al mismo tiempo se le notaba como si fuera una especie así de algodoncito y mucha comezón.

Yo también atendí una embarazada, un parto, en su momento llegó, venía ya en expulsión, y sí tenía toda la vulva inflamada. Tenía lo que le llaman cresta, así a los lados, terrible todo, inflamadísima toda la vulva y en la vagina. Obviamente había un escurrimiento espantoso, amarillento, fétido, como si fuera pus. La vulva tenía también, yo le llamaría chancros, así feos, con escurrimiento, tenía temperatura la mujer.

Muchas pacientes acuden con las parteras por problemas de flujo y reciben tratamientos e infusiones con diferentes tipos de yerbas, e incluso masajes, debido que estas enfermedades también provocan que la matriz se caiga. Para las parteras, los flujos en las señoras se pueden originar por diferentes motivos, pero las ITS están entre las principales causas. Además, las mujeres recurren a las parteras para atender estos males porque sienten mayor confianza con ellas que con los médicos, pues el pudor les impide aceptar que un hombre les practique una revisión ginecológica:

Sí, allí se lavan bonito, bonito, y cuando de al tiro ansina algunas no estén criando o que no tengan familia, a veces van a mi casa y me dicen: “señora vea cómo estoy, pero yo no aguanto de ardores”. Se lava con este jarrón y con estas yerbas y este polvito. Lávense bonito, bonito, luego se secan bonito y luego ya les doy una pomadita que hago de yema de huevo con aceititos y con eso les calmo eso. Después me dicen: “se me quitó eso”. Son medicinas, bueno, remedios caseritos que yo de antes hacía con mis enfermas, porque me resultaba esa enfermedad.

Las señoras cuando andan con este problema vienen con nosotras porque nos tienen confianza, porque nos tienen que mostrar sus partes y por eso les da vergüenza ir a la clínica y más cuando el médico es hombre.

Trato a mis pacientitas con enfermedades de transmisión, les preparo un té con tres diferentes tipos de yerbitas, además las sobo y les doy su masajito. Casi siempre doy estos tratamientos en la noche, para que las señoras puedan descansar. También las fajo, porque

cuando las señoras tienen mucho flujo se le cae un poco la matriz y esto se las levanta.

Las parteras señalan que las ITS no son detectadas a tiempo ni reconocidas por la población debido a que no tienen conocimiento de ellas. Es por esto que la mayor parte recurre con las parteras cuando las molestias son muy fuertes. También mencionan que las ITS no son motivo de conversación entre las parejas porque tocan aspectos muy sensibles de las relaciones maritales que pueden llegar a afectar la estabilidad del hogar y provocan en las mujeres miedo a quedarse solas en un contexto socioeconómico altamente vulnerable. Cuando derivan a las pacientes con el médico, recomiendan que la pareja también acuda:

Muchas de mis pacientitas vienen conmigo después de mucho tiempo, porque a veces piensan que lo que les pasa es algo normal y luego cuando yo les digo que tienen una de esas enfermedades, ellas sufren mucho.

Cuando ya vienen las mujercitas a tratarse estas enfermedades, yo les pregunto si lo hablarían con su esposo, pero las mujercitas se apenan y no se atreven a hablar de esas cosas, porque también temen ser abandonadas.

[...] si alguien de nuestras pacientes o de nuestra propia comunidad padece con estos padecimientos, bueno ya la trasladamos a la clínica, ya con la doctora y le da su chequeo, le detecta si realmente es o no es [...] pero si realmente es esa enfermedad, bueno pues ella también tiene que ir a su tratamiento junto con su esposo, porque para esas enfermedades no solamente es para la mujer, sino tiene que ser junto con su pareja.

Estos testimonios muestran que la práctica de las parteras está impregnada tanto de elementos tradicionales como de acciones establecidas por la medicina hegemónica, por lo que la tradición y la modernidad se alternan en su quehacer (Mellado, Zolla y

Castañeda, 1989). En lo que se refiere al tratamiento de las ITS, las parteras que derivan a sus pacientes con un médico enfrentan también diversos obstáculos:

[...] la embarazada tenía así, en la vulva, muchos granitos, unos como amarillos y otros blanquiscos [...] y yo consideré que en la forma en como tenía las contracciones ese bebé ya iba a salir, entonces yo le dije: “mira yo te llevo a la clínica”, y dice: “no de todas maneras no va a salir luego el bebé, voy a ir si me da tiempo”. Entonces fue y pus no, no la atendieron, solamente la revisó un médico y la volvió a regresar. Entonces cuando ella bajó para el hospital, porque ella ya se sentía muy mal, muy mal, entonces me gritaron y luego ya volví a ver, y dice su esposo: “sabe qué, atiéndale el parto a mi esposa, porque quién sabe qué doctor no me la atendió” [...]. Yo recuerdo porque luego yo le dije al doctor: “oye por qué no me la atendiste”. Dice: “ustedes como parteras no se dan cuenta como es que ustedes se pueden contaminar, se pueden contagiar, dice, esa señora tiene una infección muy fuerte”.

Este testimonio muestra que la partera identifica un riesgo importante en la mujer que está por dar a luz y toma la decisión de derivarla a una unidad médica, como le han indicado en la capacitación; sin embargo, la negligencia del médico impide que la mujer reciba la atención que merece y a la que tiene derecho. Luego del suceso, la partera le reclama al médico por no haber atendido a la mujer. Este hecho demuestra el compromiso de las parteras con su comunidad y el derecho a la salud, pues en este caso, ella actuó como defensora de ese derecho.

Otro de los aspectos de las ITS señalados por las parteras fue que las mujeres pueden quedar estériles a causa de ellas, lo que evidencia otro problema en la comunidad, pues, según la costumbre, los hombres son por naturaleza fértiles y las mujeres infértiles son mal vistas y se piensan que se relacionaron con otros hombres. Así, las ITS no sólo son un problema de salud, pues en estos contextos también se transforman en un problema social

porque las mujeres estériles son rechazadas por la comunidad y los hombres ya no se interesan en ellas:

Yo tuve una pacientita que no podía quedar embarazada y cuando no se curan son abandonadas por los hombres. El hombre siempre es fértil y aquí en la comunidad pensamos que cuando una mujer no se embaraza es porque anduvo con otros hombres y a esas mujeres ya no la buscan los hombres.

Por otro lado, las mujeres son las encargadas de la salud de la familia, y por esto son ellas quienes intervienen para que los hombres encuentren alivio a los síntomas de ITS, ya que ellos se caracterizan por guardar silencio ante el dolor, como señala una partera:

[...] yo curé uno ansina, vino su esposa y dice: “Ay comadrita, viera usted que mi esposo está mal. Llegó de trabajar, viera que está re malísimo, malísimo, se le rete hinchó allá y ahorita para ir, así al baño no puede orinar [...] y yo quiero que con esa pomadita que me hizo usted y esos remedios quiero que me componga usted esa medicina” [...]. Dice que a las dos curaditas quedó bien, eso se deshinchó, dice que sí, le vino esa pomadita y eso, eso de las yerbitas y el polvo.

Aquí puede verse el papel de intermediaria de la mujer, que va con la partera a explicarle el dolor de su pareja, y el papel de cuidadora de la salud del marido no sólo al obtener el remedio, sino al estar al pendiente de su curación.

3.4. Prevención del VIH/SIDA y otras ITS

Las parteras llevan a cabo medidas preventivas frente al VIH y otras ITS durante su trabajo cotidiano y promueven la prevención en su comunidad. Desde 1974, las parteras han sido capacitadas para realizar “partos limpios” que implican: descontaminar y esterilizar

el material que utilizan, usar guantes, mantener limpio el espacio físico donde se atiende el parto, e incluso algunas utilizan gorra quirúrgica y cubrebocas. Estas medidas se han implementado para evitar la muerte neonatal y materna. Sin embargo, a raíz de la epidemia del SIDA, en 1998 se les instruyó en técnicas específicas para descontaminar y esterilizar el instrumental utilizado, ya no sólo durante el parto, sino también en la inserción de dispositivos intrauterinos. Algunas unidades médicas apoyan a las parteras para esterilizar el instrumental, pero existen parteras que realizan esta tarea por su cuenta.

Un aspecto que se vio en las entrevistas es que, a veces, las parteras no tienen tiempo de descontaminar y desinfectar el material, debido a que no saben en qué momento tendrán que atender a una mujer durante el parto, así que en ocasiones se ven obligadas a utilizar el mismo. Sin embargo, otras parteras que experimentan la misma situación de tener que atender varios partos en un periodo corto de tiempo utilizan una sustancia química para esterilizar instrumental metálico. Algunas refirieron que, debido a las emergencias, tienen que atender partos incluso sin instrumental:

Hay veces que sin material tenemos que ir hacerlo, no se si sé acordará usted de la nuera de don Marcos, de ahí del bebé. Ya tenía su ultrasonido, ya tenía todo y ya su referencia, casi casi programado, o sea la atención tenía que ser con cesárea. De un ratito a otro ya me vienen a traer. Pero que era una diarrea, voy por la diarrea. No era cierto, ya estaba... ya el niño estaba afuera y estaba agarrado de acá, apretado, de cuatro kilos la criatura y primigesta. Yo dije, meto mis manos, nada más meto, ya de todos modos estoy involucrada. Llevaba un guante como remedio, entonces lo que yo hice fue irle a sacar la cabecita [...] Yo no sabía qué hacer, si meter las manos o no, pero yo dije, tengo que hacerlo, ya estoy involucrada, si al bote voy a dar pues no le hace, pero tengo que hacerlo, y vive la pequeñita, sí.

En lo relativo al uso de guantes, algunas piensan que no todas los utilizan porque no se los pueden colocar de forma correcta y eso lo han observado durante la capacitación. Otras consideran que sí pueden usar los guantes porque han adquirido práctica debido al número de partos que han atendido. Para las parteras, el uso de guantes es un medio importante para llevar a cabo un “parto limpio”, pues les permite evitar infecciones a la mujer, a su bebé, e incluso a ellas mismas.

En cuanto al VIH/SIDA, las parteras consideran que si tuvieran información específica sobre el tema, podrían ir más allá de comunicar y dar consejería a sus pacientes, estableciendo estrategias de información más amplias. Una partera que es responsable zonal del Programa de Oportunidades, dice que tiene contacto con muchas personas y considera que podría aprovechar esto para difundir información:

[...] si mi trabajo me permite estar viviendo con muchísima gente, yo siento que sería fabuloso que supiera bien, bien, lo que es un SIDA. Yo lo puedo leer y a lo mejor me gusta los libritos que voy comprando, pero si a mí dieran todo, todo, a lo mejor hasta ver, nunca me he acercado ante un paciente sidoso porque lo desconozco, lo he visto muerto nomás, pero si a mí me dieran una capacitación así bien dura contra el SIDA, aprovecharía al menos lo que me resta de enlace ¿verdad? Sería yo capaz de hacer una promoción así bien grandota porque estoy en contacto precisamente con los representantes de cada comunidad, entonces, si yo me reúno cada dos meses mínimo con 428 mujeres que están bajo mi cargo, sería una promoción fabulosa.

Este testimonio muestra la disposición que tienen las parteras para trabajar no sólo en la atención prenatal sino para promover medidas preventivas contra el VIH/SIDA. Ellas consideran que si son capacitadas en SIDA, pueden ser un medio por el cual las mujeres de sus comunidades reciban información al respecto. Saben que son escuchadas por la población porque pertenecen a esas

comunidades, son líderes reconocidas y tiene amplias posibilidades de influir en muchas personas. Por otro lado, las parteras consideran que el beneficio podría extenderse hasta los hijos de las pacientes que inician su vida sexual. Para las parteras la comunicación verbal ya sea a nivel masivo o interpersonal es fundamental y piensan que pueden utilizarla para lograr una acción colectiva y detener la epidemia. Como lo dijo una partera: “que aquí no hay SIDA, bueno, pues que no haya nunca”.

También mencionaron que se trata de un tema complejo, porque no se aborda en la pareja, ya que usualmente son las mujeres las que se cuidan para no tener hijos, porque han llegado a un acuerdo con su esposo, pero no se habla de infecciones en la pareja. La negociación del uso de condón es algo inusual en los contextos indígenas, pues las mujeres tienen papeles asignados por la tradición y éstos impiden que ellas adopten medidas preventivas como el condón:

Los hombres casi no utilizan condón y menos aún con sus señoras porque se darían cuenta que cuando andan vendiendo andan con otras mujeres. Mis pacientitas se cuidan para no tener familia, pero los señores no están acostumbrados a usar nada.

Uno de los obstáculos detectados por las parteras para acceder a mayor información sobre el VIH/SIDA es su poca escolaridad, de ahí la importancia de adaptar las estrategias institucionales al entorno de las parteras:

Nosotras casi no sabemos leer y escribir, por eso a veces aunque tengamos información en papel no la podemos leer y decirle a la gente esto o aquello. Por eso vamos a los cursos, porque nosotras aprendemos y ya después podemos decirle a la gente lo que les pasa.

Sin embargo, algunas parteras afirman que no logran comprender lo que los médicos les transmiten en las capacitaciones, aunque buscan que otras parteras les traduzcan o les expliquen lo que el médico está exponiendo. Algunas expresaron que les resulta muy penoso decir que no entienden los contenidos por su escaso manejo del español, pues manifestarlo implica rebajarse ante las demás:

Pos yo hablo poquito español y no le entiendo al doctor, entonces le pido a alguna compañera me diga, me pueda decir lo que está diciendo el doctor. Lo bueno para mí es que me hablaran en purépecha. Yo vengo a los cursos para ayudarme y para aprender otro poco. Pos yo no digo nada porque me rebajaría con las demás y eso me da pena.

En la epidemia del SIDA la vía de transmisión más importante es la sexual y las formas más efectivas para evitar el riesgo de infección en las personas sexualmente activas van desde la abstinencia, pasando por la monogamia exclusiva con una pareja no infectada, hasta el uso correcto y constante del condón. Las parteras han sido capacitadas para promover el condón y reciben cada dos meses una dotación de condones por parte el IMSS para otorgar a la población que se los demande y ellas se manifiestan de acuerdo con esta promoción, incluso entre las personas jóvenes:

[...] darles orientación a las parejas jóvenes que utilicen el condón, porque decirles “no tengan otra pareja” no lo hacen, andan de un lado para otro ¿verdad? Más que nada recomendarles, orientando a los jóvenes que usen condón, que tengan cuidado.

[...] empezar entre los jóvenes desde temprana edad a que conozcan los métodos de prevención, sobre todo que empiecen las relaciones tempranas verdad, como dicen extramatrimoniales porque ahora es muy común eso, y el muchacho no toma sus precauciones, entonces hay niños que me han llevado a mí en un desastre total

también con infecciones en su pene, por haber tenido relaciones a veces con mujeres maduras, y las pláticas creo que sí también aquí si han contribuido muchísimo en los jóvenes.

Por otro lado, las parteras también identifican que es importante informar a las personas que tienen otras parejas sexuales sobre la necesidad de que utilicen condón. Aunque en la actualidad el condón es poco utilizado en sus comunidades, las parteras afirman que se podría sensibilizar a las personas para que lo acepten. Ellas dicen estar promoviendo el condón en tres grupos de personas: los varones, las mujeres y los jóvenes. Consideran que a los varones se les puede sensibilizar para que usen preservativos si les hacen ver la gravedad de las consecuencias si no lo utilizan, ya que la infección los afectaría a ellos, a sus parejas e incluso a sus familias, además de que pueden obtener condones sin pagar por ellos:

Hacerles ver las cosas, de que si ahora sí se protege él, no se va a contagiar, ni va a contagiar a su pareja, pero si no se protege, si no quiere usar el condón, seguramente va a contagiar a su pareja, entonces no nada más ahí va a ser el afectado él, sino ahora si va a ser a toda su familia.

También decirle, comentarles que no les va a costar, se adquiere en las clínicas o con nosotras, y pues no van a pagar por ello, es más, a ellos no les va a perjudicar, les va a hacer mucho bien.

Las parteras reconocen que no es fácil “convencer” a las mujeres para que utilicen el condón, pero con ellas han implementado otras estrategias, pues como también distribuyen métodos anticonceptivos, consideran que podrían sensibilizar a las mujeres para que adopten el condón no sólo como anticonceptivo sino también para prevenir ITS:

[...] nosotros también como parteras podemos y hemos convencido que las personas utilicen el condón, tenemos usuarios con condón,

pero no es tan fácil, porque nosotros los convencemos por medio de muchas cosas. Inventamos, por ejemplo, la señora dice: "pues fíjate que a mí no me quedó la inyección, a mí no me queda la pastilla, a mí no me queda el DIU, no me queda nada, ¿qué voy hacer?" Mira, ya yo le empiezo a platicar, fíjate que hay esto, lo otro, te ayuda para que no te embaraces, y te ayuda para que no tengas alguna infección, porque tu marido no sabes ni dónde va andar y bueno hacer un labor de convencimiento y de esa forma podemos atraer a la gente.

Finalmente consideran que los jóvenes, pero especialmente las adolescentes, están más abiertas a solicitarles condones, lo que hace que las parteras sientan un mayor compromiso hacia ellas:

Ahorita ya inclusive tenemos también jóvenes de secundaria, de bachillerato que solicitan también sus preservativos... señoritas, y qué bueno. Nos sentimos ahora sí, halagadas en que ya ellas estén ampliamente preparadas. ¿Por qué? Porque si acuden a nosotras, es porque conocen que nosotras es un compromiso que tenemos. Más vale que se prevengan y no tener algún niño que tal vez ni nunca lo desearon tener.

Las parteras comentan que apoyan a las jóvenes, facilitándoles el acceso a este método, además de que les dan consejería para que cuiden su salud sexual y reproductiva. En este punto hay que señalar que a pesar de los esfuerzos de las parteras por participar en la comunidad, ciertos programas no las toman en cuenta. Por ejemplo, el IMSS desarrolló el Módulo de Atención Integral de la Salud del Adolescente Rural (MAISAR) para la atención de las y los adolescentes, con el fin de favorecer conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos, y propiciar el auto cuidado de su salud sexual y reproductiva. Se convoca a las y los adolescentes de la comunidad para crear comités juveniles. Según el modelo, el proyecto se fortalece por el apoyo de los agentes comunitarios de salud, entre ellos, las parteras, aunque muchas dicen que no han sido invitadas a participar de este programa.

El caso de una de las parteras es singular, debido a que es asistente rural, promotora del programa Progresá y además posee estudios primarios concluidos. Esta partera proviene de la comunidad y se relaciona con la institución de manera distinta a las otras. Su participación ha influido positivamente en la implementación del modelo para adolescentes y la comunidad lo ha aceptado sin problemas. Ella les explica a los padres de familia la importancia de que sus hijos asistan a las pláticas, participa de los eventos del programa y funge como intermediaria principal con la doctora. Su compromiso con la salud adolescente es fuerte, lo que se refleja en sus palabras:

Me da mucha tristeza ver chamacos de edad de 12, de 13 años ya borrachos, precisamente por eso quise que el DIF mandara o nos ayudara para dar pláticas a ver si podemos colaborar esos temas. La doctora ya dio pláticas de adolescencia y de planificación familiar porque muchas chamacas se echan a perder porque no conocen los métodos anticonceptivos, tanto el hombre como la mujercita también que no lo conocen y no saben qué es el matrimonio y con qué se van a cuidar. Las mujeres sí saben, pero como les da pena avisar a sus hijas, no les avisan, por eso con la doctora y los maestros nos invitaron para que fuéramos a darle pláticas sobre planificación familiar.

No obstante, este modelo no se ha podido aplicar en todas las comunidades porque lo que se propone parece ir en contra de las normas y costumbres de la población. Según el relato de la partera, en estas comunidades las parejas suelen casarse a edades muy tempranas y los padres siguen eligiendo el cónyuge de las jóvenes. Las mujeres son casaderas entre los 13 y 16 años y los hombres entre los 16 y 18. Cuando las adolescentes superan esa edad se les considera “quedadas” y empiezan a ser vistas como una carga para la familia.

Una vez casada, la mujer va a vivir a la casa de la suegra y queda bajo sus órdenes. Cumplido el primer año de matrimonio,

se espera que la mujer demuestre su fertilidad dando a luz un hijo. Si no tiene hijos en ese periodo, la mujer empieza a ser mal vista. Por todo esto, los temas que maneja el MAISAR atentan contra las costumbres comunitarias, lo que ha generado un ambiente de chismes y críticas. La partera que participa de ese programa dice que algunas de las frases que ha escuchado son: “Ahí se les enseñan cosas de adultos”, “Ahí solamente les enseñan a utilizar métodos anticonceptivos”, “La persona que les platica ya conoce todo de la vida (no es virgen)”, y que “Se les enseña a tener relaciones sexuales antes de tiempo”.

Son pocas las parteras que han sido oficialmente invitadas a participar en este modelo y su participación no es como consejeras o líderes comunitarias, sino para promover que los adolescentes asistan a los centros de salud. En la práctica, las parteras sólo comentan el programa con sus familiares jóvenes porque no es bien visto en la comunidad, y muchas prefieren no participar en el MAISAR. Una partera comenta las ventajas y desventajas que le ve al programa:

Esto por una parte está bien y por otra no. Por la parte que está bien es porque muchos muchachos ya cuando se casan son responsables, saben lo que les va a pasar si tienen relaciones y ya se casan sabiendo. La parte mala es de que los niños pues despiertan más, saben todas las cosas y hay veces que sin casarse tienen relaciones porque ya saben, entonces, es la parte mala que le veo. Los papás se quedan muy intranquilos porque han visto que parejas se han peleado porque la mamá ha dejado ir a los niños al CARA o al grupo de adolescentes, hay peleas, hay disgusto porque el niño va a aprender cosas que sólo los adultos deben de saber.

Este modelo rompe con el “deber ser” de las comunidades indígenas, sin embargo, las parteras podrían facilitar su introducción si les dieran un papel central en la comunicación con la población. Sabemos por experiencia que el modificar creencias y costumbres lleva tiempo, y en este caso se trata de que las personas adultas

reconozcan públicamente lo que se dice en privado, pues, tanto las parteras como los padres de familia saben que los jóvenes sí tienen relaciones sexuales y también que, a veces, algunos usan drogas o consumen alcohol. Sin duda, el MAISAR es un modelo educativo en el que las parteras podrían participar con éxito y esa participación podría fortalecer las tareas de prevención del VIH y otras ITS.

El IMSS ha creado toda una red de promotores voluntarios adolescentes. En un ambiente de canalización de casos hacia la medicina institucional, los adolescentes son inducidos a la prestación de servicios institucionales, lo que vuelve invisibles a las parteras. La cuestión es que, si existen procesos de capacitación para los jóvenes sobre diversas problemáticas, sería importante incluir a las parteras, quienes, debido al papel que juegan, también pueden brindar información a la comunidad.

Por otro lado, las parteras disponen de algunos folletos o rotafolios sobre VIH/SIDA que les han regalado algunas instituciones como Mexfam; sin embargo no todas cuentan con material que les sirva de apoyo para dar pláticas o consejería a la población que atienden. Esto significa hace falta material educativo para llevar a cabo actividades de promoción y sería muy importante para ellas disponer de este material para transmitir información a las personas de su comunidad.

3.5. Seguimiento de pacientes

En ciertos sectores de la población rural aún hay resistencia para acudir a un servicio médico, sin embargo, las parteras se han convertido en el vínculo entre los habitantes de las comunidades rurales e indígenas y las instituciones de salud. Como se ha visto, una característica de las parteras es el compromiso que tienen con sus pacientes, pues si ellas no pueden resolver un problema de salud, los derivan a una unidad médica e incluso los acompañan

hasta asegurarse de que sean atendidos y, en caso de requerir un tratamiento, están al pendiente de que no lo abandonen. La experiencia de las parteras es que no basta con derivar a pacientes, sino que es fundamental darles seguimiento.

Al preguntarles qué harían en caso de sospechar que una mujer pudiera estar enferma de SIDA, fue notable la solidaridad que mostraron estas mujeres para con sus pacientes. Una de ellas comentó que vivió el caso de una mujer con cáncer de mama y, desde su perspectiva, las enfermedades graves la obligan a implementar estrategias más personalizadas para acompañar a las pacientes:

Hasta la llevaría yo, ya no nomás la mandaría yo, la llevaría yo para que quede satisfecha si de veras fue [...]. Porque a mí ya me pasó con una paciente, que inclusive jue otro problema [...] le dije qué es lo que debía hacer y después le volví a preguntar, y me dijo sí, sí ya fui a la clínica [...]. La doctora fue y nada más le dio unas pastillas según para quitarle el dolor del problemita que tenía y de ahí se olvidó la doctora y se olvidó la paciente quizá porque se le quitó tantito el malestar y ya no volvió a ir. Después, otra vez volvió a tener el malestar pero ya más frecuente y más pior, y qué pasó, mi paciente salió con cáncer desarrollado [...] para otra vez, dios no lo quiera, me vuelve a salir otro problemita, pues quizá mejor la llevaría yo, ya yo misma para darle seguimiento.

En este ejemplo la partera subraya la importancia que tiene el seguimiento de pacientes, por lo que siente la necesidad de manifestar su inconformidad con la doctora que atendió a la mujer:

Ya yo la llevé, la acompañé [...] entonces ya fue como ya la doctora también ya se preocupó y ya se le ocurrió. Dice, pero ¿qué, sigue mal? Le digo, pus sigue mal, pus también usted, yo así le dije a la doctora, porque a mí me gusta hablar de claridosa, yo le dije: pus es que también usted ya no la volvió a citar [...] ni siquiera, le digo, usted se acomodió o hubiera usted tenido compasión por ella misma y le hubiera usted dicho “¿Qué paso con tu problema?”, sabiendo

que un problema del seno, o sea del pecho de las mujeres pudiera traer muchas consecuencias.

Este testimonio muestra que las parteras tienen un gran compromiso con las mujeres que atienden, por lo que luchan por cuidar su salud y contra la negligencia médica. En estos casos, las parteras actúan de acuerdo con su lógica y su solidaridad, lo que al mismo tiempo ilustra la enorme distancia que hay entre la lógica de los médicos y la de las parteras.

A juzgar por lo que dijeron las parteras, en el caso del VIH/SIDA este compromiso no disminuiría, sino que sería mayor, pues ellas dijeron estar dispuestas a acompañar y a dar seguimiento a los pacientes en cualquier tipo de enfermedad que padezcan, incluso el SIDA:

De una forma o de otra tendríamos que hacer las referencias que estamos manejando de por sí en nuestras comunidades, más ya mirando el riesgo, peligro de más gente, pues tendríamos que hacerlo, porque es nuestro compromiso, trabajar para mejorar, para prevenir y mejorar.

Acompañar a sus pacientes a las unidades médicas puede ocasionar que las parteras se enfrenten a situaciones desagradables, que podrían incluso desacreditarlas ante sus pacientes, pero aún así no dejan de luchar para ser tomadas en cuenta en las instituciones de salud. Los documentos que las avalan como parteras capacitadas les permiten romper en parte las barreras que se les presentan:

Lo que yo sí he sentido un poco, un poco desagradable, en veces muy desagradable, porque traemos, te decía a la paciente, en ese problema que yo tuve en una comunidad, yo tuve que ir a meterme a sacar al niño bien frío porque a parte de que, pues ya había nacido, ya había tardado, era prematuro [...], entonces lo traje al hospital, y pues no me gustó nada de que interviene el policía: "¡Tú no debes entrar! ¡Que entren los familiares!" La verdad para mí es

desagradable que te están diciendo estate o vete o qué, pero llevas a tu paciente y lo que yo he acostumbrado a llevar mi credencial, tanto de auxiliar de salud como de partera y sí te preguntan con buena voz: “¿usted está atendiendo a esta paciente?” [...] te están hablando bien y eso sí se siente uno bien, porque cómo quedamos nosotras las parteras que el médico nos está regañando delante de la paciente.

Pese a que algunas parteras se sienten rechazadas por los médicos, el ser reconocidas y respetadas por las personas de su comunidad las motiva a seguir ofreciendo sus servicios, además de que consideran que la comunidad las necesita, como lo dicen en estos relatos:

Nosotros le aseguramos, no nos vamos a retirar. Yo pienso y aseguro que no nos vamos a retirar, nunca nos vamos a retirar porque aún así, aunque no seamos, aunque no nos reconozcan como quienes somos, pero en alguna institución, qué se yo, pero, pues nuestra comunidad, las mujeres que hemos atendido, sus hijos, sus nietos y hartas mujeres nos reconocen, y por ese motivo no nos vamos a retirar.

Ya por la necesidad de tener un paciente enfrente, tenemos que hacerlo. Más que nada, el gusto que nos queda que la satisfacción de que sí pudiste atender a una persona, el respeto para ti ¿me entiendes? La comunidad, la confianza.

Ellas consideran también que un componente que las ha distinguido es el trato cálido y solidario que les dan a sus pacientes y esto es importante para que las mujeres sigan demandando sus servicios:

Nosotros con nuestra gente pues quizá podemos estar un poquito de mal humor, pero a nuestras pacientes debemos tratar lo mejor que se pueda para que ellas inspiren confianza con uno, porque si nosotros las tratamos mal, no vuelven, no vuelven y para eso

debemos darles una atención mejor, mejor y con mucho cariño, consentirlas, ya sea de esa enfermedad o como embarazadas, si porque si no, no vuelven, se van, dicen yo que voy a estar yendo para allá.

A diferencia de los médicos, las parteras se ven en la necesidad de dar un trato cálido a sus pacientes, pues conviven con ellas y con toda su familia de forma cotidiana, en cambio para los médicos las pacientes no son parte de su vida diaria y no mantienen una relación cercana con ellas.

3.6. Las necesidades de las parteras

Las parteras tienen innumerables carencias y deben luchar cotidianamente por su subsistencia. La mayoría ha ejercido su oficio por necesidad y complementa la partería con alguna otra actividad, como la alfarería y el comercio. Las entrevistadas manifestaron que la relación con el IMSS constituye un beneficio para ellas, pues además de que les permite ampliar sus conocimientos, les da prestigio estar avaladas con constancias que les proporciona el IMSS cuando asisten a los cursos de capacitación.

En cuanto a las necesidades específicas para llevar a cabo su oficio, ellas solicitan el material básico que utilizan en los partos: alcohol, algodón, gasas, ombligueros, tijeras, por mencionar algunos, ya que en los últimos cinco años no han recibido estos insumos por parte de la institución. Cuando las parteras proporcionan un servicio, reciben a cambio un pago por parte de sus pacientes que no siempre es inmediato ni completo. Puede decirse que ser partera no es redituable en términos económicos, pero aún así ellas no abandonan el oficio y son solicitadas ampliamente en la comunidad:

Antes tuvimos mucha ayuda, acá en el centro de salud me mandaban montañas de medicina. Yo daba medicina aquí para

los niños y para la gente grande y ahora no tenemos nada [...] cuando atiendo yo un parto necesito inyecciones para la hemorragia, para el parto, necesito algodón, necesito porque si la persona de repente tiene cólico, yo necesito medicamento y eso yo todo me compro porque acá no me dan. Hasta me regalaban suero y equipo y todo, bueno, todo, yo lo único que compraba era inyecciones para el parto, era lo único que compraba.

La gente a veces se enoja y me dice: “para qué te nombraron que ibas a trabajar en Ichán y no te dan medicamento”, le dije, mira, vamos a comprender, es que así, y así está la situación, qué quieran que haga. Mero allá en Los Altos no nos mandan nada de medicamento [...]. Antes de todo me traía salubridad y yo aquí la regalaba, la gente por eso venía así cualquier cosa, yo hasta la noche no tenía tiempo de descansar porque diario, diario yo aquí trabajé y trabajé hasta las diez, once, me despertaban a las doce [...] pero ahorita ya no tengo nada.

En los cursos le pedimos al médico material pero no nos dan nada. Ya le avisé al ingeniero, le dije: “pues mira, yo no estoy reportando porque no tengo haz de cuenta que no tengo nada de apoyo porque no me dan”.

Ahorita ya no hay medicamentos, nomás la receta [...] y si la gente no tiene con qué comprar qué va hacer con la receta, eso también nos causa mucho problema porque hay gente humilde que no tiene nada de billetes para comprar su medicamento [...]. Por eso digo, está muy difícil ahorita, difícil en cuestión de que ya no tenemos nada de medicamento, y así está el centro de salud también en Chilchota, así están con puras recetas.

Las parteras comentan que antes les daban material para la atención del embarazo, parto y puerperio, pero que en la actualidad deben comprarlo ellas mismas. De ahí que para ellas sea todavía más importante la retribución que reciben de su paciente, pues es una manera de cubrir sus gastos.

Así, aunque el discurso del IMSS-Oportunidades habla del fortalecimiento y apoyo de este agente de salud, en la práctica lo que ha ocurrido es un recorte de recursos que afecta negativamente las condiciones de atención de la población, pues en las poblaciones rurales e indígenas generalmente no existe dinero suficiente para que la población compre los insumos necesarios para la atención de un parto.

Por otro lado, las parteras logran una amplia vinculación de la población con la UMR, pues ellas acompañan a sus pacientes y generalmente no atienden un parto si su paciente no ha sido revisada antes por el médico. Desde sus posibilidades, ellas cumplen con los procesos de interrelación, trabajan y seguirán trabajando con o sin el apoyo institucional, pues con el tiempo han aprendido que a veces las instituciones tienen recursos para apoyarlas y a veces no. Éste es un factor que afecta de alguna forma la relación entre las instituciones y las parteras, pero sobre todo es un elemento que impacta en las condiciones de salud de la población y pone de manifiesto la complejidad de los procesos de salud enfermedad.

Para las instituciones del Sector Salud, las parteras juegan un papel fundamental, no obstante, que los procesos de interrelación están supeditados a los recursos disponibles y a la ausencia de un rubro presupuestal destinado a ellas, lo que la ha ubicado históricamente al margen de la medicina institucional. En este sentido, los procesos de interrelación representan un intercambio de mutua conveniencia, motivo por el cual esta estrategia se mantenido desde la conferencia de Alma Atta organizada por la OMS en 1978, en la que se dio un importante impulso al trabajo de las parteras, hasta la fecha.

4

Los médicos

Este apartado está dedicado a analizar la importancia que tienen las ITS y el VIH/SIDA dentro de los programas del IMSS-Oportunidades. Para ello, se realizaron entrevistas a profundidad con distintos funcionarios que ocupan puestos estratégicos en el nivel central y estatal, en las áreas de salud reproductiva y de participación comunitaria. De igual forma, se retomó la perspectiva de los médicos enclavados en las UMR, enfatizando la relación que éstos han establecido con las parteras en la atención, detección y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA. La información se obtuvo mediante grupos focales en los que participaron ocho médicos (cinco mujeres y tres hombres) y también se realizó una entrevista a profundidad. Los hombres tenían en promedio 35 años y las mujeres 30. La mitad de los médicos tenía más de dos años participando con IMSS-Oportunidades, dos eran pasantes que prestaban su servicio social y el resto era de reciente ingreso.

4.1. El discurso médico desde el nivel central y estatal

Desde el nivel central se concibe que es principalmente a través del enfoque médico y desde la consulta externa en la UMR donde se debe dar tratamiento a las ITS. Este discurso considera la participación de otros agentes de salud (auxiliar, parteras y personal comunitario) como simples canalizadores de pacientes o como personajes que informan a la comunidad de estos problemas para que recurran con el médico. En el caso de detectar a un paciente con VIH/SIDA, la UMR no cuenta con la infraestructura para ofrecer tratamiento, por lo que el caso se deriva a un hospital rural donde se confirma el diagnóstico. Sin embargo, este ámbito tampoco está preparado para atender al paciente y sólo lo apoya en futuras complicaciones:

[...] las auxiliares de área médica o las parteras o personal voluntario para lo único que prácticamente apoyan es para canalizar al paciente o para darle información para que el paciente se ponga en alerta y vaya con el médico, y ahí el médico obtiene la oportunidad de tratar las enfermedades de transmisión sexual y de derivar por ejemplo, casos de infección por VIH/SIDA, que sería la más grave y no tiene acceso de tratamiento. En los hospitales rurales se confirma el diagnóstico y pues realmente se atenderán las complicaciones porque tampoco se tiene la suficiente estructura para darle un tratamiento con todo un protocolo, se requiere un hospital.

Este relato refleja, por un lado, que las ITS son consideradas como un componente de la salud reproductiva, pero sólo desde un enfoque médico, pues se desconoce el papel que realizan otros agentes de salud en este ámbito, como sucede con las parteras, lo que explica por qué no se les ha capacitado en este tema. Esto es indicativo de la desvinculación que existe en el nivel central entre el área médica y la comunitaria. Por otro lado, desde el nivel central también se afirma que no hay la infraestructura ni el presupuesto

necesario para dar tratamiento a las personas con SIDA. En este sentido, si el VIH/SIDA es incorporado como un programa prioritario, es importante desarrollar estrategias de prevención, pero también hacer consciente a la población de las limitaciones institucionales para dar respuesta a esta enfermedad.

Entre los funcionarios del ámbito comunitario no se ve a las ITS y al VIH/SIDA como asuntos que maneje su área, por lo que no existe un discurso al respecto. Ya en el ámbito estatal se reconoce que el SIDA está llegando a las comunidades rurales y se le considera una enfermedad cara que afecta a los programas de la institución, que no está preparada para atenderla por la falta de presupuesto. Este discurso coincide con lo expuesto en el ámbito central:

Al campo también llegan inclusive el propio SIDA que está afectando mucho nuestros programas que son enfermedades caras, así les llamaríamos nosotros pero ya tendremos que ir cambiando los cuadros básicos para poder contener todas estas patologías. Insisto, anteriormente no eran esas patologías eran otras, eran diarreas, aspectos respiratorios, pero ahora está cambiando la situación.

También en este nivel se percibe a los migrantes que van a Estados Unidos como el grupo más expuesto al VIH. Sin embargo, este enfoque puede reforzar estereotipos que dificulten el desarrollo de programas preventivos, pues si bien es importante identificar situaciones de riesgo como la migración, no hay que olvidar que toda la población puede estar expuesta al VIH:

Una patología que nos llega es el SIDA, que nos está haciendo estragos en algunos aspectos. Estragos yo digo porque mucha gente del campo del IMSS-SOL que tiene prevalencia se van a Estados Unidos, entonces ahorita es uno de nuestros problemas.

Desde 1998 se desarrolla en la institución el MAISAR, que contempla entre sus objetivos desarrollar estrategias de prevención entre adolescentes, quienes ofrecen menor resistencia al cambio

de actitudes. No obstante, como se dijo antes, este programa ha tenido problemas de aceptación en diversas comunidades por abordar temas de sexualidad con jóvenes, lo que parece ir en contra de los elementos culturales y comunitarios, pero a pesar de ello, resulta central para la institución:

[...] ayudándolos para sus tomas de decisiones posteriores, ése es el objetivo central, que a través de esa información que les estamos dando, esa comunicación y esa capacitación que se les está dando en desarrollo personal, en desarrollo de ellos mismos, en conocer sus valores, en autoestima —ése es uno de los temas, un abordaje que les damos mucho—, y que ellos vayan sintiéndose que son personas valiosas que valen mucho, y que se vayan conociendo a sí mismos como personas [...] que realmente piensen ya, si se van a casar jóvenes, pues que primero decidan, que se esperen y que disfruten su sexualidad y que hasta que realmente sean aptos como personas, lleguen a tener un embarazo, un hijo, si es que se casaron jóvenes o si no, que lo piensen dos veces y mejor primero hagan alguna carrera, traten ellos de brindarle, de buscar alguna alternativa de estudio, qué se yo, que se preparen mejor y entonces si, ya se casen en una edad más adecuada arriba de los veinte años.

La estrategia del MAISAR se basa en las acciones que realizan los mismos jóvenes, en tanto líderes juveniles, considerados como personajes medulares para desarrollar la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, lo que refuerza la idea de que las parteras no son un agente de salud importante en este ámbito:

Sobre todo, decirles cómo se cuiden ahorita de las enfermedades que están expensas, de las enfermedades de transmisión sexual, que se cuiden porque mucha veces como se hacía, como conocían ellos, pues a través del amigo, del grupito, no iban y se lo preguntaban al papá, oye papá cómo es SIDA, qué es esto, no, iban y se lo preguntaban al médico antes o través del grupito o a través de novelas es que ellos se enteraban con una información distorsionada, equivocada, y 'ora, 'ora pues a través de nuestros

equipos de salud, de nuestros líderes juveniles, porque tenemos líderes juveniles que son nuestros monitores y son los que están propiciando el acercamiento de los jóvenes, es ahí donde digamos teniendo mayor penetración y mayor difusión.

Los funcionarios perciben que la implementación de este modelo está estabilizando la expansión del VIH/SIDA y las ITS; sin embargo, reconocen que los jóvenes no son los únicos expuestos a estos eventos y que la estrategia de centrarse en grupos específicos es correcta, siempre y cuando se desarrollen programas para el resto de la población y el modelo preventivo se acompañe de la detección y tratamiento, aunque como se ha señalado, la institución tiene limitaciones al respecto. Reconocen también que los aspectos culturales sólo podrían modificarse si hay transformaciones en los papeles asignados tradicionalmente tanto a los hombres como a las mujeres, de lo contrario, la prevención a través del uso del condón, no podrá tener impacto entre los jóvenes.

Es importante mencionar que conforme se desciende en la estructura, el discurso de los distintos funcionarios hace evidente que la institución ha apostado a un modelo en el que los jóvenes son los actores del cambio y donde existe una clara ausencia de las parteras y otros agentes comunitarios. Para la institución, trabajar con los líderes juveniles es una cuestión estratégica pues se percibe que la comunicación entre jóvenes tendrá un mayor impacto, pues se parte de la idea de que las generaciones más viejas pueden obstaculizar el desarrollo de algunas de las medidas preventivas. Sin embargo, esta estrategia excluye las normas y valores de la población y, como se ha visto en el discurso de las parteras, ellas aceptan la presencia de las ITS y el VIH en sus comunidades, y están dispuestas a apoyar las tareas de prevención y atención de estos males. De igual forma, ellas manifiestan que muchos jóvenes se les acercan para pedirles consejo, y por ello están interesadas en actuar coordinadamente con el MAISAR, aunque esto no coincide con la visión médica, como se ve en el siguiente relato:

[...] ahora sí van a trabajar con gente de su misma edad, con gente de su manera de ver las cosas en su momento, porque si pusieramos alguna persona de más edad, obviamente ahí empezariamos con la renuencia, con el rechazo de los adolescentes con la persona de mayor edad, y la gente, la limitante de no poderle platicarle, en confianza a los adolescentes. Yo pienso que es con la finalidad de que tengan la misma manera de ver las cosas, de pensar y de actuar, con grupos de casi de la misma edad.

En resumen, los distintos funcionarios manifiestan que tanto las ITS como el VIH/SIDA son componentes importantes de la salud reproductiva. Sin embargo, la institución no cuenta con la infraestructura y los recursos adecuados para atender a las personas que viven con VIH/SIDA. Además, ambas problemáticas son incorporadas en el MAISAR, programa que contempla sólo a la población adolescente y deja de lado al resto de la población en el desarrollo e implementación de estrategias preventivas. Las parteras no son incorporadas como un agente de salud que participa activamente en el ámbito preventivo de las ITS o el VIH y, por tanto, no son capacitadas en estos temas, aunque en la práctica se ven obligadas a atender estas problemáticas y ofrecen información a la población, incluidos los jóvenes.

4.2. La inserción de los médicos en las UMR y su visión del mundo

La mayoría de los médicos de las UMR provienen de ámbitos urbanos, por lo que la experiencia de trabajo en las comunidades rurales confronta su visión del mundo con una realidad que les era desconocida. Uno de los pasantes que participaron en el grupo focal tenía apenas tres meses de estar trabajando en la unidad médica rural asignada y relata así su encuentro con la comunidad:

[...] me imaginaba que iba a llegar a la comunidad rural y los servicios médicos eran totalmente diferentes. Me imaginaba que la gente estaba totalmente ignorante, que la gente que incluso me auxiliaba no sabía nada, y me sorprende que cuando yo llegué, las asistentes, las parteras dominan muchas cosas mucho mejor que yo, por tantos años que llevan aquí trabajando, entonces, o sea que el nivel que he encontrado aquí es totalmente lo contrario a lo que yo me esperaba.

Los médicos que llegan de fuera descubren el mundo de la medicina tradicional y también sus propias limitaciones para comprenderlo, pues se enfrentan a comunidades donde el campesino y el indígena depositan su confianza en las tradiciones y manejan una lógica que no siempre es comprensible para la medicina hegemónica. Uno de los puntos que se abordaron con los médicos fue la relación que establecen con las parteras y ellos consideran que la capacitación es uno de los espacios más importantes para desarrollar esta relación. Todos los médicos del grupo han participado en la capacitación a parteras:

[...] seguramente la relación que está habiendo cada día es mayor ¿no? Yo le puedo decir que yo tengo 13 años aquí en el Programa, cuando entro por primera vez a una de las comunidades más lejanas aquí en Michoacán, pues la relación era muy pobre, muy pobre. A medida de que se ha hecho pues los cursos de capacitación para las parteras y todo eso, pues lógicamente la participación de la partera es más importante y sobre todo en beneficio de sus comunidades.

Algunos médicos afirman que el acercamiento entre médicos y parteras ha llegado en ocasiones hasta la amistad:

[...] ellas sienten que nosotros nos estamos interesando en tratar de comunicarnos más directamente con ellas, y aparte pues, también como decía, el aspecto afectivo, amistad, pues no nada más el trabajo sino decirle "¿Qué te sucede?, ¿qué te pasa? ¿en

qué te puedo ayudar?” o tratar de conocerlas más a fondo para así lograr una amistad y pues hacer un buen equipo con ellas.

En 1984 el IMSS implementó el Día Nacional de la Partera, que se celebra el día 18 de junio, y en él se reconoce la labor que han desempeñando las parteras durante el año. Ese día se festeja con diversas actividades como pláticas de salud reproductiva para reforzar sus conocimientos, pero también se realizan convivios, bailes y juegos. Algunos médicos han participado en este festejo, situación que los acerca aún más:

[...] ya se les hace el Día de la Partera, se baila su baile tradicional y pues se les estimuló con un premio a la mejor partera, a la que llevaba más embarazadas, la que pues estaba más al pendiente de sus pacientes, y así en esa forma pues siento que se las gana uno más.

Otro de los medios que relacionan a las parteras con las instituciones de salud es la derivación de pacientes. Desde la perspectiva de los médicos, el hecho de que las parteras deriven a las pacientes significa que ellas han aprendido en la capacitación:

Si al capacitar por ejemplo a una partera... todos los datos, signos y síntomas de un embarazo normal, al tener la partera bien asimilados esos datos, esas manifestaciones de una embarazada, ella va a detectar cuándo ya está pasando algo con su embarazada... ya tienen el dato de que la tienen que derivar. Así estén conscientes de lo que pueden considerar normal y anormal.

Que las parteras aprendan a identificar síntomas y signos de riesgo en el embarazo, le produce a los médicos satisfacción cuando derivan a sus pacientes a las UMR:

Sentimos satisfacción, más que nada, decimos que lo que enseñamos no se va al aire, no se va a la nada. Las parteras están

asimilando, es la satisfacción que siente uno como médico porque decimos, ya les enseñé, ya les transmitimos conocimientos, y ellas nos están manifestando, derivando.

[...] nos están regresando lo que les dimos, como con las pacientes. Y quiere decir que lo que les enseñamos sí sirvió.

La derivación de pacientes por parte de las parteras significa el enlace entre la población y el IMSS, pues los médicos reconocen que la demanda espontánea por parte la población no se presentaría con la misma intensidad sino fuera por el trabajo que realizan las parteras para convencerla de acudir con ellos:

[..] aquí se comprueba, queda bien claro que la partera juega un papel sumamente importante dentro de la comunidad porque nosotros llegamos como médicos, tal vez un año o dos años dentro de la comunidad, somos gente extraña para la comunidad [...] la comunidad no se debe adaptar a nosotros, sino nosotros a la comunidad. Entonces nuestro punto de enlace son las parteras, si nosotros no llamamos a las parteras, no las capacitamos, no va a dar resultado nuestro trabajo en la comunidad [...]. Son el enlace entre el paciente y nosotros, porque es muy difícil que el paciente llegue directamente sin habernos conocido antes.

Los médicos han experimentado el rechazo o la escasa aceptación de la población rural e indígena, por lo que de forma unánime reconocen el papel que juegan las parteras como vínculo efectivo entre las instituciones de salud y la población.

4.3. Los médicos, las parteras y el VIH/SIDA

¿Qué opinan los médicos de que las parteras sean capacitadas en VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual? Los médicos han percibido que las parteras están interesadas en saber sobre el SIDA porque la gente de sus comunidades les han preguntado y ellas quieren aprender para poder responderles:

[...] me encontré con la partera que tengo allá en la comunidad que sí, ella se interesa para saber directamente qué es el SIDA, porque ella comenta que le han llegado a preguntar los muchachos, los jóvenes, jovencitos cómo se manifiesta el SIDA, qué signos tiene, qué síntomas [...] y sí preguntan, sí se acercan a preguntar de estos temas.

Los médicos consideran que las parteras se deben capacitar en VIH/SIDA y otras ITS, y plantean tres razones por las cuales se requiere capacitarlas: 1) para que ellas aprendan a protegerse, 2) porque las parteras son el primer contacto de las mujeres del área rural e indígena cuando presentan alguna ITS, y 3) para que las mujeres con ITS utilicen un tratamiento médico y no uno tradicional.

Uno de los médicos opina es que es importante que las parteras aprendan a protegerse para no infectarse:

[...] cualquier persona que preste un servicio médico debe saber que lo primero es ella, primero debe cuidarse porque no es posible que preste servicios sin protegerse, y decirles que se pueden contaminar con SIDA o con hepatitis [...] o sea existiendo nosotros que se lo podemos decir, es indispensable darles a conocer eso, que primero tienen que protegerse ellas.

En este testimonio llaman la atención varios aspectos. Uno es el hecho de que los médicos equiparen el trabajo de las parteras con el suyo, lo que refleja en cierta medida su necesidad de que las parteras transformen su práctica y se medicalicen. Sin embargo, las parteras no se subordinan completamente ante el modelo médico hegemónico. Otro aspecto es que, desde su perspectiva, los médicos consideran que son quienes detentan el poder del conocimiento y esto se refleja claramente en la expresión: “existiendo nosotros que se los podemos decir”, de manera que las parteras tienen que acatar los mandatos médicos.

Un aspecto interesante es que los médicos también consideran que sería bueno que las parteras se capaciten en ITS y

VIH/SIDA porque las mujeres acuden en primer lugar con ellas para consultar estos problemas, y porque las mujeres les tienen más confianza a las parteras que a los médicos:

Se les acercan más por lo mismo de que son, bueno ellas ya tienen muchísimo tiempo en la comunidad y muchas de ellas atendieron, inclusive el parto de la paciente, o sea la atendieron a ella, la recibieron, son las abuelitas de la comunidad, entonces a ellas se les acercan pues para las dudas, sobre todo en infecciones de transmisión sexual o algunas vaginosis es cuando más se les acercan.

Los médicos varones reconocen que el hecho de ser hombres es una barrera para que las mujeres acudan espontáneamente a demandarles consulta. Si las parteras las acompañan, esa barrera podría desaparecer, porque las parteras juegan el papel de intermediaras entre pacientes y médicos, lo que facilita la atención para aquellas que requieran un tratamiento para combatir alguna ITS, incluido el VIH:

[...] a veces las señoras del medio rural, pues no están acostumbradas a hablar del sexo y mucho menos hablar con un hombre, en este caso el médico, y es importante capacitarlas a ellas [a las parteras] porque es su primer contacto y puede ser la vía de salida o la forma de diagnosticar a alguna de ellas, capacitándoles, enseñándoles y así seguramente teniendo buena relación, nos van a comentar la causa de la persona y así podemos dar tratamiento.

La tercera razón que dan los médicos para que las parteras se capaciten en VIH/SIDA e ITS es para que las parteras abandonen sus prácticas tradicionales:

[...] en infecciones de transmisión sexual o algunas vaginosis es cuando más se les acercan, a veces para los tratamientos herbolarios, pero ellas, pues, con lo único que tiene es esta medicina pues le dan el tratamiento, pero a su vez es importante la capacitación

porque ya nos las derivarían a nosotros a tiempo para darles un tratamiento médico.

Desde la perspectiva médica, las parteras no tienen un “conocimiento profesional” y por eso acuden a la medicina tradicional, así que su propuesta —desde el modelo de la medicina hegemónica— es desplazar los remedios naturales por el uso de medicamentos alópatas:

[...] a medida que se le está capacitando a la partera es como está aprendiendo a detectar también los problemas de salud de sus pacientes y, lógicamente, ellas no tienen el conocimiento, vamos, profesional para tratar ese problema, pues nos lo llevan a nosotros. Aunque también ellas instituyen sus tratamientos tradicionales ¿no? Pero, este yo creo que la capacitación a este personaje tan importante de la comunidad está dando resultados, está dando frutos.

Un aspecto sobre el que también se preguntó fue si las parteras les habían enviado a los médicos pacientes de los que sospecharan que tuvieran alguna ITS o el VIH/SIDA. Los médicos manifestaron que las parteras no les han enviado pacientes con SIDA, pero sí con otras ITS, incluso mencionaron cómo las parteras describen algunos síntomas como el flujo que presentan las mujeres y la forma en que lo nombran:

Pues con SIDA no, pero sí con vaginosis y en algunas ocasiones hasta la misma partera lleva a la paciente: ¿sabe que? mi paciente tiene flujo o les escurre agua amarilla, por ejemplo dicen. Recuerdo una frase que decía una partera precisamente en Uruapan, que una paciente le escurría como nejalote. ¿Qué es el nejalote? Es donde cuecen el maíz, así como flujo amarillento.

[...] otras dicen que requesón es candidiasis, pero nosotros también debemos estar bien al pendiente de lo que nos tratan de decir y saber qué es nejalote, qué es requesón, a lo mejor no sabemos pero hay que investigar y ver al general de ellas para ver qué otro nombre les dan.

Que las parteras acompañen a sus pacientes con el médico también puede favorecer el tratamiento, pues ellas pueden garantizar que los pacientes cumplan con las medidas recomendadas por los médicos:

El hecho de que ellas estén con la paciente derivada nos garantiza también el cumplimiento del tratamiento, porque si la paciente llegó sola, nosotros le damos el tratamiento pues no sabemos que de veras lo termine, nada más va a llegar y ya terminó el tratamiento, pero no sabemos si de veras lo cumplió. En cambio, con la partera, pues ella va a estar al pendiente, pues es la tarea que se le deja a ella ¿no? Sabe que hay que vigilar que esté llevando el tratamiento. En tal fecha me vuelve a traer a la paciente y ellas están constantemente avisando si cumplen o no.

En ocasiones las parteras también acompañan a las pacientes para participar como traductoras en la consulta, pues muchas no hablan español y, de esta forma, ayudan a romper la barrera del lenguaje entre médicos y pacientes. Esta situación se vive cotidianamente en comunidades indígenas y muestra nuevamente el importante papel que juegan las parteras:

[...] muchas de ellas son bilingües y nosotros realmente tenemos la barrera del lenguaje y ellas entienden el español, traducen adecuadamente a las pacientes y ahí hay un gran apoyo.

El hecho de que las parteras aprendan a identificar ITS y acompañen a las mujeres para que un médico las atienda facilita su trabajo. Como intermediaras, las parteras pueden comunicar a los médicos los síntomas de las mujeres y acompañarlas en caso de que sea necesario hacer una exploración ginecológica, lo que facilita que las mujeres accedan a este tipo de revisiones que les resultan vergonzosas, sobre todo si las debe practicar un hombre:

[...] la partera le dice: “pues estás delicada, mejor vamos que te revisen, o qué es lo que sientes, qué es lo que tienes”. Ya la partera va solita a lo mejor y dice no pues tengo una embarazada que ya empezó con molestias, pero necesitamos que la vea, la valore. La lleva, nosotros la vemos y a lo mejor puede ser una cérvico vaginitis, una infección leve o algo así sencillo, pero ya nos la está detectando a tiempo ella.

[...] la partera le explica lo que le vamos hacer a la paciente, porque si llega la paciente sola incluso si le decimos: “¿sabes qué?, te vamos a revisar, te vamos a colocar un espejo vaginal y vamos a ver cómo está tu matriz”, se va a espantar o va a decir: “no me hagan eso”, en cambio, si va la partera ya le va a explicar: “¿sabes qué? te van a revisar, van a ver cómo está tu parte —así le llaman ellos— y te vas a dejar”, y ya la paciente dice: “Ah bueno. Está bien”.

Estos relatos muestran que el papel de las parteras va más allá de la identificación de factores de riesgo o complicaciones, sino que su labor es también la de servir como puentes de comunicación entre pacientes y médicos, facilitando el trabajo de estos últimos, y verificando que las pacientes lleven a cabo el tratamiento prescrito. En suma, puede decirse que, desde el punto de vista de los médicos, el trabajo de las parteras ha permitido acercar los servicios de salud reproductiva a las mujeres de las comunidades rurales e indígenas, experiencia que también puede ser aprovechada para prevenir y tratar el VIH/SIDA y otras ITS.

En lo que se refiere al material educativo del que disponen los médicos para capacitar a las parteras, ellos mencionaron que cuentan con rotafolios y videos que tratan sobre ITS, VIH/SIDA, sus formas de contagio, así como los síntomas. Uno de los médicos mencionó que también utiliza fotografías de ITS con la finalidad de que las parteras las conozcan y, si llegan a identificar alguna de ellas en sus pacientes, las deriven con él:

Bueno yo capacité a las parteras y hace dos meses tuvieron ese gusto que una, bueno yo siento que me entendió mucho, porque

di mi platica y se me ocurrió llevar un Atlas de ginecología y les empecé a pasar las copias, pero como que tienen memoria así de escáner, graban la imagen y les dije que en caso de que vieran alguna parecida de alguna de las fotos que yo les había enseñado me la mandarían, y no tardó como una semana que empezaron a llegar vaginosis, incluso una verruga también que llegó de una señora.

Llama la atención el interés de este médico por que las parteras adquieran nuevos conocimientos, pero él percibe que las parteras aprenden muy rápido si observan fotografías de ITS, lo que les permite retener la información visual y recordarla si llegan a ver casos semejantes en alguna de sus pacientes.

Hemos dicho que los médicos reconocen el trabajo de las parteras en sus comunidades, y en su discurso encontramos diferentes formas que han ensayado para que su relación sea más estrecha y se puedan ayudar mutuamente, como se ve en el siguiente ejemplo:

En un inicio empezamos a atender partos y me las empecé a jalar [...] y dentro de la atención del parto que ellas participen conmigo, no sé, que me preparen un campo o que me preparen los guantes o que cuando ya esté el niño bien sequecito me ayude a vestirlo o que lo limpie con aceite [...] y así poquito a poquito han ido conociendo y saben que son necesarias para nosotros y van asistiendo cada vez más las parteras.

Este acercamiento entre las parteras y los médicos muestra que estos dos personajes, aunque tienen visiones del mundo distintas (y en ocasiones incluso opuestas), pueden encontrar puntos en común que les permitan trabajar de forma conjunta para favorecer la salud de la población rural e indígena.

4.4. Los médicos y las ITS

Una de las doctoras que entrevistamos explica que las parteras juegan un papel central en el ámbito de las ITS, pues al brindar atención materno-infantil, se exponen también a dar atención de ITS, sobre todo con las adolescentes que se unen muy tempranamente. Según ella, las normas y costumbres de la población no permiten que el MAISAR funcione plenamente, pues cuando las jóvenes se casan adquieren otro estatus dentro del ámbito familiar y, por lo tanto, no acuden más a las pláticas, sino que se dirigen con las parteras y resuelven gran parte de sus problemas con ellas:

[...] desde que ya están embarazadas las adolescentes ya empiezan una vida de adultos, ya es muy difícil que puedan acudir a que se les sea aplicado este modelo [el MAISAR]. Inclusive dentro del modelo integral maneja el grupo de apoyo a embarazadas, y éste no ha venido a funcionar bien porque ya la mujercita embarazada ya tiene otro rol dentro de la familia y dentro de la comunidad.

La doctora expresa que el tratamiento de las ITS es complejo, porque se requiere un abordaje integral de la pareja; sin embargo, por lo general las mujeres acuden solas a la clínica y sus parejas suelen oponerse al tratamiento. Ese comportamiento no contribuye a resolver el problema, por lo que es necesario emprender acciones para disminuir la renuencia de los hombres, pues genera complicaciones en la salud reproductiva, debido a que las ITS pueden dar origen a graves padecimientos.

4.5. Los médicos y el VIH/SIDA

Tres de los médicos con los que hablamos han tenido la experiencia de recibir a personas de las que se sospechaba tenían SIDA en las comunidades. Uno de ellos dice:

[...] yo tuve un caso el año pasado. El caso había sido diagnosticado en el Distrito Federal y se había iniciado tratamiento, se sintió bien por un momento la paciente y decidió venirse a vivir a su pueblo. La paciente no le había comentado a nadie. Su esposo, que es probablemente quien la había contagiado, murió y habían dado el diagnóstico de neumonía y nada más, entonces estaba a punto de que ella tuviera SIDA, ella sí sabía que tenía SIDA.

En este testimonio se muestra que el ocultamiento de la enfermedad sigue siendo la norma en las poblaciones pequeñas, así como la falta de un diagnóstico preciso, como sucede en el caso del hombre, al que sólo se le detectó neumonía. El silencio de la enfermedad refleja sin duda el temor a la discriminación y estigmatización. No obstante, frente a la enorme carga social que implica un diagnóstico de VIH/SIDA, la familia sigue jugando un papel fundamental en el apoyo a los enfermos de SIDA, por lo que los médicos identifican la necesidad de que ellos también reciban información sobre la enfermedad y los cuidados que se deben tener con las personas infectadas:

[...] Llegó el papá de la señora a reclamarme, casi me golpeaba de que estaba muy molesto. Yo creo más bien estaba espantado de que su hija había salido con la prueba positiva, pero después empezamos a platicar con él, orientarlo acerca del SIDA, de cómo debe tratarse, de qué deberíamos hacer, de todo lo que estaba alrededor de esta enfermedad. Después se hizo mi amigo, ahorita ya no estoy en esa unidad, pero siempre que paso por esa localidad y lo veo, me saluda [...] y pues gracias a que se informó y le platicamos cambió el trato y ahora somos amigos.

Otro de los casos que se comentaron fue el de un hombre de 26 años a quien se le diagnosticó VIH, pero en la prueba confirmatoria el resultado fue negativo:

Yo apenas tuve un caso [...] me lo llevó un médico particular. Nomás me llevó los resultados del Western Blot y salió positivo y ahí si tuve

un problema porque me dijo: “repórtalo a tu jurisdicción”, lo reporté, lo envié al paciente, a su esposa y su familia para que le hicieran los exámenes que requería y entonces él se preocupaba mucho porque estaba bajando de peso, tenía alopatía cervical y yo le expliqué de cómo cuidarse, cómo proteger a su esposa [...] y resulta que salió negativo. Entonces, existe un poquito de desconfianza por parte de él, ya no quiere acudir, o sea ésa fue una mala experiencia porque yo me dejé llevar por esos resultados.

Finalmente, el tercer caso fue de un hombre que tenía cirrosis hepática debido al alcoholismo, pero a partir de un rumor se creyó que tenía SIDA, lo que obligó a los médicos a intervenir en la comunidad para aclarar la situación:

[...] era un paciente con alcoholismo crónico, empezó con pérdida de peso importante e ictericia, entonces se dejó aquí al hospital [...] una vez que fue dado de alta, se siguió en la unidad médica [...]. Hubo una confusión con un pariente de esta persona que llegó de la ciudad, y al ver que la enfermera tenía los guantes, obviamente porque tenía que estar haciendo el aseo del paciente, pues empezó a comunicarle a la comunidad que tenía SIDA el paciente [...]. Ellos tenía un molino de nixtamal y la gente dejó de ir, ¿por qué? Porque tenía SIDA y se iban a contagiar todos [...] obviamente pues el paciente falleció, tuvo sangrado y todo, y se le comunicó a la comunidad que el paciente no había tenido SIDA, que sus análisis había salido negativos, que era otra enfermedad y también eso nos ayudó en parte para quitar un poquito lo del alcoholismo en la comunidad.

A pesar de que la mayoría de las personas conocen los mecanismos de transmisión de la infección, que excluyen la posibilidad de contagio casual, los seropositivos y enfermos siguen siendo rechazados y segregados en muchos ámbitos. El trabajo que se tiene que hacer en comunicación educativa para evitar la discriminación y el rechazo de las personas con VIH en las comunidades rurales e indígenas, hace necesario que se involucren otros actores sociales como son las parteras.

5

Las usuarias de los servicios de parteras

El objetivo de este apartado es mostrar los testimonios de tres mujeres que utilizan los servicios de las parteras para conocer su opinión sobre los servicios que reciben de ellas, ya sea durante la atención del embarazo o parto, y rescatar su percepción sobre el papel que han jugado en su salud reproductiva y en la prevención del VIH/SIDA y de otras ITS.

Se entrevistó a dos embarazadas que tenían vigilancia prenatal con parteras y una que había tenido su parto el día anterior a la entrevista. Dos de las entrevistadas tenían 44 años y una 30. Una no tenía estudios, la otra había estudiado la primaria completa, mientras que la que acababa de tener a su bebé estudió hasta cuarto año. La mujer de 30 años se dedica al hogar y además es auxiliar del Programa Oportunidades, por lo que recibe una compensación económica. La de 44 años recibe apoyo económico de un hijo que vive en el Distrito Federal, y ha tenido también que trabajar con el permiso de su esposo. La mujer que había dado a luz se encarga de cuidar a sus hijos, lo que implica acarrear leña, agua y lavar ropa.

Dos de las entrevistadas han tenido tres embarazos y la mujer de 44 años estaba en su décimo embarazo. Ninguna de las tres

había tenido abortos o nacidos muertos, y ninguna había decidido aún adoptar el uso de un método anticonceptivo luego del embarazo; no obstante, la mujer de 44 años considera que debería operarse debido a su edad.

En cuanto a la migración, sólo una de ellas comentó que había ido a trabajar al Distrito Federal y su esposo a los Estados Unidos, pero esta experiencia fue antes de tener el primer hijo. Después, ambos decidieron ya no salir de su lugar de origen.

Las tres mujeres habían tenido revisión prenatal, tanto con parteras como con médicos, lo cual refleja que, a pesar de que las mujeres tienen acceso a los servicios médicos institucionales, muchas prefieren acudir con las parteras y esa decisión está influida por la tradición familiar:

Pues es que como tengo mis familias y me explican que tiene que uno que ver a una partera para que no se complique el parto.

Otra razón que lleva a las mujeres a buscar los cuidados de las parteras es que las perciben como sus consejeras, como las personas que las orientan para resolver sus problemas de salud y les indican qué hacer. En este sentido, si las parteras les recomiendan acudir con un médico, ellas van con el médico y, como se ha visto en los capítulos anteriores, las parteras las acompañan a las unidades médicas como se muestra también en este diálogo entre una de las mujeres y la entrevistadora:

—¿Por qué va con la partera y no con el doctor?

—Primero ella voy a ver y después al doctor.

—¿Y si ella le dice que vaya con el doctor, va con el doctor?

—Sí, pero primero ella, porque ella me lleva con el doctor.

Las mujeres que prefieren ser atendidas por las parteras durante el alumbramiento, argumentan como razón fundamental el hecho de que el parto ocurra en su casa y no en un hospital. Además,

dicen que ellas no han tenido experiencia de ser atendidas en un hospital e incluso saben que si el parto ocurriera por la noche corren el riesgo de que las atienda un pasante y no el especialista:

[...] me da más confianza con parteras porque yo ahorita en hospital y clínica no he acudido y no sé cómo será en la clínica, cómo será en el hospital [...] ahorita los dos los he tenido en la casa, pues sí. Ahorita me dicen que no, que mejor vaya al hospital o a la clínica, pero en la clínica pues a veces si en el día bueno como hay doctores, pero en la noche a veces está el pasante y no sabemos. Qué tal que ese día voy a dar y no hay médico.

Optar por los cuidados de una partera significa tener la certeza de que pueden contar con ella en el momento que lo requieran, incluso aunque se encuentre alejadas de su casa, pero saben que al llegar con ellas las parteras las atenderán. En contraste, en los servicios institucionales siempre existe la posibilidad de que el personal no esté disponible en el momento en que se le requiera y eso dejaría a las mujeres sin opciones para recibir atención. Quienes se atienden tanto con la partera como con un médico lo hacen porque a las parteras les confían el parto y a los médicos la solución de posibles complicaciones

Los programas de atención materno-infantil han logrado que las mujeres rurales e indígenas tengan la convicción de acudir a vigilancia prenatal con un médico y esto ha sido posible precisamente al capacitar a personas de la comunidad como las auxiliares de salud y las parteras:

[...] siempre que uno esté embarazada ya hay que ir a la clínica, y también porque nos han explicado que cuando una persona que sepamos que está embarazada siempre tiene que acudir a sus revisiones a la clínica.

A diferencia de lo que sucede en el mundo médico, las mujeres que acuden con las parteras tienen muy claro que éstas

son su primera opción para atender los problemas que se pueden presentar durante el embarazo y parto, y conciben el trabajo de los médicos como un trabajo complementario al de las parteras, que incluso puede llegar a ser prescindible si no existen complicaciones que atender.

5.1. VIH/SIDA y otras ITS

Las tres mujeres entrevistadas mencionaron haber oído hablar sobre el SIDA, y consideran que esta enfermedad se presenta en las mujeres que han tenido más de una pareja: “Pues sí, sí he oído eso, pero, como nosotros casi no salimos, o sea, digo yo nunca he tenido relaciones con otro hombre, nunca he tenido sexo con otra persona”. “Pues pienso, tal vez por cambiar con tantos hombres”.

Para estas mujeres el VIH es sólo un problema para las mujeres que tienen vida sexual con más de un hombre y las que han tenido sexo con personas diferentes a sus esposos o compañeros. En estos discursos la fidelidad de las mujeres es vital para no adquirir el VIH:

Pienso que pues sí, a lo mejor sí es muy riesgoso tener contacto con otra persona. Como dicen que no se contagia a través de un beso o de cualquier cosa, sino que se contagia a través de sexo. Pienso que yo nunca, desde que soy casada, yo nunca he tenido contagio, bueno contacto con otra persona.

Las mujeres se han enterado del VIH/SIDA por medio de diferentes fuentes de información, ya sea por los medios masivos de comunicación o porque trabajan como auxiliares de salud y han recibido capacitación sobre infecciones de transmisión sexual y SIDA. Al preguntarles qué personas podrían enfermar de SIDA, las entrevistadas sólo se refirieron a las personas que tienen relaciones sexuales sin uso de condón:

[...] cuando tiene uno... pero con varias parejas, porque supongamos que hoy están con... bueno con las mujeres ahorita estar con uno y mañana con otro, y así, y no usan ningún método. No usan el preservativo más que nada, y no sabemos que si esa persona que esté contagiada.

Pues a lo mejor que tengan un contacto con otra persona y no usen eso, a lo mejor sí. Pienso yo si no tienen ninguna protección a lo mejor sí se pueden contagiar.

Debido a que las mujeres identificaron que el riesgo de infectarse está presente siempre y cuando no se utilice condón y debido también a que sabemos por experiencia que a muchas mujeres se les dificulta plantear el uso del condón dentro de su pareja, les preguntamos a estas tres mujeres si alguna vez habían usado preservativos:

No, no lo hemos tomado precaución porque digo, yo he visto que, pues hace tiempo, hace muchos años sí tuvo relaciones con una muchacha. Andaba metiendo, metiendo, era una muchacha que tenía una niña, se me empezó a meter a mi casa que llegó que ya no la pude correr de mi casa ya no la podía sacar y no veía la manera de echarla. Sí se retiró, se fue a juntar con otro hombre. Tuvo dos mujeres en ese tiempo, pero nada más hasta ahí. Pero ahorita no sé, digo a lo mejor o qué se yo si tenga relaciones con algún otra no sé. Hasta ahorita no he sabido nada.

Diversas investigaciones en otros grupos de mujeres han encontrado que la infidelidad del hombre no es un detonante para que las mujeres exijan el uso de condones, pues la mayoría de ellas no tiene poder suficiente para cuestionar las prácticas sexuales de sus compañeros y mucho menos para exigirles el uso de protección para evitar ITS o el VIH (Vandale, Liguori y Rico, 1997).

A pesar de lo anterior, las entrevistadas dicen haber platicado con sus parejas sobre el SIDA y sobre las relaciones sexuales extramaritales sin protección. En sus discursos se muestra una y

otra vez que la fidelidad juega un papel importante para que mujeres y hombres eviten el VIH aunque, como se vio en el testimonio anterior, tampoco pueden estar seguras de que sus parejas les son fieles:

[...] no porque he sido casada ha habido percances que han aparecido en mi vida, que me han mandado, que han querido tener sexo conmigo, sólo que yo nunca he querido tener compromisos con nadie. De hecho yo respeto a mi marido porque sé que es mi esposo, y aunque él me deja trabajar como le digo, él ha depositado esa confianza en mí... entonces yo nunca le he querido jugar una traición a él, aunque como le acabo de decir, sí ha habido personas que me han andado acosando.

Este testimonio muestra que esta mujer siente la obligación de seguir los dictados de su esposo porque: “él me deja trabajar”, “él ha depositado esa confianza en mí”, por tanto, dada su condición de género, la mujer debe mantenerse fiel a la relación con su pareja, aunque nunca dice que ella espera lo mismo de él. Y precisamente al hablar sobre la fidelidad, una de las entrevistadas comentó que ella no sabía si su pareja le era infiel, por lo que no sabe si ella está en riesgo ya que no utilizan condón:

[...] hasta ahorita yo, mi esposo, yo no sé... bueno de hecho yo no sé que use los condones, eso sí nunca los ha usado conmigo, pero, como le digo, no le puedo decir que aiga tenido sexo con otra mujer.

Con respecto a las medidas de prevención frente al VIH, la situación de las mujeres en las comunidades rurales e indígenas es similar a la que viven las mujeres de zonas urbanas, pues la mayoría considera la fidelidad como el elemento central para evitar el VIH, pero siempre manifiestan dudas cuando se les pregunta si su pareja les es fiel. Esto significa que las mujeres saben que existe la posibilidad de que puedan adquirir el VIH a través de su pareja,

pero prefieren pensar que se trata de una posibilidad lejana porque les resulta muy difícil proponer el uso de condones, ya que eso puede poner en riesgo su relación de pareja y, en los ámbitos rurales e indígenas, donde las mujeres suelen depender casi siempre de los ingresos masculinos, esto equivale a perder toda clase de sostén material para ellas y sus hijos.

6

Conclusiones y Recomendaciones

Diversas investigaciones han mostrado la importancia de las parteras en el cuidado de la salud de su comunidad. Los datos recopilados en esta investigación evidencian que además de su contribución al cuidado de las mujeres antes y después del alumbramiento, las parteras pueden jugar también un importante papel en el ámbito de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS.

Tradicionalmente, las parteras han desarrollado su quehacer cotidiano en el campo de la atención a la salud materno-infantil, y en otras áreas que fueron de relevancia para las instituciones del Sector Salud como la planificación familiar. Con el surgimiento del enfoque de salud reproductiva se han incorporado otros procesos de colaboración con las parteras, como sucede en la prevención del cáncer de mama y cérvico-uterino. Esta dinámica demuestra que las parteras están comprometidas con los procesos de salud-enfermedad de la población y responden a sus necesidades con los conocimientos y prácticas que han adquirido a través de su experiencia en la atención, de los cursos de capacitación, de los procesos de interrelación institucionales y por otros medios informativos.

Sin embargo, este proceso no ha estado exento de contradicciones y resistencias, tanto desde la medicina institucional como desde las parteras. A pesar de que la colaboración de las parteras en el cuidado de la salud de las comunidades ha mostrado tener grandes beneficios, en la actualidad persiste un discurso proveniente del modelo médico hegemónico que tiende a subordinar y negar los saberes y prácticas de las parteras. Este discurso se evidencia en distintos espacios como los cursos de capacitación y los procesos de interrelación al interior de las comunidades, pues diversos agentes de salud continúan pensando que las parteras no están preparadas para desarrollar sus actividades y siguen planteando que el objetivo central de las capacitaciones es “prepararlas para evitar futuras complicaciones”, lo que implica la modificación de sus saberes y prácticas.

No obstante, el proceso de capacitación en sí mismo resulta bastante complejo ya que los cursos se realizan en español y muchas de las parteras tienen un escaso dominio de este idioma, lo que les dificulta comprender los contenidos. La lengua de la capacitación ha sido un eterno problema en el contexto de las parteras, pero las instituciones de salud no han modificado su estrategia de enseñanza, por lo que parecería que pesa más la necesidad burocrática de reportar el número de capacitaciones dadas que el interés por una correcta apropiación de los contenidos. Las parteras mismas señalan que podrían aprovechar más la capacitación si ésta se impartiera en su propia lengua.

Esta investigación documentó matices y diferencias en los distintos niveles de la estructura del IMSS-Oportunidades, pues a pesar de que todos los agentes de salud reconocieron en alguna medida la importancia de colaborar con las parteras, pudo verse un reconocimiento más claro y espontáneo de su labor y experiencia en los niveles más bajos de la estructura institucional, como sucedió con el promotor de acción comunitaria y el médico de la unidad rural.

Apesar de no reconocer siempre los conocimientos y prácticas de las parteras, la medicina institucional tiende a buscar un control de sus actividades por medio de mecanismos diversos, como la identificación de las parteras mismas y las pacientes que las visitan, así como del número de partos que atienden y las condiciones en que lo hacen. Los agentes de salud no siempre ven a las parteras como parte del personal voluntario, pues con frecuencia consideran que deben cumplir con el trabajo institucional.

La imposición médica de prácticas diferentes a las tradicionales, tales como el uso de instrumentos esterilizados para la realización de partos limpios no ha alterado la relación con las parteras, porque ellas también se integran a estas dinámicas en tanto no afecten sus actividades cotidianas y no sean maltratadas por los médicos o los funcionarios de salud. Las parteras son conscientes de que pueden obtener beneficios a través de las capacitaciones y de los procesos de interrelación, además de un estatus y conocimientos que les permiten resolver de mejor forma los procesos de salud de la población. Aún así, muchas de ellas se mantienen escépticas frente a la medicina y el discurso institucional, pues su experiencia les ha enseñado a ser cautelosas, ya que la relación con la institución depende mucho de los agentes de salud, quienes no siempre reconocen la importancia de su trabajo para el bienestar de la comunidad.

En este proceso, las estrategias de derivación de pacientes tienen significados diferentes para los médicos y para las parteras. Para los primeros, implica sólo el envío de pacientes, pero para las parteras implica llevar el control y seguimiento de las pacientes con el fin de garantizar la resolución de sus problemas de su salud. En muchos casos, las parteras no están dispuestas a ser sólo “derivadoras” de pacientes, sino también a participar como acompañantes durante la atención médica, espacio en el cual fungen como efectivos puentes de comunicación al traducir tanto la lengua indígena como el lenguaje médico y ponerlo en términos

comprensibles para las mujeres, lo que contribuye a que haya una mejor relación entre médicos y pacientes.

Todo esto ha significado que las parteras se transformen en defensoras de los derechos de las mujeres en los casos en que ellas perciben negligencia médica o violación al derecho a la salud de sus pacientes. Estas características le añaden un valor importante a su trabajo (el de la defensoría de las pacientes), además del valor humanitario que de por sí tienen las tareas que desempeñan y que las distinguen del enfoque médico que no siempre responde a las expectativas de calidad y calidez de las pacientes.

En la relación entre parteras y los agentes oficiales de salud se enfrentan dos formas distintas de ver el mundo, pero ese antagonismo ha logrado resolverse en la medida que las parteras han ido modificando sus prácticas bajo la hegemonía de la medicina institucional y, al mismo tiempo, han reafirmado su propio espacio de trabajo que se nutre del reconocimiento y la confianza que la comunidad deposita en ellas.

Las parteras son agentes de salud centrales para sus comunidades y es necesario reconocerlas como tales, ya que sin su apoyo las instituciones sanitarias difícilmente pueden tener injerencia en los contextos rurales e indígenas. Además, ellas representan una importante de red social para las mujeres de las comunidades rurales e indígenas, por su papel en la atención materno-infantil y por su quehacer en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y de otras ITS.

El incremento de casos de VIH/SIDA y otras ITS en los contextos rurales e indígenas ha implicado el desarrollo de programas dentro del Sector Salud y, en el caso de las parteras, la ampliación de su ámbito de acción. Pero este proceso no se ha dado de manera conjunta. Por un lado, las parteras han abordado estas enfermedades a través de la atención a las usuarias que solicitan sus servicios. Ellas identifican los signos y síntomas de las ITS y a veces ofrecen tratamientos tradicionales o derivan a las pacientes a

los servicios médicos. No obstante, las parteras no cuentan con la información e infraestructura para dar un tratamiento integral, además de que enfrentan a barreras culturales y de género en sus comunidades. Pero, a pesar de todo esto, ellas tienen la sensibilidad y la capacidad de incidir en los ámbitos de prevención no sólo de las mujeres sino también de los varones, porque las mujeres que acuden con las parteras se han transformado en intermediarias en los problemas de salud de sus parejas, lo que a la larga beneficia la salud de toda la comunidad.

A pesar de que las instituciones de salud han implementado programas de prevención y tratamiento para el VIH/SIDA y otras ITS, no cuentan con el conocimiento para ejecutar esos programas dentro de las poblaciones rurales e indígenas. Por esto, las parteras, como líderes naturales que poseen el reconocimiento de la comunidad, pueden ser consideradas dentro de las estrategias institucionales para permitir que estos programas de salud beneficien de verdad a la población, ya que, dadas las características de las parteras, ellas pueden ofrecer un servicio de intermediación invaluable entre el personal de salud y la comunidad.

Por todo lo anterior, si las parteras son incorporadas para abordar estas problemáticas contribuirían a:

- a) aconsejar y orientar de manera más adecuada a las mujeres,
- b) actuarían con mayor oportunidad para derivar a las mujeres en caso de que presentara alguna ITS,
- c) serían promotoras de medidas preventivas no sólo a nivel interpersonal, sino que podrían llegar a un mayor número de personas y de grupos específicos como los jóvenes, las mujeres adolescentes y los varones.

Además, las parteras tienen la ventaja de romper con la situación de género, ya que las usuarias les tienen más confianza para tratar estas enfermedades. En contraste, este aspecto representa una barrera en las instituciones, dado que un gran número de los médicos son varones y en parte por eso las mujeres

recurren con menor frecuencia a ellos. Si las parteras acompañan a las usuarias, las mujeres tienen una menor renuencia para ser atendidas por médicos varones. Por ello, la institución debe establecer mecanismos de apoyo para facilitarles el acceso a las parteras y a sus pacientes, ya que ambas manifiestan haber vivido situaciones de discriminación, maltrato y negligencia médica.

En los sitios donde algunos médicos se integran a la comunidad y particularmente con las parteras se han podido desarrollar estrategias para acercar los servicios a la población. Sin embargo, algunas de las limitaciones para incidir en la disminución de la prevalencia del VIH/SIDA e ITS son:

- a) el rechazo al uso del condón por parte de los hombres,
- b) la falta de herramientas para que las mujeres negocien el uso del condón con su pareja,
- c) el limitado control de las mujeres sobre su cuerpo y sobre el ejercicio de su sexualidad.

Incidir en estos aspectos implica modificar estructuras arraigadas en las comunidades rurales e indígenas, pero esto sólo será posible si logramos involucrar a otros actores sociales como las parteras.

De igual forma, es necesario modificar la percepción de los médicos sobre el quehacer de las parteras, fortalecer y mejorar los procesos de interrelación con el personal de salud y que los cursos de capacitación se adecuen al contexto de las parteras.

Para proporcionar la capacitación, las instituciones deben contar con material didáctico, específicamente con fotografías, para que las parteras conozcan las ITS y puedan identificarlas en sus pacientes, pero también establecer mecanismos que permitan una mejor respuesta por parte de IMSS-Oportunidades para las pacientes derivadas por las parteras.

Estas acciones deben ser complementadas con apoyo institucional para adquirir los insumos mínimos y facilitar la labor de las parteras. Ellas manifestaron la necesidad de contar con el

apoyo de jeringas y guantes, así como material para desinfectar y descontaminar el instrumental que utilizan para la atención del parto.

Finalmente, consideramos necesario seguir explorando el quehacer no sólo de las parteras sino también de los prestadores de salud, así como comprender el actuar de las mujeres y los varones, con el fin de romper las barreras culturales, de género e institucionales que dificultan las acciones de prevención para frenar la epidemia del SIDA y de las ITS en las comunidades rurales e indígenas de México.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*, Universidad Veracruzana-INI-FCE, México.
- Arias Huerta, José, et. al. (1973). *El papel de partera empírica como promotora de la salud materno-infantil*, Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, SSA, México.
- Bonfil Sánchez, Paloma (2002). "La salud de las mujeres indígenas en la actualidad", en: *Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación*, Grupo de estudios sobre la mujer Rosario Castellanos, México.
- Bravo García, Enrique y Magis Rodríguez, Carlos (2003). "El SIDA en el área rural", en Carlos Magis, Enrique Bravo-García y Ana María Carrillo (Eds.), *La otra epidemia: el SIDA en el área rural*, CENSIDA, México.
- Bronfman, Mario (2002). "Migración y SIDA en México", México. En: <http://www.aids-sida.org/emigrts1.htm>. Sitio visitado el 1 de diciembre de 2002.
- Bronfman, Mario y Minello, Nelson (1995). "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", en: *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*, EDIPESA, México.
- Campos Navarro, Roberto, et. al. (1996). "La interrelación del Programa IMSS-Oportunidades con la medicina tradicional mexicana", en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades, México.
- CENSIDA (2003). *Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003*, CENSIDA, México.
- CONAPO (2001). "Demanda futura de los servicios de salud reproductiva" en *La Situación demográfica de México*, CONAPO, México.

- Cosminsky, Sheila (1992). "La atención del parto y la antropología médica" en Roberto Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México*, Instituto Mora México.
- Flores Alvarado, Angel y Valladolid Gallardo, Rosa Isabel (1997). "Educación para la salud. Aplicaciones metodológicas", en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades.
- García Moreno, Juan (1997). "La capacitación en el Programa IMSS-Oportunidades" en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades, México.
- IMSS (1992) *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales*, Dirección General. Programa IMSS-Solidaridad, IMSS, México.
- IMSS (2002). *Concentrado Nacional del Registro de Actividades de Parteras Rurales*, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. División de Planificación Familiar, IMSS, México.
- IMSS-SSA (1994). *Directorio Nacional de Parteras Rurales. Información por Estado, Municipio, Localidad, Edad y Capacitación*, IMSS, México.
- INEGI-INM (2002). *Mujeres y hombres en México 2002*, INEGI, México.
- IWHC (2004). *Challenging the culture of silence. Building alliances to end reproductive tract infections*, International Women's Health Coalition-University of West Indies, Nueva York.
- Langer, Ana y Nigenda, Gustavo (2000). *Salud sexual y reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades*, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo, México.
- Langer, Ana; Tolbert, Kathryn y Romero, Mariana (1998). "Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación", en

- Langer, Ana y Tolbert, Kathryn (Eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, Population Council-EDAMEX, México.
- Mellado, Virginia; Zolla, Carlos y Castañeda, Xóchitl. (1989). *La atención del embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Menéndez, Eduardo (1998). "Saber local y toma de decisiones" en Armando Haro y De Keijzer, Benno (Coord.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora, México.
- Vandale, Susan; Liguori, Ana Luisa y Rico, Blanca (1997). "Una agenda latinoamericana de investigación-acción sobre mujeres y SIDA", en Rico, Blanca; Vandale, Susana; Allen, Betania y Liguori, Ana Luisa (Eds.), *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*, INSP, México.

Títulos de la colección Ángulos del SIDA

1. *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*, Jorge A. Saavedra y Carlos Magis.
2. *Migración y SIDA en México y América Central*, Mario Bronfman, Gisela Sejenovich y Patricia Uribe.
3. *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*, Patricia Uribe Zúñiga y Carlos Magis (Editores).
4. *La otra epidemia: el SIDA en el área rural*, Carlos Magis, Enrique Bravo-García y Ana María Carrillo (Editores).
5. *La experiencia de las mujeres que viven con VIH/SIDA en los servicios de salud*, Hilda Pérez Vázquez, Rosario Taracena, Carlos Magis y Cecilia Gayet.
6. *El trabajo de las parteras sobre VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual*, Silvia Esperanza Jiménez García, Silvia María Loggia Gago, Rosario Taracena, Carlos Magis y Cecilia Gayet.

Todos se encuentran disponibles en:
www.salud.gob.mx/conasida

El VIH/SIDA en el área rural e indígena de México es un problema de salud pública con múltiples repercusiones psicológicas, sociales y económicas. Para combatir esta epidemia es necesaria la participación de diversos actores sociales que juegan un papel clave en las comunidades, así como del sector médico. La investigación que aquí se presenta tuvo lugar en una comunidad rural de Morelia, Michoacán, y tuvo como propósito analizar el papel que pueden jugar las parteras en la prevención, detección y tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS dentro de las comunidades rurales. Los resultados muestran que las parteras pueden contribuir de forma importante en las acciones de prevención de las infecciones de transmisión sexual, aunque para lograrlo requieren información, capacitación y el apoyo de las instituciones de salud.