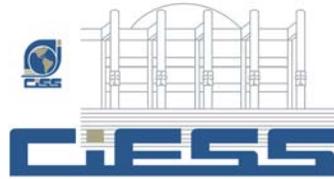


Conferencia Interamericana de Seguridad Social



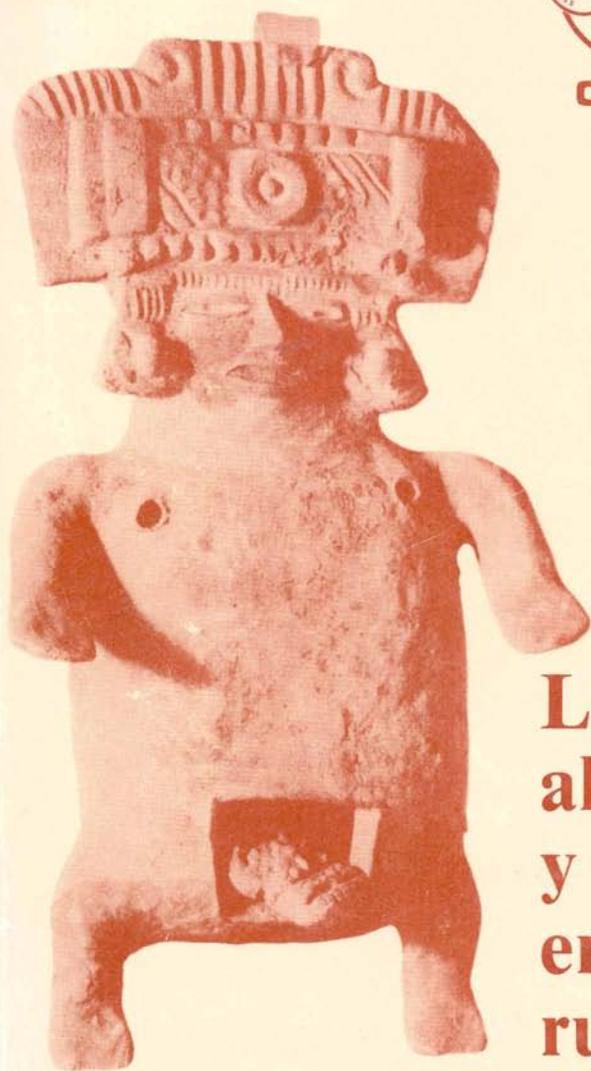
**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



CIESS



La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano

© 1989

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.
CALLE SAN RAMON SIN NUMERO, UNIDAD INDEPENDENCIA,
SAN JERONIMO LIDICE,
C.P. 10100, MEXICO, D.F.

IMPRESO EN ESPAÑOL EN MEXICO.
DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY.



CIESS



Idolo representativo
del nacimiento. Siglo VIII.
San Juan de Teotihuacán,
México.

LOS ZOLLA Y XOCHITL CASTAÑEDA
en colaboración de
TASCÓN MENDOZA

La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano

VIRGINIA MELLADO, CARLOS ZOLLA Y XOCHITL CASTAÑEDA
con la colaboración de
ANTONIO TASCÓN MENDOZA

**La atención
al embarazo y el parto
en el medio rural
mexicano**

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL (CIESS)

1989

Los materiales informativos de campo utilizados en la elaboración de este libro fueron obtenidos durante 1987 para el proyecto de investigación **LA ATENCION AL EMBARAZO Y PARTO EN EL MEDIO RURAL MEXICANO**, realizado por el Area de Investigación y Asistencia Técnica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), con la colaboración de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos (Sub-Jefatura de Investigación) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El proyecto referido contó con la asistencia económica de la Comunidad Económica Europea, dentro del Programa de Cooperación Científica entre la Comunidad Económica Europea y México. Contrato CII-0092-MEX(A) CIESS-CEE.

Director General de la Investigación
LIC. Y C.P. AGUSTIN BARBABOSA KUBLI
Director del CIESS

Coordinador General de la Investigación
DR. CARLOS CAMPILLO SAINZ
Coordinador
Coordinación de Investigación del CIESS

Coordinación Académica
LIC. CARLOS ZOLLA
Unidad de Investigación en Medicina Tradicional
y Desarrollo de Medicamentos (IMSS)
LIC. SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO
Coordinación de Investigación del CIESS

Indice

Presentación	9
Introducción	11
I. La atención al embarazo, el parto y el puerperio en el medio rural mexicano	17
II. Información sobre las regiones en estudio. Problemas de método	31
III. La “naturaleza” y las bases del sistema de conceptos, creencias y prácticas sobre embarazo y parto. Concepción y esterilidad	45
IV. El embarazo	73
V. El parto	107
VI. El puerperio y las enfermedades de la madre y del niño	121
VII. Imagen social de la partera	131
Conclusiones	137
<i>Apéndice:</i>	141
Plantas medicinales utilizadas popularmente en la atención al embarazo y parto	
Plantas medicinales utilizadas en los diversos tratamientos contra la esterilidad	144
Plantas medicinales utilizadas en el embarazo	145
Plantas medicinales utilizadas durante el parto	145
Plantas medicinales utilizadas durante el puerperio y en las enfermedades de la madre y del niño	145
Bibliografía selecta	147
Agradecimientos	163

Presentación

La maternidad es uno de los sucesos de la vida que mayor impacto tienen en el hombre y la sociedad; impacto que ha dado lugar a profundos planteamientos ideológicos y sus concomitantes procedimientos prácticos, que en conjunto constituyen complejos patrones de atención al embarazo, el parto y el puerperio.

En el ámbito de la medicina tradicional, la respuesta al fenómeno de la maternidad ocupa un lugar especial tanto por sus conceptos, creencias, mitos y tabúes, como por sus maniobras y terapias; y toda esta respuesta encarna en el personaje central de la partera, en quien queda depositada gran parte de la responsabilidad por el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural.

Consciente de esta realidad y de la importancia que tienen la partera y la medicina tradicional en el medio rural, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) propuso en la XXIX Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (Buenos Aires, 1985) desarrollar un programa de investigación y promoción de la medicina tradicional en el continente americano, iniciativa que fue aprobada unánimemente.

Durante los días 8 al 12 de septiembre de 1986 el CIESS organizó una reunión para analizar "El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos" que reunió a especialistas mexicanos y latinoamericanos y cuyas conclusiones se encuentran contenidas en un volumen que fue publicado en 1987*. Los lineamientos relativos a la investigación de la medicina tradicional, a la difusión de los resultados a través de publicaciones y programas educativos para los trabajadores de la salud y a las estrategias de interrelación entre la medicina moderna y tradicional, constituyeron los temas considerados prioritarios por los asistentes al Taller.

Haciéndose eco de estas proposiciones, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, a través del Área de Investigación y Asistencia Técnica, y contando con la colaboración de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS y del Programa IMSS-COPLAMAR, inició en febrero de 1987 el desarrollo de dos proyectos de investigación denominados **IMPORTANCIA DE LA MEDICINA TRA-**

* *El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos*. México, CIESS, 1987.

DICIONAL EN LA ATENCION A LA SALUD DE LA POBLACION RURAL y LA ATENCION AL EMBARAZO Y PARTO EN EL MEDIO RURAL MEXICANO, los cuales fueron apoyados por la Comunidad Económica Europea. Ambos proyectos se enfocaron a estudiar las modalidades de atención, las clasificaciones de las enfermedades, el empleo de recursos terapéuticos y la significación de las prácticas médicas tradicionales en zonas rurales del país.

LA ATENCION AL EMBARAZO Y PARTO EN EL MEDIO RURAL MEXICANO, constituye la segunda de las publicaciones preparadas a partir del análisis de la información de los proyectos mencionados. Los datos fueron obtenidos en entrevistas con parteras de 12 comunidades del Estado de Morelos que abarcan tanto la zona alta y fría como la zona baja y árida e incluyen tanto asentamientos que conservan patrones de vida ancestrales, como asentamientos con alto flujo migratorio, sobre todo de los estados de Puebla y Guerrero. La investigación analiza, por una parte, el proceso del embarazo, el parto y el puerperio con especial énfasis en la integración, de hecho, de los aspectos biológicos y culturales; y por otra, describe copiosamente los procedimientos y recursos de orden preventivos y terapéuticos utilizados por las parteras. El estudio, además, examina las enfermedades de la madre y del niño durante el puerperio y llama la atención sobre dos aspectos de fundamental importancia para la comprensión del tema: la idea de "naturaleza", como base del sistema de conceptos, creencias y prácticas, y la imagen social de la partera, como eje de la confianza depositada en ella. Finalmente el estudio pone de manifiesto la presencia de tres tipos de parteras caracterizados a lo largo de la obra, con lo cual se ofrece un marco de referencia básico respecto de la pluralidad y distribución de los recursos que entran en juego durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Este estudio fue realizado en paralelo con el proyecto: Importancia de la Medicina Tradicional en la Atención a la Salud de la Población Rural, con el consecuente enriquecimiento recíproco. Por ello, recomendamos al lector la consulta del libro MEDICINA TRADICIONAL Y ENFERMEDAD, de esta misma serie.

Con la presente publicación, el CIESS pretende ofrecer una herramienta de trabajo y contribuir a un mejor conocimiento de la problemática de la salud en el medio rural.

LIC. Y C.P. AGUSTIN BARBABOSA KUBLI
Director del CIESS.

México, D.F., febrero de 1989

Introducción

El título escogido para este trabajo reclama, desde nuestro punto de vista, un par de aclaraciones: la primera de ellas es que el contenido descubre ciertas características básicas de la atención al embarazo, el parto y el puerperio en el medio rural mexicano haciendo énfasis en el sistema de conceptos, creencias y prácticas de las parteras tradicionales, de las parteras empíricas adiestradas y de las parteras empíricas no adiestradas. El lector comprobará que, salvo referencias aisladas, no aludimos al trabajo de los médicos de campo, o a la concurrencia de mujeres campesinas a los centros de salud urbanos o suburbanos como demandantes de servicios. La razón de esta omisión es, también, doble: por una parte, se trata de un fenómeno conocido, y los lectores interesados en el tema pueden consultar una vasta literatura producida por las instituciones de salud; por otra, la investigación que proveyó de la base documental para este libro estuvo centrada en el estudio —y la comparación— de la labor de las parteras, cuya importancia cuantitativa y cualitativa en el campo mexicano se encuentra bastante bien documentada. Incluir todas las formas de atención gineco-obstétrica y materno infantil que eventualmente pueden encontrarse en los sectores rurales a lo largo del país habría excedido con mucho los propósitos que se plantearon los autores. La segunda aclaración que estimamos pertinente consignar es la de que en México se ha acumulado una notable experiencia en los programas de entrenamiento de las parteras rurales, y que estudiar en forma comparativa la configuración de los sistemas de conceptos sobre el embarazo y el parto subyacente a las prácticas de los distintos tipos de terapeutas nos parecía una materia de suficiente interés como para reclamar un estudio específico. Como el lector podrá comprobar en las páginas que siguen, este trabajo se ocupa más de aspectos cualitativos de los modelos de atención que de referencias estadísticas o cuantitativas. La perspectiva disciplinaria adoptada es claramente la de la antropología médica, aunque a veces no vacilamos en echar mano a datos ofrecidos por otras disciplinas. Así, por ejemplo, una serie de investigaciones recientes sobre nutrición en el medio rural, en general, y sobre nutrición de la mujer embarazada, en particular, fue empleada aquí como apoyo teórico y empírico al estudiar las condiciones de salud de las mujeres que solicitan los servicios de las parteras tradicionales y de las parteras adiestradas. Obvia decir que mucha de la información complementaria se recogió —como el lector podrá advertir al consultar la selección bibliográfica aquí incluida— en los textos de antropología y, sobre todo, en etnografías interesadas en la descripción del ciclo de vida en las comunidades indígenas del país. Este ha sido un tema vastamente explorado por los etnógrafos desde hace por lo menos cuatro décadas, si bien es preciso señalar que el enfoque adoptado en esos estudios ha estado más dirigido a los problemas

de la cultura que a los de la salud. Aunque estos dos grandes ámbitos se encuentran constantemente interrelacionados, posee cada uno su especificidad y sus modalidades características.

El interés de la antropología médica por el proceso del embarazo, el parto y el puerperio se vincula de modo directo con el interés mayor de la antropología —y de otras ciencias— en el análisis de la reproducción social. Desde nuestro punto de vista, el estudio de los sistemas de creencias, conceptos y prácticas sobre el embarazo y el parto pone en evidencia no sólo las estrechas conexiones del tema con los grandes mitos de la sexualidad, la fertilidad o la persistencia y conservación del grupo, sino las modalidades que asume socialmente la respuesta de este mismo grupo ante los eventos mencionados. Esa respuesta social habla en muchos casos un lenguaje simbólico (por ejemplo, en las relaciones de la fertilidad con los mitos lunares), pero también habla un lenguaje médico práctico, objetivado en un conjunto de saberes, maniobras o terapias que las parteras ponen en juego ante cada suceso específico.

Por otra parte, más allá del interés concreto por estudiar el impacto de la práctica gineco-obstétrica en poblaciones específicas (en este caso las del medio rural), el estudio del embarazo, el parto y el puerperio muestra la profunda imbricación entre *naturaleza* y *cultura*. En el capítulo inicial de una de sus obras más famosas —*Las estructuras elementales del parentesco*—, Claude Lévi-Strauss enfatizaba a propósito de la relación entre “estado de naturaleza” y “estado de sociedad”, según la distinción de los pioneros del pensamiento sociológico. El estudio de la conducta humana, decía Lévi-Strauss, muestra las más de las veces que “la cultura no está simplemente yuxtapuesta ni simplemente superpuesta a la vida. En un sentido la sustituye; en otro, la utiliza y la transforma para realizar una síntesis de un nuevo orden”¹. Esto, que puede observarse para el comportamiento humano en general, es particularmente patente en el estudio de nuestro tema: no deja de causar asombro comprobar —por muchas veces que se encuentre el dato de campo, reiterado hasta la fatiga— cómo en el seno de una misma sociedad (y a veces dentro de una pequeña población rural) se articulan estrategias tan diferentes para atender un fenómeno que sigue un ciclo de una gran fijeza —cópula, concepción, preñez, parto—, con notables variaciones técnicas e ideológicas. La referencia al punto de vista de Lévi-Strauss y al enfoque provisto por la antropología médica se fundamenta también en el tipo de materiales que se ofrecen al investigador al estudiar este problema. A cada instante se revelan temas que muestran precisamente cómo el orden biológico y el orden cultural se conjugan a propósito de la reproducción (reproducción de la vida misma, reproducción de la fuerza de trabajo, reproducción de los patrones ideológicos que presiden todo el sistema conceptual con el que la población y sus terapeutas afrontan la fertilidad o la esterilidad, la preñez, el nacimiento, el sexo de los hijos o el reforzamiento de la familia). A cada instante, también el investigador tiene la sensación de encontrarse examinando un tema que se encuentra a caballo en varios dominios simultáneamente, y que allí donde uno esperaría encontrar un hecho esencialmente “natural” (la reproducción de la vida) la realidad muestra una compleja estructura de mitos, creencias, tabúes, temores y expectativas, es decir, una compleja estructura ideológica. De una riqueza notable, el tema ofrece líneas de investiga-

1. Lévi-Strauss, Claude: *Las estructuras elementales del parentesco*, México, Origen/Planeta, 1985, Vol. 1, pág. 36.

ción sobre materias tan distintas (y, sin embargo, tan conexas) como la planificación familiar y los tabúes lingüísticos, la nutrición y los mitos y creencias acerca de la influencia de la luna, las plantas medicinales y el machismo, la función de la familia extensa y el saber médico, la etnicidad y la estructura de los servicios de salud, la “explosión demográfica” y la dualidad “frío-calor”, la religiosidad popular y la función de la partera. No menos complejas son las relaciones entre el pasado y el presente de la práctica gineco-obstétrica: al comprobar que en muchas comunidades se sigue empleando la llamada “posición mesoamericana” para dar a luz o el temazcal como elemento esencial de la materia médica, al verificar la persistencia de ideas prehispánicas sobre los “daños” que puede sufrir la embarazada y su producto por la acción nociva de terceros o el uso ancestral de plantas medicinales útero-evacuantes como el cihuapactli, existe la tentación de ver una continuidad sin alteraciones desde el pasado remoto hasta nuestros días. Y, si bien es cierto que la persistencia de elementos tradicionales es notable, la configuración de un cuadro más complejo de atención a la madre y al niño es sin duda el rasgo más característico. Ese cuadro admite elementos varias veces centenarios, originarios de Mesoamérica, pero también influencia de las medicinas académica y popular española —presentes en el periodo colonial— y, sobre todo, de la medicina moderna, sea por la vía directa del servicio prestado por los médicos, sea por la presencia de un modelo de atención que permea la labor de la partera empírica adiestrada. Por ese motivo, la exposición de la información de campo se hace siempre en referencia a un modelo mixto de atención a la salud en el que conviven distintas tradiciones médicas y en el que actúan terapeutas con diferencias importantes en su formación.

Con frecuencia se afirma que el saber de la partera es un saber eminentemente práctico, y que en gran medida el éxito en la atención a la embarazada puede lograrlo cuando realiza con destreza ciertas maniobras características. Sin poner en duda el peso de la empiria en la labor de la partera, no es menos cierto que su saber no sólo no está exento de elementos teóricos sino que, al contrario ella suele expresar la síntesis más acabada de las ideas y creencias sobre la reproducción. En suma, la partera condensa en su persona a la terapeuta práctica y a la vocera de una ideología, sea que ésta se encuentre impregnada de elementos tradicionales, sea que reproduzca en el grupo las modalidades conceptuales y técnicas del modelo médico académico. Tradición y modernidad alternan en el trabajo y en el discurso de las informantes que hablan en este libro. En ese sentido, el texto despliega un principio metodológico que consiste, en lo esencial, en “dejar hablar” a las parteras, buscando un orden implícito que subyace al dato y que muestra que la atención al embarazo, el parto y el puerperio está articulada en un sistema teórico-práctico, expresado muchas veces en un lenguaje poco familiar al del investigador o al del propio médico de campo quien en no pocas ocasiones es el encargado del adiestramiento de la partera.

Esta idea o propósito central de “dar la palabra al informante” implica en la práctica no sólo hacer explícito ese lenguaje de la terapeuta sino tratar de precisar su sentido tanto en el cuadro del sistema de creencias como en el del saber médico específico.

En beneficio de la exposición de los datos optamos también por aclarar el significado de ciertas expresiones que denotan conceptos característicos de la medicina tradicional o que aluden a maniobras o recursos terapéuticos materiales y simbólicos: así, el lector encontrará que se ha concedido un espacio importante al análisis del concepto de “naturale-

za”, básico para la comprensión de las ideas sobre la fertilidad o la esterilidad, la capacidad reproductora, el tamaño de la familia, el sexo de los niños o el predominio de ciertos rasgos caracterológicos que se estima influyen en la fecundidad. Desde el punto de vista antropológico creemos que se trata de un concepto poco estudiado, pese a su importancia que desborda el marco específico del embarazo y el parto y se vincula a numerosos aspectos de la vida, tanto en lo biológico como en lo cultural.

Como complemento de la información hemos tratado de ser específicos al hablar de técnicas como la “sobada” y la “manteada”, de elementos de la hidroterapia como el temazcal o el “torito” y de otros recursos como las “enjundias” o los aceites vegetales.

Todo texto supone un lector virtual, y en función de las características que imaginariamente le asigna trata de adecuar el tono y el carácter de la escritura. En nuestro caso, nos sentiríamos satisfechos si comprobáramos que este libro brinda información útil al médico, la enfermera, la partera adiestrada o el promotor de salud que prestan sus servicios en las áreas rurales. Es en ellos en quienes pensábamos al escribirlo. Somos, en buena medida, los organizadores de un material aportado esencialmente por tres tipos de parteras a las que en el libro designamos como parteras tradicionales, parteras empíricas no adiestradas y parteras empíricas adiestradas: las razones de esta triple división se consignan más adelante. Digamos solamente que una mirada al panorama general de la atención al embarazo y el parto en el medio rural nos lleva a pensar que existe una tendencia dominante: la de la transformación cada vez mayor de la partera empírica no adiestrada en partera adiestrada, así como el eclipse de la partera tradicional. De mantenerse los esquemas desarrollados hasta hoy por las instituciones de salud, es casi seguro que en el futuro el peso principal de la atención recaerá en terapeutas que mantienen contacto con los organismos oficiales. A diferencia de lo que pensaban algunos salubristas y planificadores hace dos o tres décadas, este personal no sólo no será sustituido sino que se ampliará su esfera de influencia: su activa participación en los programas de planificación familiar constituye el mejor indicio que nos proveen las circunstancias y las políticas actuales. Algunos investigadores —como Brigitte Jordan o Sheila Cosminsky— se han interesado por el estudio de los modelos de entrenamiento para las parteras tradicionales; han señalado, a veces puntualmente, las características, el impacto y los desajustes de estos esquemas pedagógicos. Se trata, sin lugar a dudas, de uno de los temas que todo estudio sobre el embarazo y el parto debería incluir. En nuestro caso, confiamos en el futuro poder abordar su tratamiento de manera específica; hacerlo aquí no sólo habría excedido los propósitos básicos de la investigación sino que habría llevado a extender notablemente el texto. Una tarea semejante implica no sólo la revisión de los distintos modelos de entrenamiento propuestos o aplicados en las últimas décadas en México y en el extranjero, sino, sobre todo, la observación de las sesiones escolares, el análisis de su contenido, la verificación de la comprensión y aplicación que hacen de ellos las parteras, y la investigación sobre el impacto derivado de estas prácticas. En cambio, cuando nos hemos acercado al tema, lo hemos hecho desde la información misma de las parteras en la atención a la embarazada, la parturienta o la puérpera. En esos casos hemos dejado constancia en el texto de los elementos que nos parecían jugar un papel sobresaliente.

La bibliografía consultada es significativamente amplia y no siempre homogénea; destacan, sin lugar a dudas, los trabajos surgidos en el campo de la antropología que se han in-

teresado por el ciclo de vida en comunidades rurales de México, y aquellos otros que analizan desde la perspectiva institucional las condiciones y modalidades de la atención gineco-obstétrica y materno infantil. Hemos realizado una selección que creemos puede ayudar a obtener un panorama general de las políticas y programas internacionales; las compilaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (y que aparecen en la bibliografía bajo las siglas WHO) hablan por sí mismas de la importancia concedida al tema en todo el mundo. Las alusiones a los programas de atención gineco-obstétrica y materno infantil, y a los de planificación familiar en México han sido posibles a través de la consulta de obras como *La revolución demográfica en México. 1970-1980* y, sobre todo, *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, editadas ambas por el Dr. Jorge Martínez Manautou y publicadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como todas las investigaciones dedicadas a este tema, la nuestra es deudora de *La obstetricia en México*, publicada en 1910 por el Dr. Nicolás León, obra que conjuga las informaciones sobre la atención al embarazo, el parto y el puerperio entre los pueblos prehispánicos, durante el periodo colonial y en el siglo que va desde la Independencia hasta la edición del libro del célebre médico michoacano.

Los autores de este trabajo participaron, además, en la realización de otro proyecto —*Importancia de la medicina tradicional en la atención a la salud de la población rural, cuyos resultados se encuentran contenidos en el libro Medicina tradicional y enfermedad*—, a cargo también del Área de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), y que contó con la colaboración de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS, y del Programa IMSS-COPLAMAR. Consideramos que muchos de los planteos aquí expresados guardan una estrecha afinidad con las ideas principales desarrolladas en *Medicina tradicional y enfermedad*, por lo que deseáramos remitir al lector a este material en el que se exponen los resultados de la consulta a los terapeutas tradicionales a propósito de cinco padecimientos que constituyen las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional mexicana: mal de ojo, empacho, susto, caída de la mollera y disentería. Un patrón común guía la interpretación popular acerca de la causalidad de estas enfermedades y de muchas de las que se registraron en Morelos en el estudio que nos ocupa, especialmente durante las etapas del puerperio y de la primera infancia. Tanto en aquel texto como en este, el marco general, empírico, lo constituyen las condiciones de salud de las comunidades rurales y, particularmente, las modalidades de atención que resultan de la existencia de un sistema mixto de prestación de servicios. En ese sentido consideramos a estos libros como complementarios; en ambos, por lo demás, se hace explícita referencia a la preocupación de la antropología médica por el estudio de las variables culturales ante la enfermedad o ante la preñez y el parto; en ambos, asimismo, se señala que estas variables no agotan el estudio del proceso salud/enfermedad, y se hace patente la preocupación de la disciplina por inscribirse dentro de los proyectos que tienden a lograr un mejor conocimiento de las condiciones de vida y un mejoramiento del estado de salud de las poblaciones campesinas. En esto puede verse un alejamiento de los estudios antropológico-médicos respecto a las investigaciones etnográficas, así como una cercanía mayor a la problemática de la salud pública. Digamos finalmente que la información recogida se logró a través de la aplicación de encuestas y de la observación participante con parteras de las localidades de Hueyapan, Jojutla, Miacatlán, Yautepec, Tepoztlán, Tlaltzapán,

Tepalcingo, Xalostoc, Tlayecac, Axochiapan, Jonacatepec y Tlatenchi, todas en el Estado de Morelos.

Capítulo I

La atención al embarazo, el parto y el puerperio en el medio rural mexicano

La atención al embarazo, el parto y el puerperio en el medio rural mexicano constituye uno de los ejemplos más notables de la coexistencia de la medicina tradicional con la medicina académica. Esta afirmación merece ser analizada minuciosamente, ya que implica diversos órdenes de problemas que es necesario circunscribir y examinar en detalle para comprender no sólo el universo de ideas, prácticas o creencias de parteras y médicos, sino también el interés que el tema ha suscitado en los estudiosos de la antropología médica y en los investigadores de la atención gineco-obstétrica y materno infantil. En 1910, el Dr. Nicolás León publicó su notable estudio *La obstetricia en México*¹ en el que ofrecía una amplia visión de la atención obstétrica en el México prehispánico, colonial y moderno; el proyecto de León —más allá del énfasis puesto en ciertos temas y la brevedad con que exponía otros— sigue siendo un punto de referencia inevitable, pues al mismo tiempo que abordaba la atención al parto y al puerperio en numerosos grupos étnicos, daba cuenta de los avances realizados por la obstetricia moderna. Considerando la influencia que el modelo positivista ejerció en la medicina de su tiempo, la empresa de León es doblemente significativa: sin descuidar la atención puesta sobre el panorama científico, ponía en evidencia el otro universo de prácticas y recursos existentes en el medio rural. Sin decirlo explícitamente, León daba cuenta así de la presencia de un modelo mixto de atención gineco-obstétrica, fenómeno que se mantiene hasta el presente. El prejuicio científicista con que muchas veces aborda las prácticas tradicionales no borra la intención de fondo: determinar la antigüedad, amplitud y significación de la atención gineco-obstétrica y materno infantil, para lo cual León se vale por igual de textos científicos modernos, literatura histórica y etnográfica, manuales de parteros y de un sinfín de materiales de indudable interés.

1. León, Nicolás: *La obstetricia en México*, México, Tip. de la Viuda de F. Díaz de León, 1910.

La coexistencia de la medicina tradicional con la medicina académica no es un fenómeno exclusivo de México. Numerosos autores han explicado cómo, en la mayor parte de las sociedades que poseen manifestaciones importantes de medicina tradicional, el modelo médico hegemónico convive con otros modelos (subordinados, alternativos, “tradicionales”, no institucionales, etc.). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una tipología de los sistemas de salud de los países, conforme el grado de aceptación de los modelos médicos tradicionales:

- a) *Los sistemas exclusivos (monopólicos)*, en los que sólo la práctica de la medicina científica moderna es reconocida legalmente, con total exclusión de otras formas de curar. Este es el caso de Francia, Bélgica, Luxemburgo, Austria, la URSS y la mayor parte de los países del bloque socialista, Argentina, Honduras, Argelia, etc.
- b) *Los sistemas tolerantes*, en donde sólo el sistema basado en la medicina moderna es reconocido, aunque legalmente se toleran otras formas de la práctica médica tradicional. De los países que han adoptado este tipo de sistema tenemos: República Federal Alemana, Gran Bretaña, Estados Unidos, Malí, Alto Volta, Uganda, Sierra Leona, Ghana, etc. México forma parte de este grupo.
- c) *Los sistemas inclusivos*, en los que diversas formas de atención a la salud, tradicionales o modernas, son reconocidas legalmente. El ejemplo más conocido es el de la India, en donde al lado de la medicina moderna, se practica, respalda y regula el ejercicio de sistemas tradicionales, tales como Unani, Ayurveda, Siddha, etc. Pakistán, Tailandia, Bangla Desh, Sri Lanka, Birmania, entre otros, muestran diversas modalidades de inclusión de las prácticas tradicionales.
- d) *Los sistemas integrados* que, como en el caso de China Popular, promueven oficialmente el uso combinado de medicina moderna y medicina tradicional².

Con respecto a los países con un *sistema exclusivo* o *monopólico*, el hecho de que la legislación prohíba la práctica médica de aquellos terapeutas no formados en la medicina académica, no significa que las manifestaciones tradicionales alternativas desaparezcan en los hechos, como se comprueba en la abundante bibliografía existente sobre esta materia³.

En el caso particular de México —y, sin duda, en numerosos países—, la coexistencia de la medicina tradicional y de la medicina institucional a propósito del embarazo, el parto y el puerperio es mucho más que una manifestación de hecho: en efecto, el reconocimiento de las partes “empíricas” constituye un fenómeno que no tiene equivalente para el resto de los terapeutas tradicionales; a diferencia de los programas que reconocen, apoyan o asesoran a las parteras, no existen planes o proyectos semejantes para los hierberos, curanderos, hueseros y otros tipos de terapeutas tradicionales, y sólo en la actualidad los or-

2. Stepan, Jan: “Patterns of Legislation Concerning Traditional Aspects”, en Bannerman, R.H. *et al.*: *Traditional Medicine and Health Coverage*, Geneva, OMS, 1983, págs. 292-293. Véase también: Zolla, C.: “Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud”, en *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS, 1987, págs. 63-74.
3. Smolensky, Eleonora: “Las prácticas médicas alternativas y la atención de la salud en Buenos Aires, Argentina”, en *El futuro...*, *op. cit.*, págs. 75-90.

ganismos de salud empiezan a reconocer su presencia y ascendiente en las comunidades en las que ejercen: “Los *servicios de salud* existentes en la actualidad en el medio rural mexicano comprenden básicamente a dos grandes grupos: —*los servicios institucionales de salud*, en los cuales se incluyen los servicios sanitarios-asistenciales de la Secretaría de Salud y los servicios administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

“—*Los servicios comunitarios de salud, constituidos en lo fundamental por las parteras rurales y otros recursos tradicionales, y en menor proporción por médicos en el ejercicio liberal de la medicina*”⁴ (los subrayados son nuestros).

Los párrafos anteriores muestran con bastante claridad que las instituciones de salud son concientes de la existencia de un sector comunitario constituido en prestador de servicios, si bien es claro el énfasis puesto en las parteras rurales y la indiscriminación del resto de los terapeutas. En el curso de este trabajo esperamos aportar la suficiente cantidad de datos que nos ayuden a explicar el porqué de estas políticas cuyo antecedente más lejano puede registrarse en 1806 cuando “se intentó tener cierto control sobre las parteras empíricas. Para tal fin, tenían que registrarse y pasar un examen, así como comprometerse a referir los casos difíciles al médico cirujano. (...) En 1806 se editó una ‘Cartilla’ publicada primero en España en 1705 llamada ‘cartilla nueva útil y necesaria para instruirse las Matronas que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partera, mandada hacer por el Real Tribunal del protomedicato al doctor D. Antonio Medina”⁵.

Si se tiene en cuenta que los prestadores de servicios de atención gineco-obstétrica y materno infantil pueden distinguirse en dos grandes grupos (servicios institucionales y servicios comunitarios), se concluirá que las embarazadas se encuentran ante la posibilidad de optar por la atención de distintos tipos de terapeuta, fenómeno que lleva en los hechos a que se definan también distintas trayectorias de la paciente. Examinado de cerca este hecho no es tan simple como pareciera a primera vista: ¿qué es lo que decide que se opte por uno y otro servicio? y ¿este itinerario admite posibilidades de recurrir a más de un prestador de servicios? Además, es claro que la distinción entre “servicios institucionales” y “servicios comunitarios”, tal como fue planteada antes, admite otros matices: por ejemplo, el hecho nada desdeñable de que el médico institucional y el médico privado que presta sus servicios en el medio rural compartan una formación académica común, y de que sea la estructura del mercado de trabajo la que hace que el primero sea institucional y el segundo comunitario, o que el servicio del primero sea gratuito, o casi gratuito, para el usuario, mientras que el del segundo deba pagarse conforme a una tarifa aplicada más o menos arbitrariamente. Otro matiz que admite el enunciado general es la distinción entre las parteras que han recibido entrenamiento institucional (y que llamaremos en nuestro trabajo *parteras empíricas adiestradas*) y aquellas otras que carecen de este tipo de entrenamiento (a las que designaremos *parteras tradicionales*).

Naturalmente, el proceso pedagógico y la vinculación a la institución hace de aquellas parteras un personal mucho más afín al modelo propuesto por los organismos oficiales de sa-

4. Martínez Manautou, J. (Ed.): *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, México, IMSS, 1986, pág. 14.
5. Véanse: Leiter Ferrari, W.: *La atención “tradicional” del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*, México, ENAH, INAH-SEP, 1982, pág. 176, y León, N., *op. cit.*, pág. 221.

lud. Finalmente, es preciso subrayar el hecho de que dada la estructura del poblamiento de las zonas campesinas, la pertenencia al IMSS o la posibilidad de acceder a los servicios de la Secretaría de Salud no implica en los hechos que la parturienta haga uso efectivo de esos servicios. Las contingencias que suelen rodear al parto (el hecho de que pueda suceder durante la noche en lugares aislados o lejanos a los sitios que poseen hospitales o centros de salud, los problemas de transporte, etc.) obligan muchas veces a la parturienta a recurrir a los servicios comunitarios más accesibles.

Los comentarios precedentes llevan a concluir que la atención al embarazo y parto en el medio rural constituye una esfera de actividad sumamente dinámica y que se presenta en los hechos notablemente compleja, situación que condiciona tanto el modelo de atención como los enfoques que se adopten para su estudio.

El grupo de terapeutas tradicionales* a las que genéricamente suele denominárseles "parteras empíricas" posee una importancia cuantitativa y cualitativa esencial en la estructura de los servicios de atención a la embarazada, la parturienta, la púérpera y el recién nacido, especialmente en el medio rural y en las comunidades marginadas del país. Brindaremos algunas cifras que ilustran el primer aspecto, dejando los comentarios sobre la importancia cualitativa de la atención gineco-obstétrica y materno infantil para los capítulos subsiguientes.

Más allá de las objeciones que suelen hacerse a las estadísticas de salud en México, es evidente que permiten —si se las emplea con cierto cuidado— inferir las grandes magnitudes, las tendencias principales de los fenómenos cuantificados y las características más sobresalientes que se manifiestan en los diferentes procesos. En este sentido, las cifras disponibles revelan la importancia de la mujer en la medicina tradicional en general, y de las parteras en lo relativo a la atención al embarazo y parto en el México actual.

Una encuesta realizada por el Programa IMSS-COPLAMAR y la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS destinada a registrar los recursos humanos no institucionales en las áreas cubiertas por las 3 025 unidades médicas rurales de aquel Programa, reveló que el número de terapeutas tradicionales reconocidos cuadruplicaba al de los médicos que cumplían sus labores en el medio rural marginal: 13 067 contra 3 025**. De estos 13 067 terapeutas, la agrupación conforme a los tipos de práctica arrojó las siguientes cifras:

* Denominamos *terapeutas tradicionales* a aquellas personas, generalmente adultas y pertenecientes a la comunidad en donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades o facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo, y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas las distinguen claramente de los terapeutas de la medicina académica (Zolla, C.: "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales", *México Indígena*, No. 9, marzo-abril, 1986, pág. 17.

** Al momento de realizarse la encuesta sobre recursos humanos no institucionales para la salud, la población adscrita al Programa IMSS-COPLAMAR era de 12,669,745. Recordemos que este programa estaba dirigido a atender a población considerada "marginada", habitante, en muchos casos, de las áreas más desprotegidas de todo el territorio nacional.

**RECURSOS HUMANOS NO INSTITUCIONALES PARA LA SALUD
REGISTRADOS EN LAS AREAS DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR**

Especialidad	Cantidad	%
Parteras	5,069	38.8
Curanderos	2,278	17.4
Hueseros	1,640	12.2
Hierberos	505	3.9
Otros terapeutas	3,575	27.3
TOTAL	13,067	100.0

Fuente: Zolla, C. y cols.: *Atlas de la medicina tradicional de México*, (en preparación). Datos de 1984.

Si bien el grupo mayoritario está constituido por las parteras, el resto de los terapeutas tradicionales representa un porcentaje elevado (61.2%), hecho importante si se considera que la población los reconoce como personal calificado. La expresión "otros recursos tradicionales", empleada por las instituciones para referirse a ellos, deja en la sombra a un sector cuantitativamente importante de prestadores de servicios para la salud.

El cuadro anterior muestra una rigidez en el criterio de agrupación de los terapeutas que no se observa en la realidad. Así, por ejemplo, muchas de las parteras del medio rural son simultáneamente curanderas, hueseras o hierberas, fenómeno que resultará importante recordar cuando se analicen la imagen, los conocimientos y las habilidades de estas terapeutas en el área por nosotros estudiada. El otro fenómeno importante es la presencia de la mujer, no sólo en las prácticas gineco-obstétricas sino en la medicina tradicional en general. En efecto, de los 13 067 terapeutas tradicionales registrados, 8 024 eran mujeres, es decir, el 61.4% del total.

Un informe de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del IMSS sobre adiestramiento de parteras rurales señala que entre 1974 y 1983 fueron capacitadas 14 685 de estas terapeutas, "constituyendo todo un cuerpo operacional actuante"⁶. Las estimaciones de las instituciones de salud mexicanas revelan que más del 80% de los nacimientos a nivel nacional ocurren en el ámbito de atención de la partera tradicional y de la partera empírica capacitada⁷; estos datos corresponden a la cobertura del Programa IMSS-COPLAMAR.

Los datos anteriores corroboran la importancia numérica de las parteras en el marco general de la atención al embarazo y el parto, más allá de que se encuentren o no vinculadas

6. Martínez Manautou, J. (Ed.), *op. cit.*, pág. 74.

7. IMSS: *Memoria de descentralización de los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR al Gobierno del Estado de Morelos*, México, IMSS, 1987, pág. 12. Para el Estado de Morelos, "la cobertura de atención del parto en relación con los embarazos esperados para 1983-1985 fue de alrededor del 50%", siempre dentro del Programa IMSS-COPLAMAR. *Ibid.*

a los programas oficiales de entrenamiento. Creemos que este fenómeno, lejos de modificarse cuantitativamente, se acentuará en los próximos años, y que los cambios serán más bien de naturaleza cualitativa.

¿Es posible precisar las características que ha asumido históricamente en México la coexistencia de la medicina académica con la medicina tradicional a propósito de la atención gineco-obstétrica y materno infantil? La cuestión merece un análisis detenido que parta de aclarar el sentido mismo del término *coexistencia*. En efecto, nos parece pertinente distinguir entre una *coexistencia entendida como la existencia de hecho, en un mismo ámbito geográfico y social, de la medicina tradicional y de la medicina académica*, y una *coexistencia que resulta de un proceso de organización de los servicios de salud* que parte de la iniciativa del modelo médico hegemónico y que busca articular acciones con las parteras tradicionales. En el primer sentido, la coexistencia entre la medicina tradicional y la medicina académica es en México varias veces centenaria; en el segundo sentido, se trata de un fenómeno moderno que, aunque reconoce algunos antecedentes aislados, sólo ha sido planteado a gran escala en las últimas décadas. Las razones de esta estrategia no deben ser buscadas sólo en México, sino que responden a tendencias y orientaciones universales. Sin embargo, es necesario señalar que al momento de formularse estas políticas de alcance mundial, México poseía una notable experiencia en programas de atención materno infantil con parteras tradicionales, más allá de su desarrollo discontinuo y su aplicación a zonas específicas y no a la totalidad del país. Al mismo tiempo, la literatura antropológica sobre salud en el México rural se ocupó en diversos momentos de los problemas de las comunidades —y, particularmente, de la atención gineco-obstétrica y materno infantil—, de la aculturación médica, de la extensión de la cobertura hacia las “regiones de refugio” indígenas, de la actividad de los promotores de salud, entre otros temas afines⁸.

La década del setenta marca el inicio de un movimiento mundial —si bien con énfasis en los llamados “países del Tercer Mundo”— destinado a formular programas integrales con la participación de las parteras tradicionales. En la I Convención Nacional de Salud (México, 1973), los doctores Arias Huerta, Solís Urdaibay y Magaña Niebla presentaron una ponencia denominada “El papel de la empírica como promotora de salud materno infantil”, en la que señalaban que: “Se hace necesario el establecimiento de un programa nacional de salud con niveles de atención definidos, en los cuales el primer escalón de la periferia al centro sea la empírica adiestrada como promotora de salud.(...) Para que la empírica actúe como promotora de salud es necesaria la existencia de una infraestructura sanitaria que permita la referencia de pacientes y su selección en tal forma que el recurso de salud instalado sea bien aprovechado.(...) La empírica debe ser adiestrada y supervisada como promotora de salud, en tanto los recursos del país sean insuficientes para llevar atención médica a la población rural dispersa”⁹.

8. Cfr. los trabajos de Aguirre Beltrán (1952, 1955), Comas (1942), Kelly (1955), Villa Rojas (1955), entre otros.

De 1952 es el primer informe del *Committee on Maternity Care* de la OMS, y de 1955 el *First Report, World Health Organization: “Expert Committee on midwifery training”*.

9. Arias Huerta, José y cols.: “El papel de la empírica como promotora de salud materno infantil”. Ponencia presentada en la *I Convención Nacional de Salud*, 16 al 20 de julio de 1973, México, D.F. Publicada en forma independiente por Dirección General de Atención Médica Materno Infantil de la S.S.A., México, 1973.

El documento anterior tiene importancia porque expresa de manera clara la estrategia general diseñada oficialmente para el trabajo con las “empíricas”. En primer lugar, se subraya la necesidad de desarrollar labores de entrenamiento de la partera como promotora de salud dentro de un *programa nacional de salud* (antigua aspiración de los planificadores y que tropieza en los hechos con severos problemas de coordinación intersectorial); ese programa debía contemplar la existencia de una “infraestructura sanitaria que permita la referencia de pacientes”, normando la “operación que defina la actuación del personal de salud”¹⁰.

Desde el punto de vista de las relaciones que la empírica debe mantener con el sistema oficial de salud, la estrategia definida por Huerta y colaboradores es una de las tres que serán planteadas a nivel internacional por los gobiernos o las instituciones durante esa década. Los autores subrayan la necesidad de *adiestramiento y supervisión*, e insisten en plantear un modelo que podríamos llamar “sustitutivo”, y que consiste en lo esencial en postular que: “Mientras no se pueda dotar a las comunidades con servicios médicos para la población, estos personajes seguirán actuando; negar su existencia y necesidad presentes sería estar fuera de la realidad. A todos nos disgusta la imposibilidad de prestar un servicio uniforme a toda la población y nos lleva a pensar en la necesidad de preparar a este personal para que la atención que presta sea menos perjudicial. Estamos convencidos de la necesidad de sustitutos del médico, en tanto existan grandes núcleos de nuestra población desprotegidos; combatir al personal empírico sin estar en posibilidad de sustituirlo, sería privar al pueblo de una atención que si bien es de calidad discutible, creemos que pueda ser mejorada a través del adiestramiento y supervisión”¹¹.

Junto a las políticas que promovían el modelo “sustitutivo” —y que se manifestaron en México al igual que en muchos otros países del mundo—, durante el periodo mencionado se promovieron las estrategias de “integración” y de “articulación”. Recordemos, aunque sea de paso, que hacia finales de la década de los sesenta los países del Tercer Mundo habían comenzado a mostrar una influencia nunca vista antes dentro de la política y de los organismos internacionales. La experiencia china de incorporar a los “médicos descalzos” se difundió por todo el mundo, iniciándose una revalorización de las medicinas tradicionales y de las nuevas formas de atención a la salud comunitaria. Varios gobiernos plantearon la necesidad de *incorporar o integrar* como personal estable de los servicios de salud a los terapeutas tradicionales y, en especial, a las parteras rurales. Sin embargo, las experiencias de incorporación —en sentido estricto— fueron mucho menos numerosas que las de entrenamiento, supervisión y control, ligadas a la idea actual de “articulación” entre los servicios de salud y las parteras adiestradas. Los autores de uno de los más importantes documentos publicados por la OMS sobre esta materia —y evidentes partidarios del esquema de “articulación”— señalan que la integración “puede llevar claramente a un conflicto entre las parteras tradicionales y otras categorías de personal de salud en los servicios organizados, así como entre las parteras tradicionales y las colectividades en las que se espera que continúen trabajando. *La integración en este sentido del término, que es el auténtico, debe evitarse a toda costa*, pues iría en contra de la finalidad de los programas que consiste en ampliar los servicios de salud a las poblaciones mal atendidas. Para lograr que

10. Arias Huerta, J. y cols., *op. cit.*, pág. 1.

11. *Ibid.*, pág. 10.

permanezca intacta la identidad de la partera tradicional y que la partera tradicional siga sirviendo a la comunidad, *sólo deben establecerse vínculos no oficiales y flexibles entre ella y el sistema de salud organizado*. Así pues, el problema no consiste en definir la función de la partera en el sistema moderno de prestación de atención de salud sino en determinar la función que puede desempeñar el sistema moderno para ayudar a las parteras tradicionales a realizar con más seguridad las tareas que ejecutan en general, basándose en los principios de la ayuda mutua y el sentido humanitario. En ese contexto, la preocupación no debe centrarse en la integración de la partera tradicional en el sistema moderno sino más bien en conseguir que, en la propia persona de la partera tradicional, los conceptos y las prácticas modernas y tradicionales queden tan integrados *como para eliminar sólo las prácticas y los ritos tradicionales que son claramente nocivos*, consiguiendo a la vez que la partera tradicional *se apropie sólo de los conceptos y técnicas modernos que son absolutamente indispensables para la seguridad de las personas que ha de atender*¹². Las experiencias internacionales analizadas por los autores del documento parecen indicar la necesidad de “un reexamen de la función y las prácticas de las parteras tradicionales y un examen del modo de mejorar sus prácticas actuales, de las tareas adicionales que podrían realizar y del modo de ‘articular’ los servicios de las parteras tradicionales con los que prestan los servicios de salud organizados u oficiales”¹³. Hemos sido prolijos en la referencia anterior por reflejar ésta una de las directrices fundamentales propuestas por la OMS y asumida en numerosos planes y programas oficiales en todo el mundo. “En relación con la asignación de las parteras rurales a las unidades médicas institucionales —expresan los autores de *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del IMSS— se ha rechazado la idea de integrarlas como personal a los servicios de salud, pues se piensa que como empleada, la partera rural perdería su identidad como se percibe en el sentido tradicional, y podría perder su liderazgo ante su comunidad, determinando conflictos entre ella y el personal de salud oficial. Por lo expuesto, se ha preferido por ahora ‘articularlas’, estableciendo lazos flexibles e informales entre ellas y las unidades médicas, y definir las acciones que pueden realizar sobre el principio de ayuda mutua”¹⁴.

Como puede verse, el texto anterior reproduce fielmente los principios conceptuales y prácticos planteados en el documento de la OMS sobre la estrategia a seguir según el modelo de la *articulación* con las parteras tradicionales.

Las políticas formuladas en la década de los setenta, tanto por la OMS como por numerosos gobiernos, trajeron como consecuencia que los organismos internacionales de salud, las instituciones nacionales prestadoras de servicios y diversos proyectos y programas privados desarrollaran una serie de iniciativas cuyos efectos pueden percibirse incluso hoy: por una parte, se intensificaron los trabajos para lograr el entrenamiento de las parteras empíricas (mediante experiencias pedagógicas de distinto tipo, provisión de maletines con material para atención médica básica, impulso a los programas para convertir a la partera en promotora de salud); en segundo lugar, se realizaron encuestas sobre atención materno infantil, mortalidad materno infantil en áreas rurales, empleo de personal comunitario en

12. *Parteras tradicionales*, OMS, Publicación en offset No. 74, Ginebra, 1979, pág. 8. Los subrayados son nuestros.

13. *Ibid.*

14. Martínez Manautou, J. (Ed.), *op. cit.*: pág. 78.

atención materno infantil, sistema de conceptos y prácticas de las parteras rurales, uso alternativo de los servicios institucionales y comunitarios en la atención del parto, y sobre una serie de tópicos vinculados al tema¹⁵. En tercer lugar, se diseñaron políticas para el aprovechamiento de la partera tradicional y de la partera capacitada como agente de los programas de planificación familiar. Todas estas tendencias se hicieron patentes en la XXX Asamblea Mundial de la Salud (1977), en la Conferencia de Alma-Ata (1978) y en la XXXII Asamblea Mundial de la Salud (1979), en donde se establecieron los marcos generales y específicos de la Atención Primaria de Salud que la OMS hizo suyos y recomendó a los gobiernos de los países miembros, especialmente a aquellos considerados “países en desarrollo”.

La difusión de las políticas de atención primaria trajo aparejadas numerosas variaciones en los programas de salud, dependiendo de situaciones específicas de cada país o región. En algunos casos —dentro de los cuales cabría mencionar a México— el concepto de atención primaria tendió a confundirse con el de primer nivel de atención, provocando no pocas confusiones¹⁶. Es precisamente a raíz de esto que varios autores señalan la necesidad de establecer con precisión los marcos conceptuales de la atención primaria de salud y las novedades que el concepto introduce en relación a esquemas anteriores: “Si el objetivo es la salud de la población, es necesario incidir y trabajar con los factores primarios que la determinan y no detenerse solamente en el manejo de los efectos de la pérdida de la salud. Se plantea así la necesidad de un enfoque diferente para el análisis de los problemas de salud, cuya solución requiere modificaciones sustantivas del medio ambiente físico y del es-

15. En el caso particular de México, A. Keller y J. Arias Huerta realizaron una encuesta sobre la actividad de las parteras en áreas rurales, material que fue publicado sólo en parte en: Keller, A. y J. Arias Huerta: “Parteras empíricas y salud de la madre y el niño en el México rural”, *Salud Pública de México*, No. 18, 1976, págs. 883-892.
El documento de la OMS antes citado (*Parteras tradicionales*, No. 74, OMS, 1979) da cuenta de la existencia de un material inédito, producto de una investigación realizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social por el Dr. Felipe García Sánchez, en el que se encuestaba a 950 parteras capacitadas en tres estados de la República, con respecto a sus actividades durante el primer semestre de 1976. Los rubros sobre los que se centraba la encuesta eran: partos atendidos, embarazos atendidos, casos postnatales atendidos, otra asistencia prestada, actividades de promoción de la salud, actividades de saneamiento, educación sobre higiene, casos enviados para consulta médica, colaboración en programas de vacunación, colaboración en otros programas, colaboración en brigadas móviles, casos notificados y parejas casadas enviadas a los programas de planificación familiar. OMS, *op. cit.*, págs. 98 y 102.
16. “Entre los componentes o estrategias complementarias de la atención primaria señalados por los países se destacan:
 - el desarrollo de los sistemas de servicios nacionales de salud, reorientados a conseguir la cobertura de los grupos de población rurales y urbanos no atendidos o subatendidos;
 - el desarrollo de la articulación intersectorial y la organización y participación de la comunidad en el bienestar;
 - el desarrollo de la investigación, particularmente de tipo evaluativa y de la tecnología;
 - el mejoramiento de la disponibilidad y producción de insumos críticos;
 - la reorientación en la formación y utilización de recursos humanos, y
 - la definición de estrategias nacionales de financiamiento y de cooperación entre los países”. Castellanos, J.: “Políticas y metas regionales de salud: conceptos básicos y componentes de la atención primaria”, *Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad Social en América Latina*, México, OIT-OPS-CISS, 1986, pág. 67.

tilo de vida de las poblaciones, los cuales dependen de la actividad conjunta de todos los sectores que contribuyen al desarrollo. La racionalización de estas relaciones de la salud y el imperativo de dar expresión práctica a las definiciones políticas señaladas, ha llevado a la necesidad de concebir y desarrollar formas de organización de los servicios de salud diferentes a las tradicionales, y *un enfoque nuevo para el ejercicio de las actividades respectivas, a ser aplicado fundamental pero no exclusivamente en el primer nivel de atención de los sistemas institucionales de servicios*. Esta nueva forma de actuar de los servicios de salud constituye la esencia de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud¹⁷.

Nos hemos detenido en la exposición de las bases de la atención primaria de salud y en señalar las diferencias planteadas respecto del primer nivel de atención porque ello permite explicar el acento que los nuevos programas de atención y de educación pusieron en el desarrollo de actividades comunitarias y en la movilización de todos los recursos disponibles en las comunidades, a fin de cumplir con el propósito de brindar “salud para todos en el año 2 000”. Gran parte del trabajo con las parteras tradicionales aparece hoy enmarcado dentro de estos conceptos. La idea de que la partera no debe ser sólo un personal técnico sino un auténtico promotor de salud comunitaria constituye una característica del perfil profesional propuesto por las instituciones de salud. En esta perspectiva aparecen las nuevas funciones de la partera, dentro de las cuales destaca su papel como agente de la planificación familiar, a las que nos referiremos más adelante.

Desde este enfoque es posible también apreciar el interés creciente de ciertos antropólogos que, especialmente desde la década de los cincuenta, comenzaron a investigar no sólo el universo simbólico y cultural que puede subyacer a las ideas sobre la reproducción, la problemática del parentesco y la estructura de la familia dentro de las sociedades agrícolas, y la progresión que se encuentra en el ciclo de vida, sino un nuevo horizonte sobre el cual se definen problemas prácticos gineco-obstétricos y materno infantiles, estudiados en una perspectiva que los acerca a proyectos de salud y bienestar social para las áreas indígenas y campesinas. Por ejemplo, el tantas veces citado artículo de Isabel Kelly: “El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico” de 1955, fue preparado a solicitud de la Organización Mundial de la Salud, “con el propósito de discutirlo en una ‘sesión conjunta integrada por los asesores de la OMS acerca de Enfermería e Higiene Materno Infantil...’¹⁸. Según esta investigadora, la partera mexicana sin adiestramiento formal necesita ser ayudada “en (a) el conocimiento de los principios fundamentales de la higiene, que con frecuencia desconoce por completo; (b) en la orientación respecto a los consejos y atenciones que debe dar antes y después del parto; (c) en el reconocimiento de los casos que se encuentran más allá de sus facultades, los que, de ser posible, deben ser turnados a un médico”¹⁹.

El interés de Kelly se aleja de la intención de realizar una etnografía de la atención del embarazo y el parto, para inscribirse en una matriz eminentemente práctica; sus datos de

17. *Ibid.*, pág. 68. (Los subrayados son nuestros).

18. Kelly, Isabel: “El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico”, *América Indígena*, 25 (2), abril, 1955, págs. 109-117.

19. *Ibid.*, pág. 110.

campo los toma de fuentes como Nicolás León (1910)²⁰, George Foster (1951)²¹, Robert Redfield²², o de investigaciones de dos de sus alumnas, y, en general, el artículo no se caracteriza por ofrecer una información abundante, sino más bien por exponer problemas, señalar procedimientos y mostrar los rasgos generales de las culturas campesinas de México a propósito del embarazo y el parto. La autora es precisa en señalar las condiciones generales de la atención gineco-obstétrica en el medio rural y la función axial de la partera: "... antes de desarrollar un programa de adiestramiento para una zona determinada, parecería prudente estudiar la posición social que ocupa la partera de esa región"²³. E insiste: "... la posición social de la partera en su comunidad debe constituir el punto básico de referencia, dondequiera que se tenga el propósito de iniciar un programa de adiestramiento en obstetricia"²⁴.

Con ser importante —señala Kelly—, el solo estudio de la partera no es suficiente, sino que "el programa de adiestramiento de parteras debe tener como segundo punto fundamental de referencia el conjunto local de creencias y prácticas asociados a la preñez, el nacimiento y los cuidados posnatales. Por supuesto, el primer paso es definir ese fondo cultural de la zona en la que se tenga el propósito de iniciar el programa; el segundo, analizar y aplicar lo que se descubra. Probablemente al conocerse la situación cultural del lugar, se presenten para su aplicación tres posibilidades entrelazadas y relacionadas entre sí. (...) 1. *Conveniencia de evitar conflicto innecesario con los existentes patrones culturales.* (...) 2. *Aprovechamiento de elementos de la cultura local.* (...) 3. *Descubrimiento de prácticas corrientes que deben combatirse*²⁵.

Otro elemento que a Kelly le interesa destacar —y que se enlaza directamente con la naturaleza misma de los estudios antropológicos atentos a las modalidades de las culturas y de la organización social de poblaciones concretas— es la necesidad de *regionalizar* o "zonificar" los programas y los proyectos. En varias oportunidades —hecho significativo si se considera la brevedad del documento— Kelly señala esta necesidad de adecuación a las particularidades locales: "Parece dudoso que cualquier programa —bien sea de adiestramiento de parteras o de cualquier otra cosa— pueda ser eficaz si se concibe a control remoto, para aplicarse con amplitud. Habrá muchas más probabilidades de éxito si se le traza y se le corta a la medida, zona por zona"²⁶. Si bien el nacimiento es un fenómeno universal, "común a todas las culturas", las sociedades no responden frente a él de la misma manera, manifestándose una diversidad de "asociaciones de ideas y costumbres. Estas varían mucho de una zona a otra y de un sector de la población a otro, dentro de la misma región"²⁷.

20. León, Nicolás, *op. cit.*

21. Foster, George: *A cross-cultural anthropological analysis of a technical air program*. Washington, D.C., Smithsonian Institution, 1951 (Mimeo).

22. Redfield, Robert: *Tepoztlan, a Mexican village: a study of folk life*, Chicago, University of Chicago Press, 1931.

23. Kelly, Isabel, *op. cit.*, pág. 111.

24. *Ibid.*

25. *Ibid.*, págs. 112 y ss.

26. *Ibid.*, pág. 117.

27. *Ibid.*, pág. 111.

Las conclusiones a las que arriba Kelly y, sobre todo, la orientación general de su trabajo son indicativas de una tendencia que ya se encontraba consolidada en el campo de la sociología médica y que muestra la participación creciente de los científicos sociales en el diseño, elaboración, asesoría y aplicación de programas de salud comunitaria. Este fenómeno es indicativo, además, del interés de la antropología médica de situarse en la intersección de temáticas que pertenecen al campo de lo biológico y de lo social.

El ciclo de vida, en general, y el proceso del embarazo, el parto y el puerperio, en particular, muestran la ocurrencia de fenómenos en los que Naturaleza y Cultura tejen una red compleja de interacción. Si bien el orden biológico se expresa a través de procesos en los que la regularidad, la repetición y la fijeza suelen ser sus notas más características, la incidencia de los fenómenos sociales puede alterar —para bien o para mal— el decurso de lo natural: mejorar una semilla mediante manipulación genética puede conducir a la obtención de granos de mayor tamaño, más resistentes a las plagas o con determinadas características organolépticas; mantener una conducta alcohólica a lo largo del embarazo puede dar como resultado bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento prenatal y/o posnatal, anomalías faciales características o disfunciones del sistema nervioso central en el recién nacido²⁸. El hecho de que la reproducción constituya un fenómeno de fundamental importancia para la persistencia de los grupos humanos es no sólo importante en sí mismo, sino también por la densidad de significaciones sociales, culturales, psicológicas, económicas y de otro tipo que las sociedades depositan en ella. No es casual que a propósito de la reproducción se manifieste un dominio fuertemente tabuado y que las más diversas culturas de la Tierra hayan elaborado una gran cantidad de mitos relativos a la fertilidad, la procreación o el nacimiento.

Esta investigación se sitúa deliberadamente en la intersección de problemas tradicionalmente considerados como “médicos” y de otros pertenecientes al dominio de lo “etnográfico”, no para distinguir la genealogía de ellos sino para determinar el modo en que operan como elementos del sistema ideológico y de las prácticas gineco-obstétricas. En las zonas rurales de México los conceptos, creencias y prácticas tradicionales sobre embarazo, parto y puerperio constituyen un conjunto sistemático, enraizado en la cultura popular y utilizado por amplias capas de la población. Este sistema de atención manifiesta estructuras conservadoras, de una gran estabilidad, al lado de otras, más inestables y dinámicas, y es a través del estudio de ambas como pueden descubrirse las innovaciones, sustituciones o pérdidas acaecidas por influjo de corrientes externas, no siempre de carácter médico o sanitario. Las parteras tradicionales —aun cuando sean menos requeridas en la actualidad que en el pasado— son las depositarias principales del sistema de conceptos, creencias y prácticas y constituyen un importante recurso para la salud. Fue propósito de la investigación cuyos resultados presentamos en esta obra estudiar las modalidades de atención gineco-obstétrica y materno infantil en localidades rurales del México actual. Considerando que la atención a la madre y al niño no se restringe a los servicios brindados por la partera tradicional, el estudio consideró pertinente el análisis de la labor de ésta, tanto como la de la partera que ha recibido entrenamiento en el sistema médico acadé-

28. Borges, Guilherme: “Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas. Una controversia epidemiológica”. *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1, 1988, págs. 14-24.
Yoshida-Ando, Pablo y A.M. Mendoza Pérez: “Estudios sobre recién nacidos de bajo peso al nacimiento y su seguimiento longitudinal”, *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1, 1988, págs. 25-42.

mico y que, usualmente, se vincula de modo regular a las instituciones de salud. Más aun, como se verá en el análisis de los datos de campo, junto a la *partera tradicional* y a la *partera empírica adiestrada* existe en algunas áreas un tercer tipo, a la que denominaremos aquí *partera empírica no adiestrada*. Esta subdivisión que se observa en el campo de la atención a la embarazada, la parturienta, la puerpera y el niño encuentra explicación a la luz de procesos globales: estructura productiva y ocupacional de las zonas rurales, crecimiento demográfico, migración, políticas nacionales de salud, educación y vivienda, principalmente. El hecho de que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Servicios Coordinados de Salud estatales, la medicina privada, la medicina tradicional y la medicina doméstica incidan en la atención gineco-obstétrica y materno infantil en el medio rural, da como resultado la existencia de un sistema mixto, o plural, de saberes y prácticas. Un estudio que aborde las modalidades del servicio prestado por las parteras debe, a nuestro juicio, establecer no sólo la configuración del campo en el que se desarrollan estas prácticas, sino también mostrar la necesidad de referir a ese sistema plural los fenómenos particulares. Un buen ejemplo —que será analizado con todo detalle— es el del surgimiento de la *partera empírica no adiestrada* que usualmente no posee los conocimientos de la partera tradicional, arraigados en una cultura ancestral, ni los de la partera empírica adiestrada, respaldados por el sistema oficial de salud. En efecto, la partera empírica no adiestrada es un tipo de agente que se ha ido definiendo en razón de las condiciones de vida de las comunidades de inmigrantes, especialmente en los asentamientos irregulares de las zonas conurbadas. Su existencia actual está fuertemente determinada por las modalidades del poblamiento, y muy probablemente su futuro dependa de la regularización de esos asentamientos, de la inserción de hombres y mujeres en la estructura productiva, así como de la satisfacción de las demandas de servicios, incluidos, naturalmente, los de salud. El uso del adjetivo “empírica” —empleado frecuentemente como sinónimo de “no científico” y con cierto dejo denostativo— cobra aquí todo su sentido: la partera empírica no adiestrada echa mano literalmente de aquellos elementos que las circunstancias ponen a su alcance, con el solo respaldo de una experiencia desarrollada ante la presión de necesidades específicas: atender sus propios partos o los de las mujeres vecinas que comparten su situación y sus condiciones de vida. Si nuestra previsión resulta acertada, la partera empírica no adiestrada será captada por el sistema oficial de salud y entrenada en los programas de adiestramiento, produciéndose una modificación sustantiva en la sistematización de sus conocimientos y una refuncionalización de sus prácticas.

Todo lo expuesto precedentemente confirma la trascendencia de un fenómeno al que nuestro estudio aludirá constantemente: la coexistencia de los conceptos, creencias y prácticas tradicionales y académicas en el medio rural a propósito de la atención al embarazo, el parto y el puerperio. Escrito con la convicción de que la antropología médica puede contribuir a hacer inteligibles las formas de la respuesta social ante este proceso de la reproducción, este libro no vacila en recurrir a elementos de la etnobotánica, la farmacología, la química o la historia para analizar los datos de campo. La complejidad del fenómeno exige el concurso de esas y muchas otras disciplinas. Los profundos lazos que se establecen entre la reproducción y la morbilidad y mortalidad materno infantil, la desnutrición, la estructura de los servicios y las modalidades de la atención, el crecimiento demográfico y el control de la natalidad, y la formación y la actividad de los terapeutas,

reclaman una visión plural y la configuración de un modelo de análisis comprensivo de la complejidad estructural y del dinamismo de los procesos. Si no estamos seguros de haber acertado al proponer soluciones en el estudio de un problema, poseemos la convicción de que esa complejidad es la que merece ser estudiada.

Capítulo II

Información sobre las regiones en estudio. Problemas de método

Datos generales relativos a las regiones estudiadas

Como se señaló en el capítulo anterior, una de las características más notables que presentan las áreas rurales de México desde el punto de vista de la oferta de servicios de salud, es la coexistencia de la medicina tradicional con los servicios institucionales de salud. El Estado de Morelos no es una excepción, y las zonas escogidas para esta investigación revelan, en escala reducida, las mismas tendencias y particularidades que el resto de la nación: mayor desarrollo de la infraestructura sanitaria y de servicios en las zonas urbanizadas y en los cinturones suburbanos, distribución desigual de la riqueza, marcadas diferencias entre el sector industrializado o que tiende a la industrialización y un sector agropecuario de menor productividad, y la existencia de un porcentaje importante de población beneficiario de un número escaso de los “mínimos de bienestar en materia de alimentación, educación, salud y vivienda”¹.

El Estado de Morelos, con una superficie de 4.941 Km², que lo hace ser uno de los más pequeños de la República Mexicana, se encuentra situado en las cercanías del Distrito Federal, en la zona oriental del México Central. “La característica fundamental del relieve es la enorme gradiente de altura en dirección norte-sur, que en la corta distancia de sesenta kilómetros cae de más de 3 000 metros del escalón neovolcánico a menos de 1 000 en Tete- cala, Mazatepec, Jojutla, Tlaltzapán, Zacatepec, Puente de Ixtla, y el límite sur de la Sierra de Huautla. Este gran declive, más que ningún otro factor, constituye el ordenador climático de la región y condiciona las posibilidades y actividades de los asentamientos humanos”². El clima del estado manifiesta variaciones importantes en un territorio reducido. Las regiones del norte, altas, donde se registran las menores temperaturas, muestran un paisaje donde alternan los bosques con los terrenos de cultivo, especialmente de aquellos vegetales destinados al consumo doméstico. Históricamente esta fue la región más poblada del estado, asiento en la actualidad de los mayores núcleos de población indígena, como es el caso de *Hueyapan** (municipio de Tetela del Volcán), en el extremo noreste del estado.

1. COPLAMAR: *Necesidades esenciales en México. 5. Geografía de la marginación*, México, COPLAMAR-Siglo XXI Eds., 1982, pág. 19.
 2. Crespo, Horacio: *Tierra y propiedad en el fin del porfiriato*, Vol. I (Inédito). Los volúmenes II y III se encuentran publicados por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Centro de Estudios Históricos del Agrarismo en México.
- * Las localidades que aparecen subrayadas en el texto son las escogidas para la realización del trabajo de campo.

El impresionante descenso del terreno provoca un cambio climático significativo que da por resultado una amplia franja cálida-húmeda, y semicálida, con invierno poco definido, en cuyos valles se desarrolló, desde la conquista española, el cultivo de la caña de azúcar, fenómeno que provocó la más importante transformación socioeconómica del estado. Es alrededor de estos valles donde se concentraron los principales centros comerciales e industriales de la región, como son Cuernavaca y Cuautla, sobresaliendo también Jojutla, Yautepec, Zacatepec y Jonacatepec. Alrededor de estas tierras fértiles existen otras más accidentadas, cuya producción solamente sirve para subsistencia de sus pobladores. “Esta población (...) ha constituido un verdadero ‘ejército agrícola de reserva’ para las ricas plantaciones de los valles”³. Desde *Tepoztlán* y *Yautepec*, al norte, hasta *Jojutla*, al sur, esta sección del territorio incluye a *Miacatlán*, al oeste, y de *Tlayecac* y *Xalostoc* al este, poblaciones todas en las que se realizó el estudio de campo. Una tercera región, con la particularidad de su aridez y la prevalencia de un clima cálido y semi-seco, se destaca al sur del estado y culmina en la sierra de Ocotlán que divide Morelos de Guerrero. Esta última es, sensiblemente, la región más pobre del estado, ubicándose en ella el municipio de *Tepalcingo*, otra de las áreas escogidas para nuestra investigación. Con un desarrollo precario de la ganadería y algunas experiencias aisladas de explotación minera, la región sur, que incluye el ya mencionado municipio de *Tepalcingo*, es asiento de población escasa y dispersa.

“Esta división en zonas, forestal al norte, cañera al centro, ganadera en el sur, caracteriza a grandes rasgos los espacios económicos regionales y sus correspondientes estructuras de asentamientos”⁴.

Los productos, ocupaciones y ritmos agrícolas del sistema de microclimas del estado —templado, frío y caliente— integran a los pueblos por medio del intercambio de algunos productos. La tierra fría provee de leña y frutas (pera, manzana, capulín); la tierra templada o caliente proporciona aguacate, tomate, mango, plátano, caña, etc., convergiendo todos estos productos en los mercados regionales.

Entidad de importancia económica, histórica y cultural, el actual Estado de Morelos constituye un clásico ejemplo de una estrecha asociación subordinada respecto de la estructura del poder centralizado en la metrópolis mexicana. En efecto, la región norte, ocupada antes de la conquista por importantes contingentes de indígenas tlahuicas, fue tributaria de los aztecas hasta 1519-1521. Otros dos hechos posteriores ilustran las modalidades de esta relación: la creación del Marquesado del Valle, dominio de Hernán Cortés, y la explotación de los grandes espacios territoriales para el cultivo de la caña de azúcar, proceso que dio lugar a situaciones de relegamiento y marginalidad, y que se encuentra en la base de la rebelión zapatista durante el conflicto revolucionario de 1910-1917.

El modelo de desarrollo económico de Morelos a lo largo de la historia ha configurado un perfil de desigualdad que encuentra su correlato en las modalidades del sistema de salud y en la estructura de los servicios médico-sanitarios. Prueba de ellos es que el Programa IMSS-COPLAMAR, diseñado por el estado mexicano para extender la cobertura mé-

3. Lomnitz, Claudio: *Evolución de una sociedad rural*, México, SEP/80-FCE, 1982, pág. 24.

4. Crespo, Horacio, *op. cit.*

dica a núcleos considerados marginales, instaló en el periodo 1979-1981, 23 unidades médicas rurales para dar servicio a una población de 120 490 solidariohabitantes. Al instalarse en Morelos, el Programa puso en evidencia las carencias de todo tipo de su población atendida y que condicionan de modo decisivo la morbi-mortalidad y los factores de riesgo.

Sin embargo, esta situación de marginación no es homogénea y es preciso subrayar algunas particularidades del estado que lo convierten en un foco de atracción para migrantes de otras regiones y que explican la naturaleza de los patrones de asentamiento. La gran depresión demográfica de la Nueva España en el Siglo XVI, hizo que territorios como el de Morelos tardaran casi tres siglos en recuperar sus niveles históricos de población nativa, recibiendo en cambio, importantes contingentes de migrantes provenientes de zonas vecinas. Este es el caso, en la actualidad, de los inmigrados del Estado de Guerrero, para quienes Morelos es simultáneamente un “corredor” hacia la gran urbe (el Distrito Federal) y un territorio más benigno para establecerse, en razón de una mayor oferta de trabajo y una mejor dotación de servicios. El censo de 1980 detectó 196 056 inmigrantes en el Estado de Morelos de los cuales 56 218 provenían del Estado de Guerrero. Estos datos resultan significativos si se considera que la población total del estado para 1980 era de 931 675.

Las dos ciudades más importantes de Morelos —Cuernavaca y Cuautla—, las cuales cubren las necesidades políticas y comerciales de los pueblos del estado, nos sirven de ejemplo para mostrar el gran incremento poblacional de la región, ya que para 1940 el municipio de Cuernavaca tenía 25 666 habitantes y el de Cuautla cerca de 18 000. Para 1970 el número se elevó a 130 909 en el primero de los municipios y a 67 869 en el segundo. El censo de 1980 registró 232 355 habitantes en el municipio de Cuernavaca, 94 101 en el de Cuautla y 31 354 en el de Zacatepec.

Es necesario señalar que a pesar de las precarias condiciones de vida que muestran algunos núcleos del Estado de Morelos, los índices relativos a la marginación ubican a esta entidad federativa dentro del rango de *marginación media* (-4.06) en una escala que va desde índices de *marginación muy altos* (Oaxaca: 24.95, Chiapas: 19.91, Guerrero: 13.14) hasta un grado *bajo* (Distrito Federal: -28.95) (Véase el Cuadro 2).

Cuadro 2

**INDICES DE MARGINACION DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS
AGRUPADAS POR ESTRATOS**

Entidades Federativas	Indice de marginación*	Estratos	Grado de Marginación
Oaxaca	24.95		
Chiapas	19.91		
Guerrero	13.14		
Hidalgo	12.82	10.00 y más	Muy alto
Tabasco	11.42		
Querétaro	10.48		
Puebla	10.23		
Tlaxcala	9.90		
Zacatecas	9.25		
San Luis Potosí	8.04		
Quintana Roo	5.80		
Yucatán	5.41		
Michoacán	4.72	0.01 a 9.99	Alto
Guanajuato	3.98		
Veracruz	3.55		
Nayarit	1.21		
Campeche	.28		
Durango	- .49		
Estado de México	- 2.60		
Sinaloa	- 3.44		
Morelos	- 4.06	-0.01 a -9.99	Medio
Colima	- 5.00		
Aguascalientes	- 6.89		
Jalisco	- 8.39		
Chihuahua	-10.04		
Baja California Sur	-10.63		
Tamaulipas	-11.04		
Coahuila	-11.72	-10.00 a -19.99	Medio bajo
Sonora	-12.33		
Nuevo León	-19.68		
Baja California	-19.81		
Distrito Federal	-28.95	-20.00 y menos	Bajo

* El índice de marginación propuesto por COPLAMAR se estimó construyendo 19 indicadores divididos, con propósitos de ordenamiento, en: generales, de alimentación, de educación, de salud, de la vivienda y sus servicios, y de otras necesidades. Véase COPLAMAR, *op. cit.* págs. 25-28.

Las mismas diferencias que se observan en otros lugares del país, aparecen aquí entre la marginación agrícola y no agrícola. (Véase el cuadro 3).

Cuadro 3

INDICES DE MARGINACION DEL SECTOR AGRICOLA Y NO AGRICOLA DE LOS ESTADOS DE OAXACA, GUERRERO, MORELOS Y DISTRITO FEDERAL

Estado	Indice de marginación (IM)*	IM en munic. agrícolas	IM en munic. no agrícolas
Oaxaca	24.45	24.9	1.4
Guerrero	13.14	21.4	- 4.7
Morelos	- 4.06	7.3	- 13.0
Distrito Federal	-28.95	-	-26.7

Fuente: COPLAMAR, 1982.

El bajo índice de marginación del sector no agrícola para el caso de Morelos está en relación directa con el desarrollo de los tres principales centros urbanos del estado: Cuernavaca, Cuautla y Zacatepec. No puede pasar inadvertida la brecha existente entre los sectores agrícolas y no agrícolas en cada uno de los estados. La enorme diferencia entre los índices de marginación de los municipios agrícolas de Guerrero y Morelos entre sí explican en parte el atractivo que ejerce este último para la población campesina guerrerense y los volúmenes de su migración.

El análisis del Cuadro 4 confirma lo dicho anteriormente, pues evidencia la brecha existente entre los índices de marginación de los dos núcleos de población, agrícola y no agrícola, considerados. El subconsumo de alimentos básicos como leche, carne y huevo es notable en cada uno de estos estados, incluso en el Distrito Federal que posee el índice más bajo de marginación.

Este indicador de las diferencias entre los sectores rurales y urbanos o suburbanos posee importancia, pues condiciona en gran medida el comportamiento ante la enfermedad, especialmente en el segmento de población que interesa a nuestro tema: la mujer gestante y el niño pequeño. Como veremos en los capítulos siguientes, muchos de los problemas que debe afrontar la partera derivan directamente del estado nutricional de la población que demanda sus servicios.

* La caracterización de este parámetro (índice de marginación) está dada en la pág. 49.

Cuadro 4

**SUBCONSUMO DE ALGUNOS PRODUCTOS BASICOS EN EL SECTOR
AGRICOLA Y NO AGRICOLA DE LOS ESTADOS DE OAXACA, GUERRERO,
MORELOS Y DISTRITO FEDERAL**

ESTADO	Subconsumo de leche		Subconsumo de carne		Subconsumo de huevo	
	Municip. Agrícola	Municip. No Agric.	Municip. Agrícola	Municip. No Agric.	Municip. Agrícola	Municip. No Agric.
Oaxaca	82.7*	66.6	74.7	56.2	65.0	54.9
Guerrero	70.3	46.8	70.8	46.2	59.1	36.6
Morelos	67.9	33.5	65.1	41.3	49.8	33.2
Distrito Federal	--	17.0	---	26.8	---	28.6

* Las cifras están dadas en %. Fuente: COPLAMAR, 1982.

Como ocurre en otros estados del país, la existencia en Morelos de polos de desarrollo —como el ingenio de Zacatepec o la Ciudad Industrial del Valle de Cuernavaca, CIVA— produce efectos diferenciales, en algunos casos muy marcados, en el acceso a satisfactores básicos. Esta situación puede percibirse cuando se compara el índice de marginación de los municipios de esta entidad federativa:

Cuadro 5

**INDICE DE MARGINACION DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE
MORELOS EN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION**

Municipio	Indice de marginación
Tlalnepantla	3.541
Tetela del Volcán	2.829
Tepalcingo	2.518
Miacatlán	0.649
Axochiapan	- 0.115
Jonacatepec	- 3.817
Tlaltizapán	- 2.212
Tepoztlán	- 4.720
Yautepec	- 8.983
Jojutla	-11.275
Cuernavaca	-17.906

Fuente: COPLAMAR, 1982.

Un elemento importante para que los índices de marginación de los núcleos poblacionales agrícolas y no agrícolas sean más distantes unos de otros estriba en la crisis agrícola nacional que se ha registrado en los últimos años y que ha repercutido también en Morelos. Aquí sería interesante hacer una pequeña reseña de la actividad agropecuaria de Morelos en los últimos años para poder comprender su situación económico-social actual. Revisando la producción y la superficie agrícola del estado, observamos que en 1977 a nivel nacional Morelos ocupó en cuanto a producción el lugar 21, después de Tabasco, y el lugar 27 en cuanto a superficie cosechada, después de Aguascalientes.

Respecto a la participación de Morelos en el volumen físico agrícola nacional, vemos que los porcentajes han disminuido considerablemente en los últimos años, presentando en 1974 y 1975 el 2.1%. Como ya se mencionó, a partir de 1975 y debido a la crisis agrícola, la producción disminuye llegando a ser de 1.4% para 1981⁵.

De igual forma, la superficie agrícola de Morelos es ínfima, alcanzando valores mínimos de 0.7% y máximos de 0.9% del total nacional.

En lo tocante a los principales cultivos, para 1977 Morelos ocupó a nivel nacional el cuarto lugar en la producción de arroz, el 21 en maíz y el 18 en frijol. De estos granos básicos, es el arroz el único que tiene importancia alcanzando un máximo en 1977 con 17.8% respecto a la producción nacional y un mínimo de 4.8% en 1979 y 1981. La disminución que se registra de este cultivo a partir de 1971 es consecuencia de la reducción de las áreas sembradas.

La producción y la superficie cultivada de frijol en Morelos, en términos de la producción nacional, es ínfima, registrando su máximo de producción en 1973 con 1.6%, en cuanto a superficie, varía de 0.3% a 0.6%; a partir de 1979 esta participación decrece.

En lo que corresponde a la producción de maíz, con respecto al total nacional, varía de 0.4% a 1.4%; mientras que la superficie cultivada de este grano va del 0.6 al 0.8%.

Por otra parte, a nivel nacional Morelos tiene una producción de riego que va del 2.5% a 3.8%. La participación en cuanto a la superficie de riego es pobre, con valores mínimos de 1.4% y máximos de 2.0%. Los principales cultivos de riego son la caña de azúcar, arroz, maíz y hortalizas⁶.

El renglón pecuario no es importante a nivel nacional pues Morelos participa solamente con el 1%. En cambio la producción de huevos y la miel de abejas, es de gran importancia, alcanzando un porcentaje del 3%, además de exportar miel y cera. Los principales productos industriales del estado son la caña de azúcar, el algodón y el café. La mayoría de los productos en los que hay excedente se mandan al D.F. Actualmente Morelos comercializa en el extranjero café, algodón, limón, cebolla y la miel de abejas, que ya se mencionó, siendo este último el más importante producto exportable.

5. Aráoz, Luis: "El sector agropecuario de Morelos. 1960-1980", en Crespo, Horacio (Coord.): *Morelos. Cinco siglos de historia regional*. UAEM-CEHAM, Cuernavaca, 1984, págs. 312-314.
6. *Ibid.*

En interés de nuestro estudio señalemos que el Programa IMSS-COPLAMAR*, que ha resultado sumamente activo en su propósito de entrenar a parteras rurales, ubicó unidades médicas rurales en seis de las áreas por nosotros estudiadas: Miacatlán, Jojutla, Tepalcingo, Tlaltizapán, Yautepec y Axochiapan, lo que significó un incremento en el número de agentes de salud destinados a estas comunidades. Al mismo tiempo comenzaron a generarse políticas para la captación y, en algunos casos, el entrenamiento de los recursos humanos comunitarios: comités de salud, promotores sociales voluntarios y parteras rurales. Se inició también la captación de datos sobre la existencia de otros terapeutas tradicionales (curanderos, yerberos, hueseros, etc.).

Como consecuencia del proceso de descentralización propiciado por el gobierno mexicano, los servicios del IMSS-COPLAMAR pasaron a la esfera del gobierno provincial, por lo que el programa operó en Morelos entre 1979 y el 30 de septiembre de 1985. Un total de 23 unidades médicas rurales y el Hospital Rural "S" de Cuautlixco fueron integrados a los Servicios Coordinados de Salud del estado.

El documento de descentralización preparado por el IMSS-COPLAMAR, incluye datos sobre morbi-mortalidad para 1985. En las áreas rurales en estudio la información oficial confirma la prevalencia de la patología infecciosa con puerta de entrada por vía respiratoria (amigdalitis, influenza y neumonías) y prevalencia de las infecciones respiratorias agudas. "En relación con la atención obstétrica, los resultados fueron positivos. La cobertura de atención del parto en relación con los embarazos esperados fue para 1983-1985 de alrededor del 50%, cifra que está por encima del promedio nacional de 19%. En 1985 por primera vez se captó el número de partos atendidos por parteras rurales capacitadas, que para ese año fue de 272". Lo anterior confirma la importancia de la partera tradicional (cuya participación en la atención del parto no consta en los registros oficiales) y de la partera capacitada. El documento anterior menciona también que "se hizo difusión del Programa de Planificación Familiar, con base en los riesgos de salud de la mujer con vida social y la multiparidad, aunque no se logró aumentar el número de aceptantes —a pesar de la participación del equipo de salud, la partera rural y el promotor voluntario".

Este último dato parece confirmar —especialmente en las zonas marginadas del estado, en donde fueron instaladas las unidades del Programa IMSS-COPLAMAR la persistencia de patrones de comportamiento resistentes al control de la natalidad, y enlazarse con las concepciones acerca de la función conservadora de la comunidad doméstica, idea que se confirma en el material de campo obtenido en la investigación.

Precisamente, los datos de campo sobre las áreas estudiadas permitieron confirmar un acceso diferencial a los servicios institucionales brindados por la Secretaría de Salud del estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servi-

* Programa creado para "resolver el problema de la atención médica a los grupos marginados" —como afirma un documento oficial—, el IMSS-COPLAMAR modificó significativamente el modelo de atención en las zonas instaladas, las que hasta ese momento no contaban con servicios médicos institucionales. Por las características mismas del IMSS-COPLAMAR, los conjuntos poblacionales en donde se instalaron las unidades médicas rurales eran, en general, los que mostraban mayores carencias y las menores posibilidades de acceso a los satisfactores mínimos. Cfr. CIESS-OIT: *Atención primaria en la seguridad social en México. La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR*, Ginebra, OIT, 1987, págs. 15 y ss.

cios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la medicina privada, principalmente. Este acceso diferencial está dado en parte por la accesibilidad geográfica a los servicios (y se expresa en las dificultades y costo del transporte), por la concentración de los servicios de segundo y tercer nivel de Cuernavaca, Cuautla y Zacatepec, por las restricciones impuestas por el sistema de afiliación al IMSS e ISSSTE, por el elevado costo de la atención privada y por factores culturales de distinta índole.

Como se ha señalado anteriormente, en las zonas estudiadas la presencia de las medicinas doméstica, tradicional y académica (institucional y privada) ha generado un modelo de atención múltiple, produciendo una oferta y una demanda diferenciales conforme a las regiones, la cultura, el nivel de ingresos de los usuarios, la influencia de la urbanización y la accesibilidad (geográfica, económica) a los servicios institucionales o privados. En términos generales, esa estructura de servicios puede ser esquematizada (Cuadro 6), aclarando de antemano que tal esquematización admite matices para cada una de las modalidades de atención, de la misma manera que la posibilidad de acceder a ellos varía sensiblemente según la región del estado de que se trate.

Cuadro 6

ATENCION GINECO-OBSTETRICA Y MATERNO INFANTIL. MODALIDADES DE ATENCION, AGENTES Y POBLACION ATENDIDA

Modalidades de atención	Agentes e instituciones	Población atendida
Medicina doméstica	Mujeres de la familia (generalmente múltiples de edad madura).	Mujeres y niños del área rural y de zonas conurbadas. Población de bajos recursos. Población indígena.
Medicina tradicional	Parteras tradicionales, parteras empíricas adiestradas, parteras empíricas no adiestradas.	Población del área rural y zonas conurbadas y urbanas (principalmente mujeres y niños). Población de bajos recursos. Población indígena.
Medicina institucional	IMSS, ISSSTE, SSA, etc.	Población derechohabiente (generalmente habitantes de zonas urbanas y suburbanas).
Medicina privada	Médicos cirujanos, parteras, gineco-obstetras.	Población urbana y suburbana de ingresos medios y altos.

Las categorías consignadas en el cuadro anterior reclaman ciertas aclaraciones y precisiones. Entendemos por *medicina doméstica* el conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar y que no trascienden a este ámbito como una oferta de servicios. Esta medicina, practicada usualmente por las mujeres adultas, amas de casa, cumple una importante función en el diagnóstico que permite la administración de tratamientos caseros o bien que se convierte en la base para la derivación del enfermo. En la mayoría de los casos, la medicina doméstica practicada en el medio rural atiende al miembro del grupo que sufre un trastorno leve, por lo que no es casual que su campo de acción sean ciertos padecimientos gastrointestinales, respiratorios, dermatológicos, y los accidentes y traumatismos que no revisten gravedad. Desde el punto de vista de la transmisión del conocimiento, la medicina doméstica se nutre de la tradición y —sobre todo en los últimos tiempos— del saber médico académico, ya sea por la vía formal de los servicios de salud, ya sea a través de mecanismos más aleatorios como la publicidad de medicamentos, alimentos, hábitos higiénicos. La medicina doméstica es un saber eminentemente práctico (lo que no implica que maneje categorías nosotáxicas de mayor o menor complejidad), de primer auxilio, aunque dotada también de conceptos preventivos. Si se la compara con la medicina tradicional ejercida formalmente por curanderos, parteras o hueros, la medicina doméstica es no sólo más limitada en sus conocimientos y recursos, sino también más permeable a las influencias de la medicina científica o de otras formas de acción terapéutica. A la inversa, comparada con el saber médico académico, la medicina doméstica constituye un saber mucho más empírico, limitado y tradicional, tanto a nivel de los conocimientos, como de los recursos técnicos y materiales. La estrategia del diagnóstico seguida por la medicina doméstica no implica necesariamente que los padecimientos a los cuales se enfrenta sean de fácil resolución, sino más bien que constituyen la primera acción terapéutica que el paciente recibe, independientemente de que se acierte o no en la elección de las medidas para la curación. Naturalmente, la medicina doméstica cambia bajo la influencia de factores históricos, económicos, ideológicos, técnicos, etc. Así, por ejemplo, existe una reducción notable no sólo de su esfera de acción sino también de la cantidad de sus conocimientos, cuando las familias extensas se convierten en familias nucleares, fenómeno visible en México en los últimos treinta años especialmente por impacto de la urbanización. Por otra parte, los conocimientos médicos presentes en las áreas campesinas conceden mayor importancia a la materia médica vegetal (y, en general, a los medicamentos de la farmacopea de curanderos, hierberos o parteras); a la inversa, las familias del ámbito urbano han hecho de la automedicación con remedios de patente una de las formas fundamentales de la práctica terapéutica casera⁷.

En lo relativo a la atención que la medicina doméstica brinda a la embarazada, la parturienta, la púérpera o el recién nacido en las áreas rurales, es necesario señalar que las observaciones, consejos o terapias que se originan en este ámbito se inscriben en el marco más general de la atención gineco-obstétrica casera. Así, por ejemplo, la medicina doméstica cumple una importante función en los primeros meses del embarazo de la o las gestantes del grupo, puede decidir el momento en que se consulta a la partera —cuando el emba-

7. Estos procesos presentan rasgos peculiares que es preciso determinar, pues constituyen un punto de distinción de la medicina doméstica respecto de la medicina tradicional o de la medicina institucional y privada. Véanse: Menéndez, Eduardo L.: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS, 1984, y Zolla, C., S. del Bosque, A. Tascón y V. Mellado: *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS, 1988.

razo es normal—, adoptar decisiones ante un embarazo no deseado, asistir a la embarazada que presenta trastornos usuales (náuseas, vómitos), así como brindar terapias para aliviar malestares relacionados con la menstruación. Algunos autores critican la práctica de recurrir a la partera sólo a partir del cuarto mes del embarazo, ignorando que una serie de medidas que la partera podría implementar son cubiertas en los primeros meses dentro del ámbito familiar⁸. Muchas de las modalidades de atención a la mujer dentro del ámbito doméstico pueden explicarse por el gran peso del pudor que dificulta el acceso de la embarazada a los servicios de salud, en donde la atención la brinda un desconocido, generalmente de sexo masculino. Otra aclaración que es necesario realizar se refiere a la inclusión en el Cuadro 6 de las parteras tradicionales, las parteras empíricas adiestradas y las empíricas no adiestradas, todas bajo el denominador común de “medicina tradicional”. En otros trabajos nos hemos referido a la discusión que alude tanto al nombre “medicina tradicional” (diversos autores suelen emplear las expresiones medicina “popular”, “indígena”, “paralela”, “alternativa”, “natural”, o bien “modelo médico alternativo”, “sistemas médicos no formales”*, etc., cada una con un orden de connotaciones diferente) como a la configuración de su saber y de su práctica. Aún a riesgo de simplificar excesivamente, usamos la categoría “medicina tradicional” por cuanto, en el momento actual, la mayor parte de las parteras son, o bien tradicionales en sentido estricto, sin entrenamiento institucional, o han sido captadas luego de una práctica como terapeutas tradicionales para recibir sus cursos de adiestramiento, o mantienen en gran medida una imagen social no incompatible con las parteras tradicionales, más allá de que se encuentren vinculadas a los sectores médicos académicos. En los capítulos dedicados a estudiar el sistema de conocimientos y el ejercicio concreto de los distintos grupos de parteras que actúan en Morelos volveremos sobre el tema, exponiendo en detalle los rasgos que las asemejan o las distinguen.

Un último comentario que resulta pertinente hacer está referido a la división entre las distintas modalidades de atención establecidas en el Cuadro 6. La práctica muestra que las usuarias suelen demandar servicios en más de un ámbito, combinando o complementando los recursos según patrones posibles de determinar: una misma mujer, que se encuentra hoy al final de su edad fértil, puede haber recibido a lo largo de sus pariciones servicios de la partera tradicional y de la institución de salud (en especial cuando la instalación de los servicios médicos es de fecha reciente); existen usuarias que controlan su embarazo con una partera adiestrada prestigiosa y demandan los servicios de una partera empírica no adiestrada al momento del parto, evaluando que su preñez se ha presentado sin complicaciones y que el costo será menor con esta última que con aquélla; otras embarazadas concurren periódicamente con el médico institucional —por ejemplo, derechohabientes del IMSS— para el control del embarazo, pero su parto es atendido por una partera tradicional o adiestrada; además, la atención en el ámbito doméstico constituye casi siempre un servicio en los primeros momentos del embarazo, pero se complementa con los trabajos de la partera o del médico al momento del parto. En fin, las eventualidades que el proceso presenta pueden hacer que la parturienta deba concurrir a un servicio de urgencia, in-

8. Velimirovic, Helga and Boris Velimirovic: “The role of traditional birth attendants in health services”, *Curare*, Vol. 1, No. 2, 1978, págs. 85-96.

* Por ejemplo: el Instituto Nacional Indigenista ha empleado, en distintos momentos, los adjetivos “indígena”, “paralela” y “tradicional”; Menéndez utiliza la expresión “modelo médico alternativo”. Duncan Pedersen habla de “sistemas no formales”.

dependientemente de sus propósitos iniciales, ya sea que lo obtenga en la institución de salud, en el médico particular o con cualquiera de las parteras mencionadas arriba.

El análisis de las modalidades de atención (contenidas en el cuadro anterior) nos permite avanzar hacia el estudio específico de ésta dentro de cada uno de los grupos de parteras que hemos distinguido. El siguiente cuadro intenta caracterizar los rasgos principales de esta atención, considerando el tipo de recursos empleado y los diversos casos que caen dentro de la esfera de acción de las parteras.

Cuadro 7

LA ATENCION GINECO-OBSTETRICA Y MATERNO INFANTIL SEGUN LOS TIPOS DE PARTERAS QUE ACTUAN EN EL MEDIO RURAL

Tipo de partera	Recursos que emplea	Tipo de atención
Tradicional	Herbolaria Maniobras manuales Hidroterapia Eventualmente, medicamentos de patente	Partos normales y distócicos Enfermedades de la madre y del niño
Empírica adiestrada	Medicamentos de patente Material quirúrgico Eventualmente, herbolaria, maniobras manuales e instrumentales	Partos normales Algunas enfermedades infantiles Algunos trastornos de la esfera femenina Planificación familiar
Empírica no adiestrada	Medicamentos de patente Material quirúrgico	Partos normales

También aquí las fronteras entre los casos que debe atender la partera y los recursos que emplea no son estrictas, lo que confirma que tanto las modalidades de atención como el perfil de las terapeutas y, sobre todo, la estructura general de la atención al embarazo y el parto en el medio rural, forman un conjunto dinámico. La tendencia actual parece ser la de la paulatina desaparición de la partera tradicional, o su conversión a partera adiestrada. Este último factor da por resultado un incremento en el número de parteras empíricas captadas por el sistema institucional de salud y, en consecuencia, la proliferación de los conceptos de la medicina alopática, así como cambios en la relación partera-población. La partera empírica no adiestrada emerge como agente de los núcleos más inestables (por migración, tenencia de la tierra, trabajo, etc.) de las zonas conurbadas y, por el momento, es sólo parcialmente captada por los programas de entrenamiento, aunque es claro que las circunstancias parecen acercarla más y más al sistema institucional. Ahora bien, es necesario subrayar que, aun cuando el número de parteras tradicionales decrezca, su ámbito de atención (partos normales y distócicos, enfermedades de la madre y del niño) es mucho

más amplio e independiente de las normas institucionales. Se inserta, por una parte, en el área de la atención gineco-obstétrica y en el de la morbilidad materno infantil.

Problemas de método

Hemos señalado en la *Introducción* las estrechas relaciones que pueden percibirse, al estudiar el proceso del embarazo, el parto y el puerperio, entre los elementos biológicos y los factores culturales. Esta relación es constituyente del objeto de estudio, al punto que en determinadas situaciones es imposible establecer con precisión una línea divisoria entre lo natural y lo social. Más aun, es precisamente en la intersección de estos dos aspectos en donde la percepción y la respuesta de las terapeutas cobra toda su importancia ideológica y práctica. Desde el punto de vista metodológico, la confluencia de lo natural y lo cultural obliga a que los cuestionarios o las guías de observación que se empleen en el trabajo de campo abarquen un amplio espectro de temas que van desde aspectos fisiológicos básicos hasta elementos del sistema de creencias. Otro aspecto igualmente complejo —vinculado de modo directo al carácter de la formación económico-social mexicana es el de la existencia de un modelo mixto de atención a la salud, que en nuestro caso muestra como correlatos objetivos la participación de distintos tipos de parteras, la presencia de las instituciones de salud, la existencia de una materia médica moderna y otra tradicional que se emplean a veces indistintamente, un acceso diferencial a los servicios y una desigual distribución del personal médico en el área. Todos estos elementos contribuyen a que los métodos empleados deban conceder atención tanto a modalidades individuales de servicio como a fenómenos estructurales.

Todo lo anterior está referido, por así decirlo, al objeto de estudio. Del lado del sujeto, del investigador, la situación no es menos compleja: al iniciar cualquier investigación que indague sobre la fertilidad, la cópula, la gestación, el parto o la crianza de los niños, es inevitable que se manifieste un nivel de significación erigido a partir de las relaciones que se establecen entre el investigador y el informante, y que dicho nivel refleje la proyección de principios éticos, valores, apreciaciones subjetivas o prejuicios que forman parte del mundo cultural de uno y otro, y que pueden manifestarse agudamente en el curso de la investigación, ya como censura, ya como distorsión de los datos, en fin, como alteración de los objetivos de la investigación⁹. Todo lo anterior condiciona en gran medida la estrategia de investigación que debe adoptarse para obtener los datos de campo: por ejemplo, para realizar el trabajo con los informantes nuestro estudio tomó muy en cuenta la investigación sobre el ciclo de vida en Tepoztlán, Morelos, realizada por Castañeda y Guadrón entre 1984 y 1986, y los problemas metodológicos allí planteados¹⁰. Así, se decidió que la

9. A partir de la comprensión de una serie de fenómenos básicos de la relación psicoanalítica, Georges Devereux ha expuesto extensamente los problemas de la *transferencia* y de la *contratransferencia* en la relación entre informante e investigador. Es importante retener para nuestro tema que la naturaleza misma del objeto de estudio (y las asociaciones a motivos que pueden ser tabúes para el informante pero *también* para el investigador) hace emerger relaciones complejas entre los dos sujetos (de *transferencia*, cuando se trata del informante hacia el investigador, y de *contratransferencia* del investigador ante el informante). Como bien dice Devereux, la *contratransferencia* es "la suma total de aquellas distorsiones en la percepción" que el investigador tiene del informante, distorsiones que tienen que ver con las características propias del investigador y con su reacción ante la situación de encuesta. Véase: Devereux, Georges: *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI Eds., 1977, págs. 69 y ss.
Cfr. Castañeda Camey, Xóchitl y Gladys, Guadrón Castro: *La medicina tradicional en el ciclo vital tepozteco*, México, INAH-SEP, 1986 (Tesis). La encuesta de campo utilizada por Castañeda y Guadrón fue elaborada

información de campo fuera captada por investigadoras y no por investigadores; como se vio más tarde, en varias ocasiones las investigadoras participaron de la atención al parto junto con las informantes, y la actitud asumida por éstas era sustancialmente diferente a la observada ante los médicos a los que muchas parteras recurren en presencia de partos distócicos. Asimismo, se prefirió la presencia en el campo de investigadoras que hubieran tenido experiencias previas en este tipo de tema, y que pudieran vincular cuestiones referidas a la medicina tradicional, la fitoquímica o la farmacología. En no pocas ocasiones se consultó a médicos y enfermeras, especialmente aquellos que prestan sus servicios en Morelos en los programas de entrenamiento de las parteras y de planificación familiar. Las investigadoras permanecieron en el campo entre los meses de abril a octubre de 1987, realizando visitas esporádicas en noviembre y diciembre del mismo año para coleccionar algunas especies botánicas o corroborar alguna información. Se elaboró una guía de observación y se sistematizaron las preguntas en una amplia encuesta que distinguía grandes grupos temáticos: concepción, esterilidad, embarazo, parto, puerperio, enfermedades de la mujer y del recién nacido, imagen social de la partera, etc. La encuesta fue aplicada a través de la técnica de la entrevista estructurada, complementada con la observación participante cuya importancia creció a medida que aumentaba el contacto entre las parteras y las investigadoras. Como información complementaria se consideraron los datos sobre los aspectos geográficos, demográficos, socioeconómicos y culturales sobre el Estado de Morelos, así como los relativos a la atención gineco-obstétrica y materno infantil proporcionados por las instituciones de salud o captados en la bibliografía sobre las regiones en estudio. La información etnobotánica, química y farmacológica sobre las especies vegetales empleadas por las parteras se convirtió en una herramienta importante para acercarnos a la comprensión de los tratamientos prescritos en los distintos momentos de la atención a la madre y al niño.

Inicialmente se dispuso de un listado de aproximadamente sesenta parteras que mantienen contacto con el Instituto Mexicano del Seguro Social, grupo que fue considerado como representativo del tipo de terapeuta entrenado por las instituciones de salud. Con muchas de estas mujeres se había establecido una relación previa a raíz de otros trabajos de campo realizados por la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos, en el Estado de Morelos. Precisamente esos mismos estudios permitieron disponer de información sobre parteras tradicionales que prestan sus servicios en el área y que no mantienen relaciones con las instituciones de salud. La existencia de un tercer grupo de parteras de las que se habla en este trabajo —las *parteras empíricas no adiestradas*, como se señaló antes— fue advertida en el curso de la investigación. El orden final del libro refleja en gran medida la secuencia de la encuesta; sin embargo, como el lector habrá podido comprobar al leer el capítulo inicial y la primera parte de éste hemos prestado atención al marco general establecido por las políticas de entrenamiento de las parteras, no sólo en México sino en el mundo. Desde el punto de vista metodológico este hecho posee importancia pues muestra la vinculación del tema a una problemática más amplia y global, y condiciona la perspectiva de análisis de los materiales particulares.

por Carlos Zolla y Claude Laurant. Con adiciones sugeridas por Castañeda, la misma fue ampliada y modificada para ser usada en la presente investigación.

Capítulo III

La “naturaleza” y las bases del sistema de creencias, conceptos y prácticas sobre embarazo y parto

El ciclo de vida —y, en particular, la concepción, el embarazo, el parto y el puerperio como momentos fundamentales del proceso reproductivo— constituye un dominio sobre el que todas las sociedades edifican sistemas de conceptos, creencias y prácticas cuyo rasgo sobresaliente es la complejidad de los significados. Todos los grupos humanos —independientemente de su nivel de desarrollo o de las modalidades que presenten sus sistemas de atención gineco-obstétrica— exhiben un cuerpo de ideas que es necesario reconocer para comprender el sentido de las costumbres, los valores, los tabúes y los mitos asociados a la cópula, la preñez, el nacimiento y la crianza de los niños. Como es bien sabido, dentro del mundo mesoamericano anterior a la conquista española, los sistemas ideológicos mostraban un elevado grado de elaboración y racionalización de los elementos religiosos. No es casual, entonces, que las ideas acerca de la concepción ocuparan un lugar prominente en el sistema de creencias que enlazaba el mundo de los dioses con el mundo de los hombres. “Deben distinguirse dos aspectos en el proceso de la concepción —afirma López Austin al estudiar el tema dentro del mundo nahua—: la etiología divina, que atribuía a la dualidad suprema, Ometecuhtli y Omecíhuatl, la remisión de las entidades anímicas al vientre de las madres, y la etiología fisiológica, la formación corporal del niño a partir de la unión de los dos líquidos generativos paterno y materno en el interior de la mujer”¹.

Hemos escogido deliberadamente el ejemplo anterior porque nos permite ver, concentrada en una sola frase, *la intersección de dos órdenes: el del mito* (o, si se prefiere, el orden del sistema de creencias) *y el de la fisiología*. Es precisamente en ese punto de encuentro en el que nos situaremos al analizar nuestros materiales de campo referidos a las ideas, pero también a las prácticas, sobre concepción, esterilidad, embarazo, parto, puerperio y enfermedades de la madre y del niño. Creemos que, en su sentido más estricto, la antropología médica identifica su objeto de estudio en el cruce de lo cultural y lo biológico. Los informes de campo sobre las prácticas gineco-obstétricas y materno infantiles suelen generalmente concentrarse en uno u otro aspecto del problema, privilegiando ora lo cultural, ora lo biológico. La literatura antropológica muestra una serie de trabajos en los que los datos de campo se repiten una y otra vez, *ajenos al contexto en el que adquieren todo su valor y su sentido* (aun cuando pudiera eventualmente mostrarse que ese

1. López Austin, Alfredo: *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM, 1984, Vol. I, pág. 335.

sentido es negativo): en tal comunidad se emplea el zoapatle, en la otra el cordón se corta con un cuchillo de carrizo, la puérpera toma baños de temazcal tres días después de la parición, el cordón se entierra cerca de la lumbre, la embarazada no debe deambular por los cementerios o concurrir a los velorios, y así *ad infinitum*. Sin embargo, pocas veces el lector puede recibir el beneficio de la explicación en términos que vayan más allá del mero registro del dato y muestren que, independientemente de su valor cultural, una determinada acción provoca un efecto fisiológico.

En el otro extremo, los trabajos de los médicos sobre la atención gineco-obstétrica en el medio rural se caracterizan por centrar el interés en los aspectos orgánicos, descuidando toda la dimensión cultural en la que el embarazo y el parto se manifiestan. Los cursos de entrenamiento de las parteras tradicionales muestran un olímpico desdén por evaluar *lo que la partera sabe en los términos de su propia cultura*, su modo de percepción, de verbalización y de acción. El hecho de que se enuncie una política de *articulación* entre la partera y el sistema oficial de salud (a la que nos hemos referido en el primer capítulo) no elimina la concepción sustitutiva presente en el modelo pedagógico que se aplica en los programas de entrenamiento².

Creemos que al reconocer la doble naturaleza del problema se está mejor preparado para comprender las modalidades de atención al embarazo y el parto en el medio rural.

Dentro del sistema de conceptos que subyacen a las prácticas gineco-obstétricas, los antropólogos han señalado la importancia que posee la dualidad *frío-calor*, la cual permite calificar como dotadas de una u otra propiedad a los alimentos, las bebidas, las plantas, las enfermedades, los estados corporales, etc. En el Estado de Morelos puede encontrarse esta misma concepción, muy probablemente con rasgos de la medicina humoral española contaminando las antiguas clasificaciones del mundo nahua. El examen de los datos de campo muestra que, no obstante la importancia capital de la dualidad frío-calor, ésta aparece *subordinada lógicamente* —en las cuestiones relativas a la concepción, la esterilidad, el embarazo y el parto— al concepto de “naturaleza”. Podemos entender por “naturaleza” el *conjunto de características o cualidades que definen física y espiritualmente a una persona, las que son posibles de percibir frente a circunstancias como el trabajo, la resistencia a las enfermedades, el don de mando, etc.* La “naturaleza” modula la vida sexual y determina tanto el tamaño de la familia como las características somáticas, espirituales o temperamentales del sujeto. Se nace con una “naturaleza débil”, “bajita”, “poco maciza”, o bien con una “naturaleza fuerte”, “maciza”, “alta”, definidas al momento de la concepción por la influencia de la fase lunar existente, por la “naturaleza” de los padres, etc. Ingresa aquí, vinculado a un concepto de una gran generalidad, todo el conjunto de los mitos lunares: así, por ejemplo, las personas concebidas en luna menguante o creciente son de “naturaleza débil”; en cambio, las que lo fueron en fase de luna llena son de “naturaleza fuerte”. El comportamiento del feto es manifestación, también, de la “naturale-

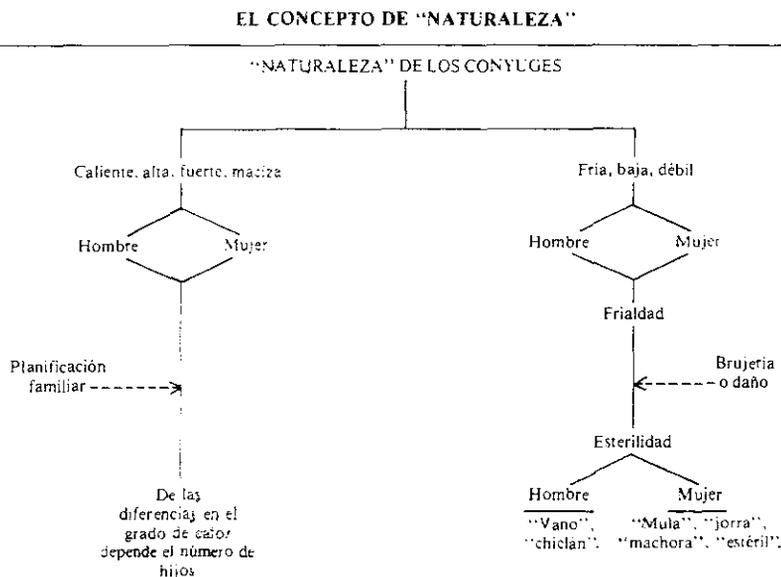
2. Una de las más importantes estudiosas de estos problemas dentro del mundo maya, Brigitte Jordan, señala que: “When they encountered difficulties in implementing programs, when they encountered resistance by midwives and women who refuse to go to the hospital for birth, they saw reasons in ignorance. They had no appreciation for the ways in which their attitudes and procedures ran counter to deeply entrenched local notions about the nature of birth.” Jordan, B.: “Modes of teaching and learning: Questions raised by the training of Traditional Birth Attendants” (Draft, 1987), pág. 22.

za”: un niño de “naturaleza fuerte” se mueve antes, y durante todo el periodo de gestación está agitando constantemente en el vientre de su madre, lo que no ocurre con el niño de “naturaleza débil”. Si en el designio del tipo de “naturaleza” que tendrá el individuo la luna es el factor determinante, en el parto la luna es el desencadenante: quien fue concebido en “ida de luna” (luna menguante) nacerá también en “ida de luna”. Incluso al nacer se manifiestan diferencias significativas en el comportamiento de los niños que nacen durante la luna llena (que son los de “naturaleza fuerte”, más vivaces, activos, corporalmente más desarrollados), de aquellos que nacen durante las otras fases lunares, más débiles, “guangos”, poco vivaces y dotados de menor vitalidad.

El inicio de la madurez sexual —el cual es más evidente en las niñas por la aparición de las reglas del ciclo menstrual— está también asociado a la “naturaleza” de la joven: la de “naturaleza fuerte” comenzará a reglar a más temprana edad y tendrá un mayor número de hijos, especialmente si se casa con un hombre de “naturaleza fuerte”; la de “naturaleza débil” tendrá pocos hijos, especialmente si su pareja ostenta una naturaleza semejante a la de ella. La “naturaleza débil” acerca peligrosamente a la mujer a las situaciones de esterilidad.

Ahora bien, entre la mujer de “naturaleza débil” y la estéril hay un hiato profundo, sustancial: la esterilidad es la “frialdad”, congénita o adquirida. Una mujer de “naturaleza débil” sigue siendo potencialmente fértil, factor que puede corregir el tratamiento adecuado de la terapeuta. El siguiente esquema muestra los niveles, las categorías y los sujetos englobados en el concepto general de “naturaleza”, así como los factores incidentales o concomitantes que pueden producir modificaciones: concretamente, la *brujería* y la *planificación familiar*.

Cuadro 8



Este concepto de “naturaleza” tiene una gran importancia por constituir uno de los pilares ideológicos fundamentales que permiten deducir la existencia de todo un sistema, dentro del cual los conceptos, creencias y prácticas a él vinculados forman un conjunto armónico y homogéneo. Así, el análisis de las terapias destinadas a tratar los casos de esterilidad causados por “frialidad” de la paciente o por su “naturaleza débil”, muestra que aquéllas están destinadas a “calentar” a la mujer, efecto que se logra mediante la administración de masajes con sebos de calidad “caliente” (sebos de venado o coyote, enjundia de gallina*), baños (de temazcal, “torito” u otros**), tés de plantas medicinales y dietas en las que se proscriben los alimentos fríos (refrescos helados, nieves, etc.) o de calidad “fría” (el jugo de limón, por ejemplo), aconsejándose en cambio la ingestión de los de calidad “caliente”.

El concepto de “naturaleza”, en su máximo grado de generalidad, recubre todo lo existente, no en el sentido de que la naturaleza es todo lo creado, sino en el de que todo lo creado posee una “naturaleza”, una característica o conjunto de características que definen su ser.*** Así, por ejemplo, en muchos casos la “naturaleza” es equiparable al temperamento; en otros, a la potencia sexual; finalmente, se suele hacer referencia, a través de ella, a la “raza”. “Las personas morenas y ‘recias’ son generalmente fuertes”, dicen las parteras tradicionales de Morelos. En algunos lugares del área rural morelense y en el seno de otros grupos indígenas persiste la creencia en las cualidades excepcionales de los gemelos, como un remanente de un cuerpo de ideas más consistente que existía en el mundo mesoamericano anterior a la conquista española. Hoy, como entonces, se piensa que los gemelos son de naturaleza “fría”, que por tratarse de dos sujetos que cohabitan en el vientre materno, su *alma-tonalli*, dividida en dos, se encuentra siempre ávida de calor. Naturaleza-calor-fuerza son conceptos ligados que tejen una red coherente, y que sustentan la racionalidad de numerosas prácticas, algunas de ellas de carácter médico****. A lo largo de nuestra exposición de los datos de campo veremos cómo el concepto de naturaleza se despliega en ámbitos más definidos, ya sea que se contemplen las ideas y las prácticas ligadas a la reproducción (o a su opuesto, la esterilidad) o a la atención gineco-obstétrica y materno infantil. Importa subrayar aquí que la atención puesta en conceptos como el de “naturaleza” se justifica en la medida en que uno de los elementos de distinción entre las parteras tradicionales y las parteras adiestradas institucionalmente es precisamente el sustrato ideológico que subyace a las prácticas de uno y otro grupo de terapeutas. Sería un error suponer que en el cambio del campo a la ciudad, los grupos se despojan totalmente de sus sistemas de creencias ancestrales, o que la conversión en usuarios de la medicina científica hace de ellos los nuevos depositarios del saber médico académico. Por el contrario, un nuevo orden surgido como consecuencia de adaptaciones, refuncionalizaciones y síntesis se dibuja en el horizonte de toda investigación que aborde esta materia, en la me-

* La definición de este término —enjundia— está dada en la pág. 59.

** La descripción de los diferentes tipos de baños se encuentra en las págs. 53, 61, 62, 68 y 69.

*** A pesar de su cercanía, no creemos que pueda identificarse con la idea cristiana de *esencia*, pues la “naturaleza” a la que nos referimos es mucho más mudable, de allí que pueda introducirse “correcciones” producto de la acción humana, como se ejemplifica sobradamente a través de las prácticas gineco-obstétricas.

**** Un estudio más detallado, utilizando datos etnográficos de diferentes zonas del país, arrojaría seguramente una nueva luz sobre la vinculación del concepto “naturaleza” con las ideas sobre la sangre, la jerarquía del *animal-compañero*, el “alma”, “espíritu” o “tonalli” de la persona, etc.

didada en que ese orden resulta basal a las ideas y las prácticas gineco-obstétricas y materno infantiles domésticas o especializadas. En ese sentido, es necesario ver cómo al lado de las instancias “médicas” (académicas o populares) se advierten los valores que el grupo expresa a propósito de la reproducción, la cópula, la sexualidad, el erotismo, el deseo, el pudor, el machismo o la obscenidad. De todos los temas que aborda nuestro trabajo son la *concepción* y la *esterilidad* los que de modo más notorio muestran esta compleja red de creencias y valores.

Concepción y esterilidad

En todas las comunidades estudiadas el fenómeno de la concepción es trascendental, pues constituye la manifestación más visible de la fertilidad que hace posible la persistencia del grupo social y, en especial, del grupo doméstico. Inversamente, la esterilidad representa una circunstancia dramática ya que cuestiona la función primordial que la sociedad campesina atribuye a la pareja: procrear.

El mecanismo social de la producción y de la reproducción (producción de bienes y servicios, reproducción de la vida humana) ha sido abundantemente estudiado en el último siglo³.

En general, todos los informes de campo revelan la existencia de ideas definidas acerca del comienzo de la edad fértil de la mujer, fenómeno íntimamente vinculado a la aparición de la menstruación, a un cierto desarrollo físico y a la emergencia de caracteres sexuales secundarios que ponen en evidencia la madurez sexual de la joven. La menarquia aparece así situada entre los doce y los catorce años de edad, sujeta a diversos órdenes de determinación: a juicio de las parteras tradicionales, la “naturaleza” fuerte o débil de la mujer se asocia al hecho de que menstrúen antes y más abundantemente, o tardía y escasamente; las parteras empíricas capacitadas señalan que las variaciones pueden deberse a deficiencias en la alimentación y al clima: una muchacha bien alimentada comienza a reglar a los doce o trece años de edad, especialmente en las regiones calurosas; por el contrario, deficiencias nutricionales y anemia conspiran contra el desarrollo normal, presentándose casos de mujeres que no inician su edad fértil sino hasta los quince años de edad. La abundancia o escasez de las reglas depende, según las parteras tradicionales, de la influencia lunar: quienes nacieron en luna llena comenzarán a reglar en la misma fase lunar y de modo más abundante; quienes nacieron en luna menguante, además de iniciar sus reglas en la misma fase, tendrán reglas escasas. El sangrado es, en la concepción tradicional, el indicio de una primera desfloración que ocurre, por decirlo así, en el orden cósmico: la luna desflora a la púber o, como señalan las parteras, “disfruta la niñez”; la segunda desfloración tendrá lugar con el inicio de la relación sexual. El hecho de que la joven comience a menstruar a los doce o trece años no la convierte en una mujer madura sexualmente, madurez que puede ser interpretada tanto en términos fisiológicos como sociales: los quince años convierten a la niña en “señorita” y garantizan no sólo un mejor desarrollo emocional sino físico: se afirma que cuando la mujer —o la pareja— es muy joven se corre el riesgo de que se engendren hijos defectuosos. Algunas de las parteras afirman que la

3. Cfr. Meillassoux, Claude: *Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo*, México, Siglo XXI Eds., 1977, págs. 54 y ss. y las referencias allí contenidas.

abundante información que las jóvenes reciben actualmente —ya sea por conducto de los medios de información masiva como por la escuela— repercute en la madurez sexual: las jóvenes de hoy maduran a menor edad, lo cual no siempre resulta benéfico.

De las diferencias posibles de percibir entre los conceptos expresados por las parteras tradicionales y las parteras adiestradas, las más notables son las que se refieren a las características mismas del ciclo menstrual: entre las parteras adiestradas la explicación ofrecida refleja los conceptos aprendidos en los cursos de entrenamiento que ofrecen las instituciones. El ciclo menstrual se inicia en una determinada etapa del desarrollo físico y emocional de una mujer; es un estado fisiológico normal que depende del funcionamiento hormonal. Durante el ciclo menstrual existen algunos días fértiles, es decir, un periodo durante el cual una mujer puede quedar encinta y que corresponde a las setenta y dos horas contadas a partir del doceavo día del comienzo de la menstruación. Se señalan también aquí variaciones individuales (por ejemplo, que se extienda hasta noventa y seis horas, en lugar de las setenta y dos habituales). Las parteras tradicionales no reconocen la existencia de una fase semejante.

Algunos factores, como los golpes o las caídas, pueden alterar la regularidad del ciclo menstrual, el cual posee una duración de veintiocho o veintinueve días y se asocia de modo directo con el ciclo lunar.

A diferencia de lo que ocurre con la percepción y categorización de la fertilidad femenina, las ideas expresadas a propósito del varón resultan mucho más vagas: en general, se estima que el hombre inicia su vida fértil alrededor de los catorce años de edad, muchas veces manifestada a través de eyaculaciones nocturnas; sin embargo, no es sino hasta uno o dos años después (y en algunos casos hasta los diecisiete o dieciocho años) que logra recién que su “naturaleza” haya madurado, “que su semen esté macizo para pegar”, fenómeno que usualmente se acompaña de la aparición de caracteres sexuales secundarios (cambio de voz, vello en el rostro, etc.). Sin embargo, estos caracteres secundarios pueden no manifestarse, estando ya el varón en condiciones de engendrar. Las informantes refieren casos de paternidad de jóvenes de catorce o quince años, vistos en la mayor parte de las comunidades como un hecho censurable debido, sobre todo, a la inmadurez emocional. A diferencia de lo que ocurre en otras sociedades campesinas no se observó en las localidades de Morelos, en las que se recogió la información, que se estableciera una relación entre el pleno dominio de los medios de producción (generalmente para el desarrollo de tareas agrícolas) y el inicio de la edad fértil.

Todo lo anterior permite concluir no sólo que las particularidades de la fertilidad femenina es un fenómeno mejor conocido, sino que prácticamente se establece una equivalencia entre mujer y fertilidad, mecanismo importante que echa luz sobre la condición femenina en general y sobre la mujer estéril en particular. En efecto, como en numerosas culturas agrícolas del mundo, en Morelos puede percibirse una relación estrecha entre reproducción y femeneidad que lleva a considerar que en todo matrimonio sin hijos es en la mujer sobre quien recaen las sospechas de infertilidad. De allí también el orden de denostación que se manifiesta al referirse a ellas y que se expresa verbalmente en términos tales como: “machorra”, “mula”, “jorra”, etc., así como la existencia de numerosos trata-

mientos destinados a modificar esta condición, especialmente en los núcleos menos aculturados del sector rural.

Todas las parteras entrevistadas coincidieron en que la cópula es el mecanismo que hace posible la reproducción; las parteras empíricas capacitadas que han recibido varios cursos de entrenamiento y asesoría de médicos y enfermeras, señalan que la fertilización se realiza por la unión del óvulo femenino y del espermatozoide masculino, pero es posible advertir que esta idea es más bien vaga y confusa en quienes asistieron a un solo curso de adiestramiento, y en general no es considerado un dato relevante que aporta mucha más información a la que el sentido común y su propia experiencia les provee. Las expresiones más comunes empleadas para designar a la mujer que ha quedado embarazada son: “se hizo enferma”, “la hizo enferma su marido”, “ya encargó”, “está esperando”, etc. Es interesante observar que la alusión a la “enfermedad” no implica referencia a ninguna patología y que, por el contrario, ni la gestación es considerada sinónimo de enfermedad ni se advierten —en los grupos atendidos por la partera tradicional— indicios evidentes de medicalización del embarazo.

Según opinión frecuente, si la mujer ha estado tomando anticonceptivos es importante que deje pasar un tiempo razonable (usualmente varios meses) entre el término de su ingesta y la concepción. Los niños engendrados inmediatamente después de dejar de tomar estas hormonas esteroidales —afirman— nacen mal, no se desarrollan bien dentro de la madre, nacen pequeñitos y débiles. Las parteras tradicionales enfatizan sobre este hecho mostrando su oposición explícita al consumo de píldoras anticonceptivas, ya que éstas afectan “la matriz”, alteran la menstruación y, en general, la capacidad reproductiva de la mujer; más aun, culpan a los médicos del nacimiento de niños débiles y faltos de peso como resultado de la prescripción de medicamentos que interfieren en el desarrollo normal de la ovulación.

En uno de sus trabajos sobre salud y antropología, Gonzalo Aguirre Beltrán ha empleado la expresión “ansiedad de la reproducción” para caracterizar la actitud de los grupos rurales, y muy en especial de los indígenas, ante la “función generatriz”. “El anhelo se expresa en las ideas que se sustentan sobre el rol de la mujer y en las medidas que la sociedad toma para que ésta acepte de grado o por fuerza su función generatriz. Las puertas de la gloria, afirman los *mixtecos*, no se abren para la mujer, soltera o casada, que muere sin haber tenido cría. Un hombre sin hijos, aseguran los *tarahumaras*, difícilmente alcanza un sitio de bienaventuranza en el cielo”⁴.

Los testimonios sobre la preocupación que se expresa en el grupo doméstico y en las comunidades cuando se presentan situaciones de infertilidad son, en la literatura antropológica, abundantísimos y su transcripción no haría sino confirmar un hecho suficientemente reportado: el valor excepcional que se concede en el medio rural a la fertilidad, la paternidad o la ampliación de la familia a través de la descendencia, así como la fuerza del sistema ideológico que expresa y regula las conductas de hombres y mujeres sobre la reproducción. *Contrario sensu*, la esterilidad es una condición indeseable, estigmática y que, de ser posible, debe ser corregida. Como señalamos al hablar del concepto de “naturaleza”, la

4. Aguirre Beltrán, Gonzalo: *Programas de salud en la situación intercultural*, México, IMSS, 1980, pág. 95.

frialdad constituye, en la concepción dualista del *frío* y del *calor*, el componente esencial de la esterilidad: frialdad con la que se nace o que se adquiere involuntariamente a lo largo de la vida por influjo de factores nocivos, algunos de los cuales son resultado de la acción humana, como ocurre cuando la brujería provoca que la mujer no pueda engendrar. Las designaciones que se emplean en el medio rural para los trastornos que hacen a la mujer infecunda ilustran ésto con nitidez: “frialdad de ovarios”, “frialdad de la matriz”, “frialdad en la cintura”, etc. Otra idea complementaria —que antropólogos como George Foster han registrado para la Península Ibérica⁵— es la de que ciertas enfermedades son resultado del desplazamiento de algún órgano interno. La “caída de matriz” es señalada en Morelos como una de las causas frecuentes de la infertilidad femenina.

La “debilidad” también conspira contra la fertilidad de la mujer. En términos generales puede aludirse a ella como a una entidad mórbida —siempre en términos populares— o como un síntoma asociado a otro padecimiento. Se caracteriza por un visible ataque al estado general del paciente (palidez excesiva, ojeras pronunciadas, tristeza, falta de apetito, decaimiento, somnolencia, etc.), y no siempre se la asocia a un elemento etiológico específico. Cuando se presenta como “un padecimiento en sí” la terapia generalmente consiste en la ingesta de preparados de plantas medicinales destinadas a mejorar el apetito y a desparasitar al enfermo, junto con masajes y baños (de temascal, la mayoría de las veces). Cuando la “debilidad” es un síntoma de otra enfermedad (susto, disentería, etc.), generalmente desaparece como resultado de la curación del padecimiento que la generó. Las parteras piensan que un estado como el producido por la “debilidad” puede contribuir a que la mujer tenga dificultades para concebir.

Finalmente, se alude también a procesos inflamatorios, especialmente de los ovarios, que obstaculizan la concepción.

Es probable que en el intenso proceso de aculturación iniciado con la conquista española, muchos de los conceptos sobre la frialdad, el desplazamiento de los órganos, la debilidad o la inflamación hayan acogido elementos del sustrato prehispánico y de la medicina traída por los conquistadores, constituyendo buena parte del núcleo central de las ideas y las prácticas que hoy denominamos tradicionales⁶. Esto es visible tanto a nivel de la clasificación de los padecimientos y de los estados (de esterilidad, preñez, parto, etc.), como de

5. Foster, George: “Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana”, en Kenny, M. y M. de Miguel (comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, 1980, págs. 123-147.

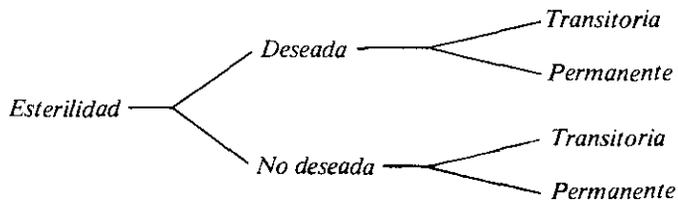
6. “Aunque toda espontánea evacuación de sangre en cualquier parte del cuerpo humano denota debilidad o enfermedad —escribió Juan de Esteyneffer en 1712—, se exceptúa la sangre menstrual que viene a las mujeres; la cual sangre les viene en buena salud, aunque no igualmente a todas cada mes, porque en unas durados o tres días y en otras más, y mientras se mantiene en este curso es señal de la salud. Pero minorándose esta evacuación, respecto de la salud, o deteniéndose totalmente, entonces es señal de enfermedad, si no es cuando están preñadas o cuando crían, porque entonces semejante detención o suspensión es natural, como también en llegando a edad crecida. (...) Originanse las detenciones de los meses, ya de nortes o vientos fríos y secos, o por bañarse en agua fría, y mucho más estando con la regla. También las muchas especies o comidas calientes, las cuales juntamente tienen virtud de astringir; o mucha sal, o demasiado desvelo, el cual seca; o mucha tristeza, celos o enojo; o comiendo frutas sin sazón, en particular limón o naranja, vinagre, etcétera.” Esteyneffer, Juan de: *Florilegio medicinal de todas las enfermedades* (1712), México, Academia Nacional de Medicina, 1978, tomo I, págs. 420-421.

las terapias* (baños de temazcal, torito, tina, etc., plantas medicinales nativas e introducidas, sobadas, masajes, manteadas**, etc.).

Procedimientos hidroterapéuticos

Como en otras culturas médicas del mundo, en la medicina tradicional mexicana se emplean distintos procedimientos hidroterapéuticos para los más diversos fines: tratar malestares gineco-obstétricos, reumáticos y nerviosos, trastornos derivados de la intoxicación por picaduras o mordeduras de animales ponzoñosos, coadyuvar al descenso de la temperatura corporal, relajar, aliviar el cansancio, higienizar, etc. Los que aprovechan el vapor de agua y el agua caliente (en combinación con las infusiones o decocciones de plantas medicinales) son, en el área mesoamericana, de épocas muy antiguas. Su uso se fundamenta en que el paciente recibe, simultáneamente, los efectos terapéuticos del vapor de agua, de los aceites esenciales de las plantas medicinales presentes en la atmósfera del baño, de las sustancias que se encuentran en las tisanas con que se baña al enfermo y que, a veces, también ingiere, y de la intensa sudoración propiciada por las condiciones del baño mismo. En el curso de la investigación pudieron registrarse cuatro tipos de baños: de temazcal, torito, de vapor y de tina.

El núcleo esencial de las ideas sobre la esterilidad —y sobre las posibilidades de corregirla— aparece sin embargo formando parte de las concepciones básicas del mundo prehispánico, cuya consistencia se diluye cuando se registran datos en comunidades con mayor grado de relación respecto de los núcleos urbanos y del sistema médico académico. Es posible, analizando la información general recogida en el estado —y no solamente en las zonas rurales más aisladas o con una mayor influencia del mundo indígena— intentar una clasificación de los tipos y las causas de esterilidad, así como una sistematización de los datos relativos a las terapias, tanto tradicionales como científicas. En términos generales, puede distinguirse la *esterilidad deseada*, voluntaria, de la *esterilidad no deseada*; asimismo, dentro de cada uno de estos subgrupos, la *esterilidad permanente* y la *transitoria*:



Podemos entender por *esterilidad deseada* el resultado de la o las prácticas anticonceptivas a que se somete voluntariamente uno o los dos miembros de la pareja, ya sea para obtener una infertilidad *transitoria* (mediante el empleo de dispositivos intrauterinos,

* Así, pueden encontrarse en Morelos designaciones de padecimientos de clara raigambre prehispánica ("chipil", por ejemplo, que deriva del náhuatl *tzípiltl*) junto a otras introducidas durante el periodo colonial ("alfarecía"); plantas como el zoapatle (*Montanoa tomentosa*) o el capullín (*Prunus serotina* ssp. *capulli*), que formaban parte de la materia médica indígena, al lado de especies europeas como la ruda (*Ruta chalepensis*) o el romero (*Rosmarinus officinalis*), etc.

** Una descripción de estos procedimientos puede encontrarse en las págs. 93-95.

pildoras anticonceptivas, preservativos, etc.) o *permanente* (salpingooclasia o vasectomía). Este campo de prácticas aparece de manera casi exclusiva en el dominio de la medicina académica y, particularmente, en las políticas de control natal y planificación familiar. Naturalmente, en la medida en que se adoptan formas para reducir la natalidad, crece la tendencia, como fenómeno social, a fomentar la *esterilidad deseada* dentro de un proceso que muestra rasgos nada homogéneos. No puede aplicarse un criterio único y general para analizar las actitudes y las pautas de comportamiento que siguen los diferentes grupos, estratos o clases sociales ante la anticoncepción. Asimismo, las posiciones de los prestadores de servicios de atención gineco-obstétrica y materno infantil —se trate de los médicos institucionales y privados, de las parteras tradicionales, empíricas capacitadas y empíricas no capacitadas— difieren sustancialmente a este respecto, incluso dentro de un mismo grupo de terapeutas. La influencia cada vez mayor del modelo médico académico, materializada en los programas de extensión de cobertura, en la educación para la salud, en la promoción de la planificación familiar y en la atención primaria, da lugar a la emergencia de procesos sumamente dinámicos que modifican pautas de comportamiento ancestrales, particularmente en el terreno de la reproducción. Es comprensible, entonces, que se observen variaciones significativas en los criterios para determinar el tamaño de la familia, para elegir al terapeuta y para aceptar o rechazar los métodos de planificación y control natal.

No obstante lo anterior, puede afirmarse que en las áreas rurales en general y en los núcleos con mayor influencia indígena, en particular, la importancia concedida a la familia extensa o semiextensa sigue siendo relevante. Las necesidades impuestas por las características de la inserción en el modelo productivo “hace que persista la necesidad de una familia grande que permita a la unidad disponer de abundante fuerza de trabajo para realizar las labores parcelarias o para ofrecer en el mercado de trabajo”⁷. De allí que las situaciones planteadas por la esterilidad no deseada constituyan un motivo de preocupación y expliquen la existencia dentro de la medicina tradicional de tratamientos destinados a remediarla. Entendemos por *esterilidad no deseada* la imposibilidad transitoria o permanente de concebir que muestra uno o ambos miembros de la pareja, ajena a la voluntad reproductiva de ellos. La presión de los elementos conservadores y las necesidades objetivas de la unidad doméstica quedan claramente manifestadas en la sanción moral respecto del aborto, excepto en los casos de múltiparas con una familia numerosa, de madres solteras muy jóvenes abandonadas o rechazadas por el hombre, mujeres múltiparas mayores de cuarenta años, mujeres que en partos anteriores hayan dado a luz niños con malformaciones, mujeres con alguna enfermedad incurable o que exhiban un comportamiento frívolo, o en los casos de alcoholismo consuetudinario de uno o los dos miembros de la pareja. Exceptuando estas situaciones, en la mayor parte de los asentamientos humanos más aislados o tradicionales del Estado de Morelos, la esterilidad deseada es un fenómeno de menor relevancia, a diferencia de lo que se advierte en aquellos sectores que han adoptado pautas de comportamiento características de las zonas urbanas y, en los últimos tiempos, suburbanas (especialmente en las ciudades de Cuernavaca, Cuautla, Zacatepec y Jojutla y en las zonas aledañas a ellas), donde, por lo demás, los programas de planificación familiar muestran un éxito mayor.

7. Martínez Manautou, J. (Ed.). *op. cit.*, pág. 200.

Hemos señalado en párrafos anteriores —y es necesario reiterarlo aún a riesgo de ser prolijos— que la tipología propuesta para agrupar a las parteras en *tradicionales*, *empíricas adiestradas* o *capacitadas* y *empíricas no adiestradas* admite numerosos matices. Afirmamos también que incluimos dentro de la categoría general de *terapeutas tradicionales* o de practicantes de la *medicina tradicional* (Cuadro 6, pág. 39) a los tres tipos de parteras, a fin de distinguir su actividad de las de la *medicina doméstica* y *académica institucional* o *privada*. Cuando se analiza la información de campo relativa a las ideas y las prácticas sobre la esterilidad estas diferencias se hacen patentes, así como la necesidad de señalar variantes y matices incluso dentro de un mismo grupo de terapeutas. En efecto, entre las *parteras tradicionales* existen aquellas en las que persisten concepciones con mayores resabios de las ideas mesoamericanas, y aquellas que han adoptado algunos de los conceptos modernos —por haber sido asistentes irregulares a los cursos de adiestramiento o por tener un contacto esporádico con la práctica médica académica— y de la medicina popular española o mestiza colonial. En ambas subyace la idea de que la esterilidad debe atribuirse a la “frialidad”, entendida dentro del marco de la dualidad *frío-calor*; pero mientras las primeras hacen de este concepto el elemento casi exclusivo que guía su práctica, las segundas han incorporado además nociones que explican la esterilidad como consecuencia del desplazamiento de órganos, de la inflamación y de la alimentación. En general, las *parteras empíricas no adiestradas* no suelen tratar casos de esterilidad, mientras que las *empíricas capacitadas* la atribuyen fundamentalmente a desarreglos hormonales —lo que daría como resultado una esterilidad temporal— o a anomalías en el aparato reproductor femenino (quistes en el útero, matriz infantil, etc.). Algunas de las parteras tradicionales más aculturadas también reconocen que la existencia de problemas anatómicos en el aparato reproductor femenino puede ser la causa de la esterilidad permanente.

De modo general, puede aseverarse que la mayor parte de las parteras tradicionales reconoce a la “frialidad” como el impedimento más importante para concebir, por lo que los tratamientos prescritos tienen como finalidad primordial “calentar” a la mujer mediante baños con plantas medicinales, tés, masajes y sobadas con sebos u otras sustancias grasas de calidad caliente; asimismo, se recomiendan dietas que incluyen ciertos alimentos y prohíben otros. Aquellas parteras tradicionales que, además de la frialidad, atribuyen la esterilidad al desplazamiento de órganos, a la inflamación o a la ovulación deficiente, no reconocen a todas las causas la misma jerarquía, y en muchos casos las terapias aplicadas para combatir la frialidad resultan complementarias de las que administran cuando sospechan desplazamiento de órganos, inflamación o problemas en la ovulación. Los masajes y las manteadas procuran el reacomodo de los órganos; los baños, las dietas, las infusiones de plantas y las sobadas complementan los tratamientos.

El registro de los tratamientos permite concluir que mientras las parteras cuya práctica está más apegada a las tradiciones prehispánicas prescriben uno o dos tratamientos, exclusivamente, las más aculturadas indican una serie de recursos alternativos (pertenecientes a distintas tradiciones médicas); las parteras adiestradas, a su vez, emplean fundamentalmente medicamentos de patente a base de hormonas.

Dos tratamientos, recogido el primero en Hueyapan y el segundo en Tlaltizapán, ilustran claramente los conceptos tradicionales sobre el vínculo entre frialidad y esterilidad. En am-

bos puede apreciarse la idea del “desbalance” en la relación *frío-calor*, si bien es preciso acotar que no debe interpretarse necesariamente el calor como un sinónimo de aumento de la temperatura corporal; en el caso de Hueyapan, la terapeuta —una de las más famosas del Estado de Morelos, de incuestionable autoridad en su comunidad, la Sra. Modesta Lavana—, distingue entre “calor positivo” y “calor negativo”, siendo el primero una cualidad de los seres vivos sanos; el segundo, en cambio, puede manifestarse en situaciones de anormalidad, como una elevación indeseable de la temperatura corporal. Las pacientes que consultan a esta partera-curandera no son necesariamente indígenas, aunque el trato con éstas muestra un nivel de relación más estrecho que el que se observa con el resto de las mujeres que concurren a demandar sus servicios. Las primeras operaciones en este tratamiento consisten en “desinflamar”* los órganos internos por medio de frotaciones con hierbas de “naturaleza fresca”: la flor del floripondio (*Brugmansia candida*), hojas de mirto de flor roja y de mirto de flor azul (*Salvia microphylla*), cogollos de naranjo (*Citrus aurantium*), hojas de retama (?) e hinojo (*Foeniculum vulgare*). Estas plantas se desmenuzan con las manos y a la mezcla se le agrega clavo de olor molido (*Eugenia caryophyllata*) y se la rocía con alcohol. Con ella se frota muy bien el cuerpo de la paciente, operación en la que usualmente colaboran la propia enferma y alguno de los familiares. Inmediatamente después se cubre a la mujer con una sábana y se la deja reposar aproximadamente durante media hora. Terminada esta operación, la partera procede a realizar la tradicional “limpia”**, desplazando sobre el cuerpo de la paciente un huevo que utilizará para diagnosticar el estado de la inflamación, vertiendo el contenido de éste en un vaso con agua e interpretando las formas que adoptan la clara y la yema. Toda la operación será repetida tres o cuatro veces, en días alternados; en los días intermedios, la mujer se somete a sobadas (véase págs. 93-97) en las que se aplican sebos de “machos” (se denominan así el sebo del venado), de coyote o enjundia de gallina (véase pág. 59). Todos estos sebos son de naturaleza caliente, a diferencia del sebo de cerdo, considerado frío, y su aplicación contribuye al propósito primordial de “calentar” el organismo para avivar su “ánimo sexual”. Al “calentar” de esta manera progresiva al organismo se desplaza el frío gracias al efecto de las frotaciones y las sobadas, propiciando que la mujer adquiera “calor positivo”. Estas terapias se complementan con la ingestión de “tónico de raíces”, bebido como “agua de tiempo” (véase pág. 58). Este tónico se prepara hirviendo las siguientes plantas: hojas de nogal (*Junglans regia*), raíz de yolochichitl (*Eupatorium collinum*), altarreina (*Piqueria trinervia*) y tripas de Judas (*Cissus sicyoides*), el que será bebido en la forma ya indicada con el propósito de “tonificar” de “dar energías” a la mujer. Es necesario reforzar su alimentación, en especial con caldos de calidad caliente, que ayudan a quitar la frialdad que se encuentra acumulada en su interior. Al término del tratamiento, la paciente recibe un baño de temazcal (véase pág. 61), con el doble objetivo de que su organismo se purifique al expulsar toxinas y de restituir el calor necesario para poder engendrar.

* El concepto de “inflamación” se acerca —en este caso— al de congestión y, por regla general, todos los tratamientos administrados por esta terapeuta parten del principio de que debe “desinflamarse” el o los órganos afectados.

** Ver recuadro en la pág. 57.

Las limpias

Las limpias son una de las expresiones más comunes de los rituales de purificación presentes en numerosas sociedades de todo el mundo; pueden clasificarse como un recurso de eficacia simbólica que procura movilizar mecanismos psíquicos que produzcan una respuesta orgánica. La limpia es parte complementaria de los tratamientos de muchos de los síndromes de filiación cultural (mal de ojo, susto, aires). En general, consiste en un conjunto de maniobras destinadas a eliminar, a “desprender” del cuerpo del paciente elementos considerados nocivos, sea que el sujeto los haya recibido del exterior, sea que los esté expeliendo como resultado de un padecimientos o de un comportamiento considerado negativo para él y su entorno.

Para efectuar una limpia se utilizan, por lo general, las siguientes plantas: ruda, albahaca, cempazúchil, pirul y pericón; con ellas se hace un ramo y se procede a “barrer” al enfermo —es decir, a pasar el ramo sobre el cuerpo—, iniciando en la parte superior de la cabeza y terminando en los pies, realizando movimientos como si se quisiese “limpiar”, “barrer” los efluvios presentes en la piel del sujeto enfermo. Es necesario destacar que todas las plantas empleadas en este tipo de ceremonia despiden un fuerte olor; en algunos lugares incluso acentúan el aroma del ramo impregnándolo con humo de tabaco o loción.

El segundo de los tratamientos comienza a administrarse al quinto día del inicio de la menstruación; la terapeuta baña a la paciente con agua de pericón (*Tagetes lucida*), hierba de San Francisco (*Heimia salicifolia*), romero y alhucema (*Lavandula spicata*). Simultáneamente se administra, como agua de tiempo, una infusión de milhojas (*Achillea millefolium*), romero, garañona (*Castilleja canescens*) y raíz de cabeza de niño (?), planta de la cual se distinguen dos variedades a las que se denominan “hembra” y “macho”. Junto con esto, la paciente recibe una curación diaria, cada tercer día, consistente en masajes que se administran desde el estómago hasta las plantas de los pies empleando una extracción —hecha con alcohol y grasa— de hojas de hierba de San Francisco; el sebo utilizado se coloca en la espalda, a la altura de la cintura y se la envuelve con una faja hasta el día siguiente en que se limpia con alcohol, conservando el emplasto en el mismo lugar y volviéndola a fajar hasta la próxima curación. El tratamiento dura nueve días, por lo que la mujer recibe tres de las curas mencionadas. En ese lapso, la paciente vive en casa de la partera, la cual vigila que repose y evite la ingestión de alimentos o bebidas frías (refrescos, jugo de limón, etc.) y propicia, en cambio, el consumo de alimentos calientes. Nótese que si se suman los cinco días contados a partir del comienzo de la menstruación a los nueve días que dura el tratamiento, al terminar el mismo la mujer se encuentra precisamente al inicio de su periodo fértil.

Agua de tiempo

Poción resultante de la infusión, decocción, maceración o cualquier otro tipo de procedimiento que emplee el agua como solvente y a componentes vegetales presentes en las plantas como solutos, y que el paciente ingiere durante el día según sus requerimientos de líquidos para apagar su sed. En México se utiliza también la expresión "agua de uso".

Los tratamientos prescritos por las parteras tradicionales que muestran mayores indicios de aculturación, aunque suponen la existencia de nueve causas o factores que atentan contra la concepción, pueden ser catalogados en cuatro grupos. En efecto, las parteras con este tipo de formación señalan que la esterilidad puede deberse a "frialidad de la matriz o de los ovarios", "matriz caída", "flojas de ovarios o de la cintura", "matriz baja", "relajadas de sus partes", "ovarios inflamados" y "óvulo escaso". Muy probablemente, algunas de estas causas difieran solamente en el nombre (v.gr. "matriz caída" y "matriz baja") y expliquen el número más reducido de tratamientos. La mujer que padece de "frialidad de la matriz o de los ovarios", afirman estas parteras, generalmente es porque ha sufrido enfriamientos en el vientre desde la adolescencia (por ejemplo, aquellas mujeres que se mojan al lavar y no se cambian de ropa); esta "frialidad" se cree que ocasiona "flujos vaginales" ("flujos de frío" o "moco de frío") y son éstos los que impiden que fecunden los óvulos, pues "para fecundar la semilla se necesita calor, de la misma manera que ocurre con la tierra". Un tratamiento registrado en Xalostoc señala que se baña a la paciente con agua de romero y hierba de San Francisco, luego de lo cual se le da a tomar un vaso de esta misma preparación; se administran masajes de siete aceites calentados en baño de María: aceite de almendras dulces, de palo, de romero, de olinolhúe, de huevo, de esencias y de azahar, los que se adquieren en las farmacias. El masaje se proporciona comenzando en la punta de los pies hasta el ombligo, y por detrás desde los talones hasta la cadera. Seguidamente se untan el vientre y la cadera con pomada de belladona, calentada también en baño de María; con una gasa estéril se aplica esta pomada en el cuello de la matriz y se deja la gasa aproximadamente unos diez minutos. La siguiente fase incluye el "manteado" (ver págs. 93-94), realizado con la finalidad de acomodar los órganos que se han desplazado; si se cuenta con la ayuda del esposo, se levantan los pies y las caderas de la paciente que yace en posición supina, con la cabeza colgando y apoyada solamente en la parte superior de la espalda, y se efectúan movimientos de las piernas (al igual que los que se ejecutan al final de la manteada) que procuran la reubicación de los órganos. El tratamiento incluye también la ingestión de un frasco de *Compuesto vegetal* y otro de *Elíxir de Virginia* (dos preparados que se adquieren en las farmacias o en las tiendas de productos naturistas), tres veces al día, hasta terminarlos. La paciente debe yacer en cama, sin almohada, reposando durante cuarenta días, al término de los cuales se la baña nuevamente con agua de romero (para una descripción de los distintos tipos de baños, véanse las págs. 53, 61, 62, 68 y 69).

La complejidad misma del tratamiento reclama un comentario particularizado: en primer lugar, pese a que se la enuncia como una terapia destinada a quitar la "frialidad", las distintas operaciones contempladas en cada fase muestran que la terapeuta supone la existen-

cia de un *proceso inflamatorio* (de allí la prescripción del aceite de belladona, reconocido popularmente como desinflamante en la medicina tradicional de América y de Europa) y un *desplazamiento* de los órganos que intervienen en la reproducción. Otro factor relevante es la presencia de elementos de distinta procedencia que se han sincretizado: al lado de baños (como el de temazcal) con un claro origen mesoamericano, se administran aceites de la farmacopea popular europea (aceite de almendras, romero o de azahar). La información científica existente sobre los aceites esenciales y su uso terapéutico, es indicativa de la presencia en ellos de sustancias bacteriostáticas y desinflamantes, entre otras*. Un tercer elemento que debe destacarse es la recomendación de que la mujer descanse por un periodo de cuarenta días, contribuyendo con ello a mejorar su estado general, factor más significativo aun si se piensa en el intenso trabajo femenino en las áreas rurales. Finalmente, señalemos que muchas de las plantas empleadas en este tratamiento constituyen vegetales prescritos con mucha frecuencia en la medicina tradicional para atender trastornos de la esfera de la reproducción femenina, como es el caso de la hierba de San Francisco o el romero. La mayor parte de los aceites empleados por las parteras y mencionados anteriormente se adquieren en las farmacias y boticas de los pueblos, excepción hecha del aceite de huevo que se prepara colocando en un cascarón de huevo criollo (es decir, el huevo de gallinas criadas en el ámbito doméstico) la parte correspondiente a la yema, calentando a la lumbre sin permitir que hierva y aplicándolo una vez que haya tomado consistencia de aceite.

Enjundia

Enjundia, injundia o infundia son términos frecuentes en muchos países de habla hispana, empleados para designar la grasa que se encuentra recubriendo los órganos en el interior del abdomen de las aves. Las enjundias de gallina o guajolote son muy usadas en diversos tratamientos, generalmente en forma extensa, solas o formando parte de complejas preparaciones con plantas medicinales; en este último caso, la enjundia actúa como solvente de los aceites esenciales contenidos en los vegetales. En algunos lugares, enjundia designa genéricamente las grasas o "sebos" animales que se utilizan con fines terapéuticos.

Un segundo tipo de tratamiento se administra en los casos en que se ha diagnosticado que la esterilidad es debida a la "matriz caída", trastorno que tiene como causas el cargar cosas pesadas y la falta de cuidados en el postparto (no haberse fajado, no haber guardado el reposo prescrito después del parto o el haber tenido relaciones sexuales antes de concluir la cuarentena). Estas causas impiden que el producto se fije, siendo muchas veces expulsado sin que la paciente advierta que ha sido fecundada. A las personas que están "flojas" de ovarios o de la cintura se les aplica esta misma terapia. A semejanza del tratamiento anterior, en los recomendados para la "matriz caída" la paciente toma baños con plantas medicinales, recibe sobadas con aceites de plantas medicinales y guarda reposo. Difieren, en

* Véase recuadro en la pág. 60.

Los aceites esenciales

Son mezclas complejas de sustancias altamente volátiles, entre las que destacan los compuestos químicos de la clase de los terpenos. Algunas familias botánicas, como las labiadas, las rutáceas, las pináceas, las umbelíferas, las mirtáceas, las compuestas y las liliáceas son especialmente ricas en estos aceites.

Las propiedades terapéuticas, documentadas, de los aceites esenciales son:

- Citofiláticas
- Cicatrizantes
- Bactericidas
- Bacteriostáticas
- Antivirales
- Antifermentativas
- Espectorantes
- Antidepresivas
- Sedativas
- Eupécticas
- Antiinflamatorias

cambio, en el tipo de maniobra manual que realiza la terapeuta, la cual consiste en introducir en la vagina un algodón empapado en aceites tibios, realizando movimientos rotatorios y empujando el cuello de la matriz hacia arriba para lograr su correcta reubicación. Los aceites empleados por las parteras en este tratamiento son: aceite de manzanilla, de arrayán y de siete flores, todos adquiridos en las farmacias. Asimismo, la paciente debe permanecer fajada durante todo el tiempo que dura el reposo. Muchas de las terapeutas acostumbran, además, realizar la operación que practica la partera para el tratamiento anterior, es decir, levantar y mover las piernas de la paciente, que se encuentra en posición supina, con movimientos rítmicos destinados a contribuir al acomodamiento de los órganos reproductores. De la misma manera, la información de campo registró algunas variantes en el número y tipo de plantas medicinales empleadas en los baños que toma la paciente, siendo la más comunes la hierba de San Francisco, el romero, la hierba dulce (*Lippia dulcis*), el pericón (*Tagetes lucida*) y la damiana (*Turnera diffusa*). Las características del método terapéutico empleado permiten suponer la existencia de un prolapso uterino acompañado de inflamación y —si se piensa en las propiedades de los vegetales administrados— de alteraciones en el ciclo menstrual.

El tercer grupo de tratamientos que se registraron al entrevistar a estas parteras procura remediar la esterilidad debida a la inflamación de los ovarios. El proceso inflamatorio tiene como causa el exceso de frío o de calor, y la paciente presenta fuertes dolores —“como de parto”— al reglar. Cuando la inflamación es debida al frío, el tratamiento tiene como objeto hacer desaparecer el flujo que, originado por aquel, provoca los malestares descritos anteriormente. El principio general que rige las terapias recomendadas por las parteras para este padecimiento es el de eliminar el frío que inflama los ovarios, prescri-

biendo ventosas y masajes en la región abdominal; estos últimos se administran con aceites de romero, manzanilla y azucena, o bien con pomada de belladona. La terapia va acompañada de la ingestión de un té de plantas medicinales, cuyo componente más importante es el cihuapatli o zoapatle, además de raíz de zarzamora (*Rubus* sp.) u hojas de hierba dulce. Si la inflamación de los ovarios es debida al calor, la paciente recibe una cataplasma sobre el abdomen preparada con hierba santa (*Dorstenia contrajerba*) y jarilla (*Senecio salignus*), mezcladas con manteca de cerdo. La partera faja a la paciente dejando sobre el abdomen el emplastro mencionado, cambiándolo cada tercer día y aconsejándole no bañarse durante los ocho días que dura la cura.

Procedimientos hidroterapéuticos

El temazcal

De origen prehispánico, distribuido en amplias zonas del área mesoamericana, subsiste hoy en los lugares fríos y semifríos del país. En Morelos se lo encuentra en las zonas altas, como el municipio de Tetela del Volcán, y en aquellas poblaciones que conservan una fuerte raigambre indígena. Generalmente de forma semiesférica —se pueden encontrar algunos rectangulares, semejantes a una habitación muy pequeña—, de una altura no superior a 1.5 m, con una entrada por la que sólo puede introducirse una persona a la vez, hincada o gateando, y capaz de albergar, en la mayor parte de los casos, a no más de dos o tres sujetos (generalmente el paciente y la curandera que ejecuta el tratamiento). A 90° de la puerta se encuentra un receptáculo separado del baño mediante una piedra porosa, donde se enciende la leña que calienta al temazcal. El paciente y la terapeuta entran al baño ya caliente, el cual contiene entre otros artículos el recipiente con la decocción de plantas medicinales que utilizará el enfermo para lavar su cuerpo, después de transpirar durante un lapso de tiempo cuya duración es determinada por la curandera. Una de las prácticas que la terapeuta ejecuta en este tipo de baño es la de “hojear” al sujeto, es decir, golpear enérgicamente y repetidas veces el cuerpo del enfermo, especialmente aquellas zonas más comprometidas por la enfermedad (las articulaciones en los padecimientos reumáticos, el abdomen y los genitales en el caso de la púérpera) con un ramo bastante compacto de hojas de zapote blanco, cebolleja, maíz o capulín. Este “hojeo” contribuye aun más a que la sudoración se intensifique. Terminado el baño, el paciente cubre muy bien su cuerpo, ingiere un té de plantas medicinales o de frutas cocidas, y procura reposar o dormir.

No existen trabajos científicos que estudien los efectos terapéuticos del temazcal, aunque sí una abundante literatura moderna sobre los procesos de absorción transdermal de aceites esenciales volátiles como los que se encuentran en este tipo de baño. La mayor parte de la bibliografía existente ha sido concentrada en el estudio de los restos arqueológicos, su distribución y usos actuales, etc., sobresaliendo los trabajos de Gabriel Moedano, los cuales se mencionan en la bibliografía.

Es necesario señalar que en la medicina tradicional del Estado de Morelos, la manteca de cerdo es una sustancia de calidad fría, a diferencia de lo que ocurre con la mayoría de los sebos animales, los que son de calidad caliente.

La información de campo sobre las terapias para corregir la esterilidad producida por inflamación de los ovarios, muestra variaciones entre las prácticas del mismo grupo de parteras, debidas en gran medida a su contacto —irregular, como se dijo antes— con los programas de entrenamiento de la medicina institucional. Por ejemplo, pudimos registrar tratamientos en los que junto a los procedimientos descritos anteriormente se agregan medicamentos de patente. Muchas veces la paciente recibe simultáneamente un té de zoapatle y hierba dulce, y una inyección de Ovaritol o Cuerpo Amarillo, que las parteras adquieren en las farmacias.

El análisis de los síntomas generales que se denuncian bajo la denominación de “ovarios inflamados” lleva a concluir que probablemente nos encontramos en presencia de dismenorrea, de allí la importancia de los tratamientos en que se aprovechan las propiedades farmacológicas de los aceites esenciales de varios de los vegetales empleados: es sabido que la manzanilla contiene azuleno, substancia de reconocidos efectos antiinflamatorios, antisépticos y antiespasmódicos; el aceite esencial de romero es rico en ácido ursólico, una de cuyas características importantes es la de ser antiinflamatorio y alcanfor (que actúa como analgésico), además de otras sustancias de rápida absorción transdermal. En general, estos aceites penetran con facilidad a través de la piel, pero su absorción es aun mucho más rápida cuando se trata de mucosas, como en el caso de las aplicaciones que se realizan por vía vaginal, razón por la cual el efecto analgésico que se busca en los casos de dismenorrea y matriz caída se ve facilitado por los mecanismos de la absorción transdermal. Como

Procedimientos hidroterapéuticos

El torito

El “torito” —al que en algunos lugares llaman también “toldo”— es un tipo de baño de vapor que se acostumbra en las zonas cálidas del Estado de Morelos, adyacentes al Estado de Guerrero. Se trata de una construcción muy baja, alargada, improvisada con ramas o carrizos, dentro de la cual puede permanecer una persona acostada. Sobre el piso, en uno de los extremos del área cercada por la enramada se colocan piedras calientes sobre las cuales se vierte agua luego de haber cubierto la estructura con mantas para propiciar la concentración del calor y del vapor de agua. Dependiendo del tipo de terapia que esté recibiendo, el paciente puede permanecer con la cabeza dentro o fuera del “torito”. El enfermo yace acostado sobre un petate; sobre las piedras puede colocarse un recipiente en el que hierven distintas plantas medicinales y que impregnan la atmósfera del baño con sus aceites volátiles. En ocasiones, las piedras calientes son vertidas dentro del recipiente que contiene el agua y las plantas, produciéndose así abundante vapor. En ciertos tratamientos, la terapeuta también entra al “torito” para “hojear” al enfermo, de forma semejante a la técnica empleada en el temazcal.

puede verse, el tratamiento está encaminado simultáneamente a lograr, por un lado, una acción espasmolítica y antiinflamatoria que se consigue con la aplicación de preparados ricos en aceites esenciales y, por otro, a incidir sobre el ciclo hormonal mediante la administración de zoapatle, Ovaritol y Cuerpo Amarillo. Recordemos que, desde el punto de vista médico, la dismenorrea puede deberse a: anormalidades en la contracción uterina, espasmo-vascular uterino, obstrucción que impida la salida libre de la sangre menstrual y factores emocionales, y que los tratamientos incluyen medicamentos con propiedades analgésicas, antiespasmódicas y, en casos severos, hormonas tales como estrógenos y progestágenos para inhibir la ovulación.

El último grupo de tratamientos está constituido por aquellas terapias encaminadas a corregir el “óvulo escaso”. Generalmente, las causas de este padecimiento son atribuidas a una alimentación deficiente, exceso de sangrado menstrual durante la adolescencia o bien a desarreglos hormonales propios de cada persona. Las parteras recomiendan “tomar vitaminas” o “suero vitaminado”. Asimismo, es frecuente que prescriban el uso de tónicos para mejorar el estado general: por ejemplo, una infusión de hoja sen (*Senna angustifolia*), rosa de Castilla (*Rosa gallica*) y “té de la abuela” (preparado de diferentes vegetales que se adquieren en tianguis y mercados), de la cual se prescriben tres tomas diarias por un periodo que va de uno a tres meses. Las parteras aconsejan a sus pacientes que “tomen sol y descansen, para que los óvulos les proliferen”.

Resulta evidente que estas terapias están encaminadas a corregir estados nutricionales deficientes que afectan la fertilidad de la mujer, de allí la prescripción de vitaminas e infusiones a base de rosa de Castilla y de otros vegetales ricos a su vez en Vitamina C, cuyo efecto antianoréxico es conocido. Hasta aquí, un resumen de los tratamientos prescritos por las parteras tradicionales.

Como dijimos anteriormente, la *partera empírica capacitada* concibe la esterilidad conforme a los patrones médicos académicos que le han sido comunicados en sus cursos de capacitación. Resulta significativo que, pese a que los programas de entrenamiento no prevén que la partera atienda los casos de esterilidad, su práctica se extiende también a este campo. La información recogida en las entrevistas con las parteras de este grupo muestra una resistencia notable a derivar este tipo de pacientes con el ginecólogo, situación centrada alrededor del problema del pudor que opera como un freno a la consulta médica, especialmente si la mujer no se encuentra embarazada. Puede decirse que en estas circunstancias el sistema de valores se manifiesta alrededor de la sexualidad y no de la maternidad*.

El problema de la esterilidad masculina —deseada o no deseada— presenta ciertas peculiaridades que es necesario comentar con algún detalle, no sólo por las repercusiones que

* Mecanismo que se evidencia, por lo demás, en las circunstancias específicas de una investigación como la llevada a cabo por nosotros, en donde las dificultades para lograr la información varían sensiblemente conforme al sexo y a la situación del investigador. El hecho de que una de las investigadoras de campo del equipo estuviera embarazada, permitió obtener cierto tipo de información que, en otras circunstancias, muy probablemente no se hubiera logrado. Esta cuestión reactualiza el problema planteado por Devereux a propósito de los mecanismos de contratransferencia en la investigación en ciencias sociales, como se aclaró al tratar los problemas de método.

el hecho puede tener en el fenómeno de la reproducción en general, sino por las implicaciones ideológicas que posee. Digamos de paso que tanto a nivel de los datos de campo como en los materiales bibliográficos sobre fecundidad, la información es mucho más escasa que la que se dispone para el estudio de la esterilidad femenina, considerada en el medio rural como la esterilidad típica. Por otra parte, no puede pasar inadvertido el hecho de que los métodos anticonceptivos masculinos recomendados por las instituciones de salud no sólo son mucho menos numerosos, sino que se han comenzado a implementar en fechas más recientes que los usados para lograr la anticoncepción femenina. A nivel popular, al menos en las zonas por nosotros estudiadas, las opiniones frente a los casos de esterilidad masculina comprobada resultan mucho más benévolas que las que se vierten cuando la estéril es una mujer.

La constatación de la esterilidad masculina se logra a partir de dos tipos de observaciones: en una pareja sin hijos, en la que la mujer ha realizado una serie de tratamientos o ha sido sometida a exámenes que parecen mostrar su aptitud para concebir, puede presumirse que es el hombre el que padece la esterilidad; en estos casos, difícilmente la esterilidad masculina es considerada como una posibilidad *a priori*, razonamiento que parte del hecho de dar por sentado que el varón es “naturalmente fértil”; el otro caso, que deja menos lugar a la especulación, ocurre cuando una mujer —soltera, viuda o separada— ya posee hijos e inicia una nueva relación que resulta infecunda. En este caso, la mujer “ha probado” que puede concebir, a resultas de lo cual la esterilidad masculina parece ser un hecho indiscutible.

¿Cuáles son los elementos de juicio sobre los que se basan las opiniones sobre la esterilidad masculina? Digamos que, en general, la prueba fehaciente de que el hombre es “naturalmente fértil” está basada en un elemento de observación muy primario: al eyacular, el hombre “saca”, muestra el producto que le permite fecundar. Es decir, la eyaculación provee del dato “objetivo” sobre el que se elabora el concepto de fertilidad; en la medida en que el semen es un elemento concreto, todo el conjunto de opiniones se articula alrededor de una lógica, por decirlo así, “fisiologista”. La falta de un testículo, el recuerdo de haber padecido paperas en la infancia o la “debilidad” (elemento que se vincula al ya mencionado concepto de “naturaleza”) se convierten también en las pruebas “objetivas” de la esterilidad. Expresiones como “el germen está aguado”, el hombre “está anémico”, “le falta calcio”, “tiene naturaleza poco maciza”, “está con la cadera floja”, se asocian o expresan la idea general de debilidad: “Un hombre en este estado se reconoce por su rostro descolorido, su falta de apetito, su delgadez y su falta de ánimo para trabajar”. Naturalmente, en estos casos el impedimento es considerado como transitorio, y los tratamientos están destinados a volver “maciza su naturaleza”, a restablecer en el sujeto su capacidad para fecundar. Un tratamiento tradicional, registrado en Hueyapan, detalla las siguientes operaciones: la terapeuta procura en un primer momento “desinflamar” los órganos internos del sujeto, mediante masajes con diferentes hierbas: floripondio, hojas de mirto de flor roja y de flor azul (dos variedades de *Salvia microphylla*), cogollos de naranjo, hojas de retama y ramas de hinojo; estas hierbas se maceran y se rocían con alcohol y con polvo de clavo. Después de administrado el masaje, la curandera realiza el diagnóstico valiéndose del método tradicional consistente en frotar un huevo de gallina por el cuerpo del paciente y observar sus características al verter su contenido en un vaso con agua, procediendo luego a realizar la operación siguiente que tiene por objeto “estirarle

los tendones para acomodarle los huesos de la columna”: el hombre, colocado de pie con las manos detrás de la cabeza, y los codos cerca del rostro, es levantado varias veces por los codos, por otro hombre que se encuentra situado a sus espaldas. “Este ejercicio es muy importante por su eficacia, ya que después de dos o tres curaciones el enfermo comienza a adquirir color y a tener apetito, con lo que pronto se recupera”. Otro tratamiento registrado entre parteras tradicionales consiste en dar de beber al paciente, durante varios días, té de epazote (*Chenopodium ambrosioides*); debido al efecto desparasitante de esta planta podría sospecharse que la debilidad se asocia aquí a problemas gastrointestinales. Las alusiones a la falta de “calcio” o de “vitaminas” en los pacientes que no pueden fecundar por “debilidad”, son muy frecuentes entre las parteras más aculturadas, razón por la cual los tratamientos consisten en prescribir vitaminas, excepto en aquellos casos en los que se ha diagnosticado “cadera floja” o “testículo montado”. Los tratamientos son administrados en estos casos por el *sobador** más que por las parteras o curanderas. El paciente es colgado por los pies y en esta posición se le aplica un masaje con aceites calientes (generalmente preparados de plantas medicinales que se adquieren en las farmacias y boticas), desde la planta de los pies hasta la ingle, especialmente en los ganglios de esa región. Terminada esta operación, que puede repetirse a los quince días, el individuo debe guardar reposo absoluto durante ocho días, evitando exponerse al frío o a los cambios bruscos de temperatura; mientras permanece en reposo, su cuerpo está fajado, especialmente en la región abdominal.

Sobador

Terapeuta de la medicina tradicional de México y de otros países de América Latina que presta sus servicios tanto en las áreas rurales como en el medio urbano, y al que la comunidad reconoce la capacidad de curar diversas afecciones mediante masajes o “sobadas”. En algunos lugares, el sobador es llamado para que “pala-dee” al recién nacido que padece caída de la mollera; en esta circunstancia el sobador efectúa masajes sobre la bóveda palatina, como parte de un antiguo tratamiento destinado a corregir la depresión de la fontanela. Su campo de actividad comprende, además, la realización de maniobras manuales en los tratamientos para corregir la esterilidad masculina, en la cura de afecciones dolorosas músculo-esqueléticas, principalmente. En algunos lugares de México, “sobador” y “huesero” son términos sinónimos.

Debe subrayarse el hecho de que el número, variedad y frecuencia de los tratamientos para la esterilidad masculina es sensiblemente menor al de los prescritos para la esterilidad femenina, fenómeno en el que se encabalgan dos tipos de factores: el primero está referido a los trastornos gineco-obstétricos —y no solamente a la esterilidad de la mujer— que, como es sabido constituyen un problema de salud pública mucho más importante que los trastornos masculinos, como resultado de los riesgos físicos y psíquicos que resultan del embarazo, del parto distócico y del aborto o de la carga de trabajo aun durante la preñez: es

* Las características de este terapeuta de la medicina tradicional se encuentran referidas en el recuadro de esta página.

decir, del gasto de la mujer en la “inversión conyugal”, según la expresión de Pierre Van Den Berghe⁸. El otro factor se refiere a toda una estructura ideológica con neto predominio del varón, que lleva incluso a que en muchos de los grupos humanos del área rural el niño, y no la niña, sea quien goce de mejores cuidados en la alimentación, indumentaria, educación y, en fin, en la libertad que la familia y la sociedad le confiere.

Esta estructura, en la que pesa la doble herencia indígena y española, conserva gran parte de su vigor en los estratos más bajos de la población, pero no únicamente allí, como lo prueban numerosos estudios recientes sobre la condición de la mujer mexicana, tanto en las épocas prehispánicas y coloniales como en el presente⁹.

En el ámbito más particularizado de las terapias para corregir la esterilidad, es necesario hacer referencia a dos tipos de prescripciones comunes en ciertas localidades del Estado de Morelos: el consumo de la decocción denominada *patlaposo** y el empleo de procedimientos hidroterapéuticos como el temazcal, el torito y la tina, es decir, “los baños”. El *patlaposo* es empleado tanto en los casos de esterilidad femenina como masculina (así como en muchas otras situaciones, como se verá en los capítulos subsiguientes), mientras que los baños se prescriben fundamentalmente para la esfera de problemas de la mujer. No existen estudios particularizados que den cuenta de la antigüedad del *patlaposo* dentro de la medicina tradicional de Morelos, y las referencias más completas pueden encontrarse en Castañeda y Guadrón para Tepoztlán; esta compleja preparación incluye vegetales oriundos de México y otros seguramente incorporados en épocas posteriores a 1521. El nombre

8. Van Den Berghe, Pierre L.: *Sistemas de la familia humana. Una visión evolucionista*, México, FCE, 1983, pág. 35: “Un concepto central en los sistemas de apareamiento y reproducción es el de *inversión conyugal*, es decir, la contribución (con frecuencia mejor medida en términos de energía) que los cónyuges hacen para la adaptación de los hijos.”
9. Entre muchos otros textos que podrían mencionarse, véanse: Barbieri, Teresita de: *Mujeres y vida cotidiana*, México, SEP/80-FCE, 1984; Giraud, François: “De las problemáticas europeas al caso novohispano: Apuntes para una historia de la familia mexicana”, en: Vs. As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, SEP/80-FCE, 1982, págs. 56-80; López Austin, Alfredo: “La sexualidad entre los antiguos nahuas”, en *Ibid.*, págs. 141-176; Gruzinski, Serge: “La ‘conquista de los cuerpos’. Cristianismo, alianza y sexualidad en el altiplano mexicano: Siglo XVI”, en *Ibid.*, págs. 177-206; Alberro, Solange: “La sexualidad manipulada en Nueva España: modalidades de recuperación y de adaptación frente a los tribunales eclesiásticos”, en *Ibid.*, págs. 238-247; Muriel, Josefina: *Recogimientos de mujeres*, México, UNAM, 1974; Báez-Jorge, Félix: “La mujer zoque: pasado y presente”, en: Villa Rojas, A. et al.: *Los zoques de Chiapas*, México, SEP-INI, 1975, págs. 239-259; Rita, Carla: “Concepción y nacimiento”, en: Signorini, I. et al.: *Los huaves de San Mateo del Mar, Oaxaca*, México, INI, 1979, págs. 263-314; Díaz Ronner, Lucila y María E. Muñoz Castellanos: “La mujer asalariada en el sector agrícola”, en: Vs. As.: *La mujer y el desarrollo (III) Mujer y estructura productiva*, México, SEP-Diana, 1982, págs. 163-179; Young, Kate: “Economía campesina, unidad doméstica y migración”, en *Ibid.*, págs. 181-213; Arispe, Lourdes: “Mujeres migrantes y economía campesina: análisis de una cohorte migratoria a la Ciudad de México, 1940-1970”, en *Ibid.*, págs. 215-246; Barbieri, M. Teresita de: “Notas para el estudio del trabajo de las mujeres: El problema del trabajo doméstico”, en *Ibid.*, págs. 303-317. Muchos estudios recientes han sido producidos por grupos de investigadoras como las del PIEM (Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer), de El Colegio de México y de la revista FEM.

* Véase el recuadro de la pág. 67.

El patlaposo

La receta que a continuación damos, la cual nos fue proporcionada por parteras del barrio de Santa Cruz en Tepoztlán, es una de las más extensas recogidas en el curso de esta investigación; consta de 19 plantas que se van hirviendo de acuerdo a su calidad fría o caliente. Queremos subrayar el hecho que, seguramente, no se trata de una receta completa ya que la población guarda una serie de secretos en cuanto a la totalidad de sus componentes y los detalles de su preparación.

Barbasquillo	<i>Dioscorea floribunda</i>
Betónica	<i>Lepechinia spicata</i>
Cañafistula	<i>Cassia fistula</i>
Cirián	<i>Crescentia alata</i>
Cocolmea	<i>Smilax cordifolia</i>
Flor de Pascua	<i>Euphorbia pulcherrima</i>
Gordolobo	<i>Gnaphalium semiamplexicaule</i>
Lechuguilla	<i>Agave americana</i>
Malva	<i>Malva parviflora</i>
Paretaria	<i>Parietaria pensylvanica</i>
Palo de tres costillas	<i>Serjania triquetra</i>
Palo dulce	<i>Eysenhardtia polystachya</i>
Pingüica	<i>Arstostaphylos pungens</i>
Quina amarilla	<i>Cinchona ledgeriana</i>
Quina roja	<i>Cinchona succirubra</i>
Sanguinaria	<i>Ephedra compacta</i>
Tianguispetetla	<i>Alternanthera repens</i>
Yolochíchitl	<i>Eupatorium collinum</i>
Raíz blanca	?

indica que se trata de un preparado con propósitos terapéuticos (de “patli”, remedio o medicina, y “poso”, hervido, según la etimología proporcionada por los informantes). La preparación se realiza hirviendo durante mucho tiempo —entre diez y doce horas— un grupo numeroso de plantas, que puede llegar hasta ochenta. Cada terapeuta puede modificar la receta, empleando más o menos plantas; el carácter excepcional de esta decocción deriva no sólo de la cantidad de sustancias que contiene, sino de su costo y dificultades para prepararla. En efecto, las plantas se adquieren en una sola oportunidad durante el año en el mercado regional de Tepalcingo, el segundo martes de Cuaresma. El tratamiento consiste en beber durante tres o cuatro días el *patlaposo*, a razón de un litro diario (a mediados de 1987, cuando se recogió la información de campo, el costo de los tres litros era de \$ 10 000.00, mientras que el salario mínimo diario en Morelos para las mismas fechas era de 3 045 pesos). El *patlaposo* no es consumido en la totalidad del estado, circunscri-

Procedimientos hidroterapéuticos

El baño de vapor

Es una de las formas más simples de la hidroterapia, ya que no requiere de instalaciones o aditamentos especiales. Este baño generalmente se improvisa en las cercanías del lecho del enfermo: se coloca una silla, sentándose el paciente en el borde de la misma; debajo se coloca un recipiente grande con una infusión muy caliente de plantas medicinales. El enfermo, la silla y la fuente de vapor son cubiertos con una gruesa cobija, generándose así una atmósfera que permite aprovechar los efectos terapéuticos del vapor y de los aceites esenciales de los vegetales de la infusión. El enfermo permanece expuesto al vapor por un periodo no inferior a media hora. En ocasiones se coloca el recipiente con las plantas y el agua, y dentro de él se vierten piedras muy calientes.

biéndose su empleo a la región de Tepoztlán¹⁰. El tratamiento concluye con la administración de un baño de temazcal que se prescribe al paciente al término de la ingesta de la decocción.

La presencia de la hidroterapia en procesos vinculados a la esterilidad, en el postparto y en el puerperio —en algunas regiones de Morelos existen parteras que prescriben su empleo incluso durante el embarazo—, forma parte de una tradición antigua, consolidada muchos siglos antes de la llegada de los conquistadores españoles¹¹. En la actualidad pueden distinguirse en Morelos cuatro tipos diferentes de baños, siendo el temazcal el más usado en el tratamiento de la esterilidad. Como se señaló al hablar de las terapias para la esterilidad femenina, el uso de los baños es complementario de las maniobras manuales y de la ingestión de infusiones y decocciones de plantas, vitaminas u otros remedios de patente. Las acciones del terapeuta están destinadas a aprovechar las propiedades terapéuticas del vapor de agua y de las plantas medicinales con las que el paciente se baña y cuyos aceites esenciales volátiles impregnan la atmósfera en el interior del temazcal, favoreciendo la absorción transdermal de numerosas sustancias benéficas y farmacológicamente activas. Además de los recuadros explicativos de las características físicas y de las formas de uso de los cuatro tipos de baños, hemos incluido uno, con un listado en el que aparecen las propiedades terapéuticas documentadas en la literatura químico-farmacológica de los aceites esenciales contenidos en las plantas allí empleadas. Cabe señalar que mientras el temazcal es un baño característico de las regiones frías del estado, cuya construcción y funcionamiento es más costosa y compleja, el torito es más sencillo y se encuentra más difundido entre las poblaciones vecinas al Estado de Guerrero. Finalmente, el baño de tina y el

10. Castañeda Camey, Xóchitl y Gladys, Guadrón Castro, *op. cit.*, págs. 239 y ss.

11. Cfr. Moedano, G.: "El temazcal, baño indígena de vapor", en Lozoya, X. y C. Zolla: *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios, 1983, págs. 279-303.

de vapor se emplean en casi todo el estado; el primero se asemeja a un baño higiénico normal, con la diferencia de que aquí se emplean cocimientos de plantas medicinales para lavar el cuerpo del paciente.*

Procedimientos hidroterapéuticos

El baño de tina

Se denomina así a un tipo de baño que, a diferencia de los anteriores, no aprovecha las propiedades del vapor de agua sino las de la infusión de plantas medicinales, en la cual se sumerge al enfermo. La "tina" es cualquier contenedor de barro, metal o plástico en donde el paciente se sienta con el agua caliente cubriéndole todo el cuerpo. Generalmente en este tipo de baño, el cuerpo del enfermo es "tallado", es decir, restregado con las mismas plantas con que fue preparada la infusión. A semejanza de los baños descritos antes, al concluir la sesión hidroterapéutica el paciente cubre bien su cuerpo y se tiende a reposar.

La información expuesta hasta aquí está referida a lo que hemos denominado genéricamente como *esterilidad no deseada*, tanto femenina como masculina; pasemos ahora a considerar el cuerpo de conceptos, creencias y prácticas acerca de la *esterilidad deseada*, y la percepción de este fenómeno dentro de las parteras tradicionales, de las empíricas adiestradas y de las no adiestradas, así como los procedimientos empleados por hombres y mujeres para evitar la fecundación.

Como vimos en el capítulo anterior, en la actualidad existe un comportamiento diferencial en las mujeres de las áreas rurales respecto de la fecundidad, y una influencia creciente de la planificación y el control natal. Obviamente, la mayor parte de los estudios dedicados a este tema analizan las prácticas anticonceptivas modernas, basadas esencialmente en el empleo de anticonceptivos orales e inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) y técnicas quirúrgicas (como la salpingoclasia). Escasa o nula referencia se encuentra en ellos a métodos abortivos y anticonceptivos tradicionales, en parte debido a que centran su atención en las prácticas derivadas de las campañas de planificación familiar actuales, y en parte a que la información sobre estos temas en la medicina tradicional sigue siendo escasa.

Quizás el método más antiguo para evitar la preñez en las etapas inmediatamente posteriores al parto sea el de prolongar la lactación hasta que el niño ha cumplido dos, tres e, incluso, cuatro años. La explicación de este hecho radica en que "la succión estimula la secreción de prolactina, y también parece inhibir la secreción de FSH (hormona foliculoestimulante) y LH (hormona luteinizante). Se retrasa la ovulación y la secreción de

* Véanse los recuadros de la pág. 68 y el de esta página.

estrógenos y progesterona disminuye notablemente. Se desconoce el mecanismo que determina la inhibición de la secreción de FSH y LH en una mujer que amamanta, aunque alrededor del 50 por 100 de estas mujeres no ovulan hasta que el niño es destetado”¹². En los informes de campo las parteras señalan conocer la existencia de este fenómeno, y recuerdan que sus madres y abuelas lo conocían y/o practicaban, al igual que muchas de las mujeres campesinas de hoy. Se acota, sin embargo, que no se trata de un método seguro, pero que el hecho mismo de que la lactancia materna se prolongue hasta por periodos de veinticuatro o treinta y seis meses, contribuye a lograr cierto control de la natalidad. Algo semejante se declara a propósito de la posibilidad de recurrir al ritmo (es decir, a propiciar el contacto de la pareja sólo en aquel momento del ciclo en que la mujer es infértil), aclarándose que se trata de un procedimiento sumamente incierto, por lo que no es recomendable. Señalemos de paso que la posibilidad de recurrir al ritmo es una idea presente en las parteras que han recibido entrenamiento institucional, y que en los otros grupos de terapeutas no se encontraron referencias que pudieran hacer pensar en su conocimiento. Algo semejante puede afirmarse de los tratamientos herbolarios anticonceptivos, los que resultaron sumamente escasos (a diferencia de los abortivos, muchos de los cuales se encuentran reportados desde hace tiempo en la literatura etnobotánica y antropológico-médica)¹³. Podría afirmarse, en suma, que la mayor parte de los conocimientos sobre anticoncepción aparecen concentrados en el saber de las parteras empíricas adiestradas o en aquellas que han tenido un contacto mayor con la medicina institucional, y que, por el contrario, las técnicas de las parteras tradicionales tienden más bien a favorecer la fertilidad y la concepción de mujeres y hombres, antes que a propiciar la planificación familiar y el control natal, y ello tanto por razones derivadas de necesidades prácticas de carácter económico como por la influencia de factores culturales e ideológicos.

Las parteras empíricas adiestradas participan activamente en la promoción de los diferentes métodos de control de la natalidad como parte de los programas gubernamentales de planificación familiar. Estas terapeutas realizan una constante labor de difusión entre sus pacientes cuando son requeridas en la consulta, ya sea para control del embarazo o para la atención del parto. Durante esas consultas, la partera, después de averiguar el número de hijos que posee la paciente, comenta las ventajas de la planificación familiar, tanto para la salud de la mujer como para la de los hijos, y aconseja el uso de alguno de los métodos anticonceptivos. En general, si el número de hijos de la paciente es cuatro o más, la partera sugerirá la esterilización definitiva; en cambio, si es menor de cuatro, recomienda esperar un tiempo razonable antes de concebir nuevamente, permitiendo de ese modo una buena recuperación del organismo y la posibilidad de brindar una mejor atención al recién nacido y al resto de los niños.

La mayoría de las mujeres que controlan su fertilidad en las zonas encuestadas lo hacen mediante la ingesta de píldoras anticonceptivas que adquieren en las farmacias o que reciben de manos de la partera. Aunque por regla general la entrega de anticonceptivos por parte de la partera es sin costo, algunas de ellas solicitan una retribución moderada (300 pesos al momento de realizarse la encuesta). La provisión de anticonceptivos que la partera recibe de la institución a la que se encuentra vinculada varía en función de la cantidad

12. Jensen, David: *Fisiología*, México, Interamericana, 1979, pág. 1119.

13. Véase, por ejemplo: Quezada, Noemí: “Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales”, *Anales de Antropología*, México, UNAM, Vol. XII, 1975, págs. 223-242.

de mujeres usuarias que ella tiene registrada; generalmente en la sesión en la que ella recibe este material informa de nuevos ingresos al programa de planificación familiar. En los registros de campo se observan opiniones concordantes y homogéneas acerca del uso de los anticonceptivos orales; en general, se piensa, las pastillas que entregan los Servicios Coordinados de Salud del estado ("Salubridad", dicen las terapeutas) no provocan reacciones secundarias, como las que entregaba antes el Programa IMSS-COPLAMAR (un compuesto de Noretindrona y Etinilestradiol, Clave 3502 del IMSS). Las que reciben en la actualidad (veintiuna pastillas blancas y siete de color rojo; estas últimas, dicen las parteras, contienen hierro; señalemos de paso que se trata de un producto importado de los Estados Unidos, sin identificación de su contenido), al igual que las anteriores, no sólo evitan la concepción sino que dificultan la preñez incluso después de haber sido suspendido su uso, factor que muchas mujeres consideran como nocivo. Adicionalmente, "la píldora hace engordar y provoca que aparezcan manchas en la cara", conocidas popularmente como "pañó". Otro de los métodos empleados —que va cayendo en desuso por influencia de los programas institucionales, y por haber sido desplazados por las pastillas— es el de los anticonceptivos inyectables¹⁴, particularmente la Noretindrona que el IMSS distribuía hasta hace poco tiempo, bajo la Clave 3503, los que se colocan por vía intramuscular al séptimo día del inicio de la regla, cada dos meses. Digamos de paso que las usuarias que prefieren este método son mujeres mayores de 30 años de edad y que ya no desean tener más hijos; las parteras señalan que las inyecciones de este tipo provocan alteraciones en la regla (generalmente retrasos en el mes posterior al de la administración), y en su opinión —que es la misma de muchas de las usuarias, lo que podría explicar su preferencia entre las mujeres maduras— puede conducir a la esterilidad permanente, ya que es el que presenta mayores dificultades a una ulterior preñez.

Algunas de las pacientes optan por el dispositivo intrauterino (DIU), el que se coloca durante la menstruación; ninguna de las parteras consultadas realiza esta operación, sino que acompaña a sus pacientes a las clínicas institucionales, a pedido de aquellas. El servicio es gratuito. Las usuarias de métodos anticonceptivos de las regiones del sureste del estado que fueron incluidas en este estudio, manifestaron una preferencia por el DIU sobre el resto, en razón de que "es permanente, seguro y la protege a una; no ocurre lo mismo con las pastillas, que se olvidan tomar"; afirman, significativamente, "que evita que una compre y compre bebés, además que el marido no se da cuenta que una anda usando un dispositivo", dicen en abierta referencia a las resistencias manifestadas por gran número de hombres sobre la esterilidad deseada de sus mujeres. El inconveniente mayor resulta del abundante sangrado durante los días de la regla, factor que tiende a "debilitar" a las usuarias del DIU. En la zona de Jojutla, en cambio, muchas de las mujeres que consultan a las parteras o entre las cuales ésta realiza labores de promoción de los métodos anticon-

14. El prestigio de las inyecciones en el medio rural es un fenómeno observado por los antropólogos desde hace muchos años. Un texto reciente sobre planificación familiar en el medio rural arriba a las mismas conclusiones: "Es interesante observar cómo, sin descartar a los remedios populares, el medicamento inyectable se ha ido extendiendo y adquiriendo prestigio rápidamente. Aun cuando su campo es más limitado que el de las plantas medicinales y otros remedios, como no hay inyecciones 'para todo' su popularidad se ha acrecentado en base a su 'eficacia' y 'rapidez' para curar.

"La popularidad que ha adquirido la 'inyección' en México y en la mayor parte de los países del mundo explica la gran demanda que ha tenido en el área rural el anticonceptivo hormonal inyectable, a pesar de sus marcados efectos colaterales". Martínez Manautou, J. (Ed.), *op. cit.*, pág. 61.

ceptivos, piensan que el DIU puede provocar cáncer. Las parteras adiestradas colocan una inyección de Ergonovina a las pacientes que muestran un abundante sangrado a consecuencias de su uso; en caso de que el sangrado persista, administran pastillas de la misma sustancia a lo largo de todo el ciclo menstrual. El último de los métodos recomendados por las parteras adiestradas es la salpingoclasia, que produce esterilidad permanente. Este método es aconsejado a aquellas mujeres que ya han tenido muchos hijos, o bien que han sufrido serias dificultades en sus embarazos y partos, aunque no fueran multiparas. Si la mujer acepta "ligarse las trompas" concurre con la partera a los hospitales de las instituciones de salud (por ejemplo, el Hospital del IMSS de Zacatepec), donde después de practicársele un análisis de sangre es sometida a la operación a las pocas horas. La intervención es gratuita, y la mujer puede regresar a su hogar el mismo día. Este método, que las parteras consideran como el mejor para garantizar la esterilidad, no goza de mucha aceptación entre las usuarias, por expresa prohibición de sus cónyuges, ya que, según éstas, "los maridos se quejan de que después de la 'salpingo', ya no los satisfacen sexualmente". Existe además la creencia, señalan las parteras, de que la salpingoclasia puede provocar cáncer o volver las reglas muy dolorosas.

Las parteras consultadas acerca de la adopción de prácticas anticonceptivas señalan que ha habido un cambio notable en la aceptación de las mismas por parte de la población femenina. Si bien hasta hace no muchos años las prácticas de control natal eran realizadas en secreto, en la actualidad muchas mujeres no vacilan en adquirir públicamente los anticonceptivos en las farmacias de la misma localidad en donde habitan, aun a sabiendas de que este hecho puede ser conocido por otras personas del lugar.

La función de las parteras adiestradas como agentes de la planificación familiar pudo ser comprobada empíricamente en el curso de la investigación; ellas realizan en este sentido una labor sistemática, no sólo para la prescripción de los anticonceptivos sino en la atención prestada al estado de salud de las mujeres que se encuentran registradas como usuarias. La condición social de las parteras y la modestia de sus ingresos económicos, hacen que en la mayoría de los casos se sientan depositarias de los mismos problemas que, como mujeres y como madres, aquejan a sus pacientes. Este hecho resulta fundamental en la práctica, pues la recomendación del control natal es externada con convicción acerca de los beneficios que tal actitud procura. "El tener muchos hijos no es bueno, afirman, ya que los últimos nacen pálidos, sin energías".

Por último, en ninguna de las muchas conversaciones con las parteras se hizo alusión a la esterilidad masculina deseada y, en particular, a la práctica de la vasectomía. Cuando se les solicitó su opinión acerca de este tema, manifestaron conocer la existencia de esa operación, ya que durante los cursos recibidos se les mencionó la posibilidad de producir esterilidad permanente en el hombre por métodos quirúrgicos; pero en la práctica ese método es completamente ignorado. Las parteras tradicionales simplemente lo desconocen.

Capítulo IV

El embarazo

En la medida en que este trabajo intenta analizar el sistema de conceptos, creencias y prácticas de las parteras tradicionales, empíricas adiestradas y empíricas no adiestradas, la exposición de los datos recogidos en el medio rural de Morelos a propósito del embarazo y el parto aludirá tanto a la actividad de las terapeutas como a los factores ideológicos que subyacen a aquella, así como a la incidencia de situaciones que resultan de acciones no médicas.

Iniciaremos nuestra exposición refiriendo aquellos datos que aluden a la percepción que los sujetos tienen del embarazo y del parto, especificando en cada caso cuándo las acciones se inscriben en el marco de la atención tradicional y cuándo resultan de la labor —influida por los programas de entrenamiento— de las parteras empíricas adiestradas. Es oportuno señalar también la importancia de ciertos conceptos, como los de *control* o *medicalización*¹ del embarazo que modulan las conductas de las pacientes, del grupo familiar, de las terapeutas o de las instituciones, y cómo es posible determinar un comportamiento diferencial dentro de un área territorial relativamente pequeña. Aun a riesgo de redundar, subrayemos que todos estos factores se dan en un ámbito sumamente dinámico, en el que el elemento determinante en los últimos tiempos es el cambio en el perfil de la terapeuta, y, consecuentemente, la aparición de nuevas y distintas formas de atención y de relación. Añadamos también que las ideas sobre la “naturaleza” expuestas en el capítulo anterior a propósito de la esterilidad, lejos de desaparecer, se consolidan cuando se alude al embarazo, por lo que volveremos sobre ellas en su momento.

El embarazo es percibido de manera diferente entre los grupos más aislados y tradicionales, y entre los que han adoptado patrones de comportamiento acordes —o más afines— a la vida ciudadana. En las comunidades campesinas e indígenas el embarazo de una mujer no altera mayormente el ritmo de vida de la familia; la embarazada, a su vez, continúa realizando las labores domésticas acostumbradas y la mayor parte de sus hábitos no sufre cambio alguno, excepción hecha de la adopción de precauciones frente a ciertos fenómenos astronómicos y sociales de conocimiento generalizado en la comunidad, y de la variación en algunos aspectos de la alimentación. Por lo demás, la vida parece seguir su cur-

1. En los últimos años se ha producido una enorme cantidad de literatura referida a la medicalización y al control. Sin duda, uno de los textos pioneros en este campo es el polémico libro de Iván Illich *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz-Planeta, 1984.

so sin modificaciones. En este caso, como se expresó en el capítulo anterior, no debemos guiarnos de ciertas expresiones que se emplean para referirse a la preñada: “ya la hizo enferma su marido”, “ya enfermó” u otras similares que parecerían identificar el embarazo con un estado patológico o, al menos, de sustancial alteración somática. Por el contrario, ni la mujer se declara enferma, ni el grupo se muestra permisivo como en los casos de enfermedad manifiesta y reconocida. La expresión de una partera muestra explícitamente este comportamiento: “Vienen sólo cuando están mal”, lo que en los hechos significa amenaza de aborto, desvanecimientos o un notable deterioro físico. Difícilmente una embarazada de estas regiones trasponga el ámbito familiar en busca de orientación o consejo, a no ser que se presenten situaciones reconocidas como patológicas, o ante la necesidad de someterse a ciertas prácticas como las “manteadas” y las “sobadas”. La comprobación de que efectivamente se encuentra encinta la hará a partir de la observación de la detención de la regla, en asociación al dato de que efectivamente ha venido manteniendo relaciones sexuales. Como suele ocurrir en una gran cantidad de casos, la aparición de manifestaciones que suelen estar asociadas a la preñez sirven para confirmar la presunción: náuseas, falta de apetito, flojera, mucho sueño, frecuentes deseos de orinar, apetencia de cosas agrias —“pepino con limón y chile” o limón—, repugnancia a ciertos olores, ojeras pronunciadas, tristeza, piel reseca y marchita, cabellos rebeldes (“se ponen greñudas”), pechos crecidos (“estos comienzan a crecer desde el inicio del embarazo llenándose de calostro y leche”), pezones oscuros y con granitos que resaltan a su alrededor, oscurecimiento de la línea morena media abdominal, dolor de cabeza, cansancio, mal humor, dolores en la región inguinal, etc. Naturalmente, es difícil que todos estos signos y síntomas se presenten de manera conjunta, e incluso entre las mismas parteras no existe un acuerdo unánime sobre su número y características. Algunas parteras más aculturadas afirman que ciertas mujeres pueden no presentar la mayor parte de estas manifestaciones; otras, en cambio, las presentan acentuadas, especialmente en los casos de embarazos de niñas por “cargársele la hormona femenina a la mujer”. Más allá de que la terminología pudiera estar indicando influencias ajenas a la cultura nahua, subyace la idea de que el exceso de cosas afines puede ser causa de desequilibrio. Quizás con una lógica afín a ésta, afirman que cuando el feto “es hombre, la mujer se daña menos, le sale poco paño, y rápidamente se le quitan las molestias que tuvo al principio”. Es precisamente en estas zonas, en las que operan parteras tradicionales que han tenido un contacto esporádico o irregular con las instituciones de salud, en donde algunas mujeres —especialmente si son primíparas— suelen concurrir con la terapeuta para que determine no sólo si está embarazada sino para solicitar se les comunique el sexo del niño.

Antes de que expongamos las modalidades de atención de las parteras tradicionales durante el embarazo, es preciso señalar las particularidades que asume el cuidado doméstico. En efecto, la existencia de familias extensas o semiextensas en estas zonas determina que muchos de los consejos, recomendaciones o prohibiciones los brinden los familiares, prescindiendo así del recurso técnico, sea el de la partera o el del médico. Esta situación está asociada no sólo a las peculiaridades de la unidad doméstica, sino en general al mayor aislamiento, a los menores índices de cobertura médica institucional y de prestaciones sociales, y a la inexistencia de la idea de “control” que se ha difundido entre los sectores urbanos, suburbanos o campesinos mejor comunicados. Madres, abuelas, hermanas mayores cumplen gran parte de esta función de aconsejar, prevenir o censurar a la embarazada, especialmente si se trata de su primer embarazo. La función de la medicina doméstica en

la atención a la embarazada, la parturienta o la púérpera es un fenómeno poco estudiado, no obstante lo cual es posible comprobar que la reducción de la familia extensa, con el paso del campo a la ciudad o a los sectores suburbanos del propio estado, trae como consecuencia la desaparición de muchas de sus funciones. La menor medicalización del embarazo obedece no sólo al hecho de que exista una red menor de servicios médicos institucionales o privados, o a que los servicios de las parteras adiestradas en el modelo médico sean menos accesibles, sino a la conservación de una serie de funciones de apoyo y relevo dentro del grupo familiar extenso.

Para constatar el estado del embarazo, las parteras adiestradas actúan conforme al tipo de paciente, distinguiéndose claramente la atención que se brinda a las primíparas o a las múltiparas, prestando particular solicitud al tiempo transcurrido desde la última menstruación. Si la paciente es primigesta, generalmente acude a la partera no bien advierte un retardo en la aparición de la regla; esto suele ocurrir una o dos semanas después de la fecha en que debía presentarse la menstruación, por lo que la partera concluye que el embarazo tiene un tiempo aproximado de un mes. Además de realizar un examen visual con el objeto de advertir la aparición de signos característicos, la partera interroga a la mujer a fin de determinar la emergencia de manifestaciones normales o anormales. Las conductas de la embarazada y de la partera varían, en cambio, cuando se trata de múltiparas. Estas generalmente concurren cuando llevan ya un embarazo avanzado; el interrogatorio pasa entonces a segundo plano, y la partera se concentra en la palpación del vientre para conocer el tiempo aproximado del producto, ya que la fecha de la última menstruación no suele ser indicativa de la edad real del feto, especialmente cuando la mujer ha tenido sangrados estando ya embarazada. Si bien hay coincidencia en que los signos que aparecen cuando el producto tiene cuatro meses o más son bastante típicos, en cambio, cuando está más pequeño, cada partera guía su diagnóstico basada en su propia experiencia. Para algunas, ya a los dos meses y medio es posible detectar la existencia de una "bolita" de tamaño de un limón en la parte baja del abdomen de la paciente; para otras, el signo seguro de la existencia de un embarazo es "una pulsación en la zona inmediatamente inferior al ombligo", característico de la mujer encinta. A los cuatro meses se detecta una masa ("del tamaño de la rodilla") que llega al ombligo, la que continúa creciendo a razón de "dos dedos por cada mes, sobre el ombligo", hasta que tiene ocho meses, "cuando la curvatura del vientre está bien arriba y hacia adentro". Después, hasta el momento del parto, el "producto" baja continuamente y a la embarazada se le forma una especie de "cintura" en la parte superior del abdomen.

Algunas de las parteras no confían en las observaciones y en la información que le proporciona la palpación del vientre de la embarazada, por lo que recurren a realizar un tacto vaginal.

En las comunidades campesinas de Morelos la noticia de la preñez es recibida con regocijo; sin embargo, la investigación identificó situaciones de rechazo o censura cuando el embarazo se verifica en familias numerosas de muy escasos recursos o en las que existen problemas de alcoholismo, poligamia, etc. (Esto explica en parte la aparición de situaciones en las que la madre intenta deshacerse de su hijo recién nacido, y los casos de adopción que se presentan y en los que algunas parteras juegan un papel fundamental).

En la realidad, el rechazo al embarazo asume formas más complejas, por lo que es posible advertir que la “ansiedad de la reproducción” está llena de matices que explican los fenómenos de abandono de la embarazada, los abortos, la entrega de niños pequeños en adopción y, en general, manifestaciones denostativas. La censura del grupo (se trate de la familia o de la comunidad) puede presentarse cuando la embarazada es una madre soltera (especialmente si ha sido abandonada por el padre de la criatura), o cuando es mayor de cuarenta años (llegando incluso en algunos casos a ser abuela), o bien cuando la mujer espera un hijo de otro hombre, o cuando existen antecedentes de haber dado a luz hijos con malformaciones congénitas; la censura se extiende a las mujeres de comportamiento frívolo o a aquellas que padecen una enfermedad incurable que, se presume, puede afectar la salud de la descendencia.

La estructura ideológica que preside y enlaza la percepción y valoración del embarazo tiende a favorecer la jerarquía de lo masculino, razón por la cual existe interés no sólo por la determinación del sexo del niño (entendiendo aquí *determinación* en el sentido de “saber determinado”) en el curso de la preñez, sino por actuar de manera tal que los padres puedan escoger el sexo de la criatura al momento de la cópula. Las opiniones acerca de la certeza de los resultados en uno y otro caso varían sensiblemente entre las parteras, independientemente de que el hecho resulte importante para los padres. Existe en la región la idea, bastante generalizada incluso en sectores suburbanos y urbanos, de que la cópula constituye una contienda, una lucha, entre el hombre y la mujer. El que “gana” (denominación específica que se emplea para designar a quien logra “un orgasmo más fuerte”, o al que posee una “naturaleza fuerte o maciza”) durante la relación sexual, determinará que el sexo de la criatura sea el opuesto al suyo: “si es la mujer la que le pone más ganas, tendrá un hijo varón; y si es el hombre el que gana, será una niña”. Si en el momento de la concepción la mujer “está en forma, y su naturaleza está más alta, aunque el hombre sea también fuerte, ella dará el sexo al varoncito”. Una “mujer recia, hija de familia numerosa, va a heredar este germen, y seguramente si se casa con un hombre de naturaleza débil, va a tener muchos varones; pero si su esposo también es alto de naturaleza, allí se irán parejos, niños y niñas”. Todas estas ideas llevan a diseñar, por decirlo así, una “estrategia al momento de la cópula”: se acordará quien debe “dejarse ganar” para lograr que la criatura sea del sexo opuesto. Muchas veces, señalan las informantes, esta estrategia es concebida solamente por uno de los padres (generalmente la mujer), quien podrá aprovecharse de situaciones que estima favorables para lograr su cometido. Así, por ejemplo, una mujer puede “aprovechar que su marido está débil para tener relaciones y tener un hijo varón”. Esta determinación impuesta usualmente por la “naturaleza” de algunos de los cónyuges (v.gr. el más débil, o de “naturaleza baja o débil”) puede corregirse mediante tratamientos adecuados que muchas parteras conocen y prescriben. Uno de los tratamientos registrados consiste en ingerir una decocción de hojas de nogal, raíz de manzano (*Malus* sp.) y damiana de California (*Turnera diffusa*), tomada como “agua de tiempo” hasta conseguir “levantar la naturaleza” de la persona en cuestión. Se presupone que cuando en una pareja el hombre tiene más experiencia sexual (lo que es bastante común, dados los cánones culturales y los mitos que aun prevalecen en cuanto a la virginidad), o es mayor de edad que la mujer, el primer hijo será seguramente una niña, por lo cual recomiendan a los recién casados que se encuentran en esta situación, “dejar pasar un tiempo antes de que la mujer se embarace, logrando así que ella aprenda, se le quite el miedo y

agarre fuerza, para que así el primer hijo sea varón. La mujer necesita tiempo para aprender a vaciarse, sobre todo si su naturaleza es fría”. Para algunos informantes, la “sangre” constituye también un aporte importante, y puede deducirse a partir del reconocimiento de las características somáticas que asemejan al niño a algunos de sus progenitores (es decir, a aquel que con su sangre le imprimió el parecido)².

Muchas de las terapeutas tradicionales señalan que es posible conocer con anterioridad a la fecha de parto el sexo del niño, y en el curso de la investigación pudo corroborarse que es ésta una de las causas de demanda de atención de muchas de las embarazadas de la región. Las parteras adiestradas niegan que esto sea posible. Para aquellas, y para las empíricas no adiestradas, cuando se trata de varones puede advertirse desde el comienzo mismo del embarazo: “el niño varón se implanta en la región de la ingle derecha y tiene al comienzo la forma de una bolita que se va alargando a medida que crece; al mes y medio, es posible palparlo o detectarlo como una formación delgada y alargada que, incluso, se puede manipular y desplazar manualmente algunos centímetros del lugar en que se encuentra. Si es niña, no es posible detectarla hasta el tercer mes de embarazo, aproximadamente; su forma difiere de la del varón, asemejándose a una mollejíta, presente en la región inferior al ombligo.” Estas características morfológicas —siempre a juicio de las parteras— se conservan durante un cierto tiempo, “aunque el niño se va desplazando desde la ingle hasta el centro del vientre, acomodándose allí hacia los tres meses del embarazo. A mayor tiempo de gestación, mayores son también las posibilidades de determinar con precisión el sexo del niño. Casi todas las parteras coinciden en afirmar que en el comienzo de la preñez, el feto de sexo masculino posee una forma alargada, y el femenino tiende a ser esférico. No sin orgullo, las parteras manifiestan poder realizar exitosamente esta operación, opinión que es compartida por sus pacientes en todos los casos que fue dado consultar.

Un conjunto de opiniones adicionales, ampliamente distribuido en el seno de la población, complementan estas ideas expresadas por las parteras: las mujeres embarazadas que tendrán un hijo varón tienden a desarrollar el vientre en forma puntiaguda (incluso “pueden no perder la cintura”), su cara se mancha menos, presenta un mayor aumento de peso y perciben movimientos fetales mucho más intensos; las que tendrán hijas, en cambio, muestran un vientre más redondeado y ancho, su cara se llena de “pañó”, pues “concentra más hormonas femeninas”, el peso es menor y los movimientos fetales se presentan más atenuados.

En muchas medicinas tradicionales de todo el mundo se suele distinguir entre el aporte paterno y el aporte materno al niño que crece en el vientre (por ejemplo, la idea de que el hombre contribuye con las partes duras y la mujer con las partes blandas³, etc.); sin embargo, las ideas recogidas a este respecto en Morelos fueron muy vagas en el caso de las terapeutas tradicionales (algunas indicaciones sobre el parecido, por ejemplo) o muy

2. En *Herencia, raza y sociedad* (México, FCE, 1975, págs. 47 y ss.), Dunn y Dobzhansky señalan la importancia de “la sangre” en las concepciones sobre la herencia que pueden encontrarse en numerosos pueblos de todo el mundo.
3. Mallart Guimera, Louis: *Médecine & Pharmacopée Evuzok*, Nanterre, Laboratoire D’ethnologie et de sociologie comparative, 1977.

específicas en el caso de las parteras entrenadas (en estas últimas privó la concepción científica que distingue óvulos y espermatozoides), pese a que en la encuesta de campo existían preguntas dedicadas a sondear en este tipo de conocimiento.

Sin duda uno de los temas más atractivos en el estudio del *proceso del embarazo* lo constituye el sistema ideológico, lo que explica el interés de los antropólogos por registrar un sinnúmero de creencias, ideas y actitudes de los terapeutas tradicionales y de las poblaciones. Digamos de paso que estas manifestaciones ideológicas y prácticas se expresan tanto en la atención especializada que brinda la partera como en la asistencia y consejos que provee la medicina doméstica. Muchos de los trabajos de los etnógrafos se han preocupado por aplicar análisis diacrónicos a fin de estudiar la génesis de los elementos y de los temas (v.gr. mitos lunares, gemelaridad, prácticas de enterramiento del cordón y de la placenta, entre otros) antes de determinar si estos conjuntos son sistemáticos, incluso cuando integran elementos de la gineco-obstetricia moderna. Los investigadores se han sentido más atraídos por ver la persistencia de los datos prehispánicos o el ingreso de elementos coloniales que por analizar la función que ellos poseen no sólo en las ideas y prácticas actuales sino especialmente en el orden fisiológico y médico o de la salud de las poblaciones que los manifiestan. Las parteras de hoy poseen un sistema de creencias y prácticas gineco-obstétricas y materno infantiles que vincula el orden del mito con el orden médico; uno de los aportes de la investigación puede ser, precisamente, el de hacer explícitos los elementos que están implícitos, ya que en muchos casos la función reguladora del mito o de la creencia resulta fundamental para la salud de la madre y del niño⁴. Una investigación sobre estas modalidades no puede ignorar el hecho de que factores como la extensión de la cobertura institucional, el entrenamiento médico de las parteras, el empleo de sustancias e instrumental médico y, en especial, los procesos intensos de urbanización y cambio en las condiciones de vida, han producido modificaciones sustanciales en la atención a la embarazada y al niño, y han impactado a los sistemas de creencias. Consecuentemente con las formas de vida de las comunidades más tradicionales y aisladas de Morelos, en las que persiste aún una fuerte matriz cultural indígena, esta investigación mostró la existencia de un mundo rico en mitos, creencias, conceptos y prácticas vinculadas a la reproducción y a la atención gineco-obstétrica. El evidente deterioro del sistema de conceptos tradicionales con el paso de los habitantes del campo a la ciudad, convierte a los mitos en "supersticiones". Muchas de las parteras empíricas adiestradas señalan, sin embargo, que las usuarias de sus servicios manifiestan aquellas ideas, remanentes de lo tradicional, aunque muchas veces despojadas de su carácter sistemático⁵.

Sería erróneo considerar que nos encontramos con un sistema de creencias que ha persistido sin modificaciones desde épocas prehispánicas hasta el presente. Una comparación con los textos sahuaguntinos, por ejemplo, mostraría cómo ciertos elementos notablemente enraizados en la religión han desaparecido, y otros han emergido, no necesariamente para

4. Véase: Mellado, Virginia: "Mito y reproducción. Función del sistema de creencias en la atención al embarazo, el parto y el puerperio en el Estado de Morelos." Ponencia presentada durante la *II Reunión Latinoamericana Sobre Religión Popular, Identidad y Etnociencia*, 30 de mayo al 11 de junio. México, D.F., 1988.

5. Véase: Foster, George M.: "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia", en Kenny, M. y I.M. de Miguel (Comps.), *op. cit.*, págs. 249-265.

ocupar su lugar. Lo que nos parece fuera de discusión es que en ambos casos —en los días anteriores a la conquista española y en el México rural de hoy— las ideas, las creencias y las prácticas constituyen un conjunto bien articulados, ya sea que sirva para expresar angustias o temores ante una realidad muchas veces hostil, ya sea que guíe y norme la conducta de la embarazada y del grupo, ya sea, en fin, que permita racionalizar el empleo de una maniobra o la selección de un conjunto de especies terapéuticas.

El grupo social y, en especial el ámbito doméstico proveen a la gestante, desde el comienzo del embarazo, de una serie de consejos que pasaremos a clasificar y a analizar en detalle.

Un primer grupo de prohibiciones y recomendaciones caen dentro de la esfera de lo que podríamos llamar “del sentido común”: cargar objetos pesados o levantarlos violentamente, correr, deambular por sitios donde se pueda resbalar o tropezar, montar a caballo, calzar zapatos de tacón alto, usar ropas ajustadas y, en general, realizar tareas que impliquen un esfuerzo excesivo.

Un segundo grupo, comprende prohibiciones relacionadas con temores vinculados a la esfera del mito. De los mitos y creencias más consistentes que se refieren al embarazo puede mencionarse el temor a los eclipses, especialmente los de luna: la mujer que se expone a los efectos de un eclipse de luna puede dar a luz un niño con labio y paladar hendidos (es decir, labio leporino, que en lenguaje de estas poblaciones se denominan niños “tencuos” o “mochos”), o con otra alteración congénita como puede ser la falta de un miembro, una oreja, que presente manchas en la piel o, incluso, que carezca de cerebro. La creencia más difundida —tanto en el presente como en el pasado— es la de que la luna “come” al feto en el vientre materno⁶.

En algunos lugares se recogió el dato de que el eclipse de luna puede afectar incluso al recién nacido, por lo que se toman una serie de medidas destinadas a proteger a las eventuales víctimas de esta acción astral; por lo demás, la misma observación de la luna en cualquiera de sus fases, puede proyectar sobre los sujetos una influencia nociva. “Durante el embarazo la mujer no debe observar la luna durante mucho tiempo, pues puede hipnotizar al niño y robarle su fuerza”, por lo que “una mujer que ve mucho la luna tendrá un niño lento y como zozzo”. Las formas más comunes de protegerse de la acción dañina del eclipse lunar consisten en no salir al exterior de la vivienda mientras dura el fenómeno, portar como amuletos objetos punzocortantes de metal o “seguros” (alfileres de gancho) en la ropa, abrochados en forma de cruz, o bien llevar un espejito y una moneda envuelta en un pañuelo, o, finalmente, colocar al lado de la cama o del sitio en donde se duerme una tijera abierta en cruz. Como podrá apreciarse, muchas de estas prácticas suponen el uso de un objeto que posee una superficie reflejante; en algunos casos, la mujer embara-

6. Rodríguez Ramírez, Tomás: *Labio y paladar hendido en México precolombino y actual*, México, UNAM, Fac. de Medicina, 1967 (Tesis).

zada colóca además un recipiente con agua cerca de la cama, con el mismo propósito, es decir, prevenirse de los daños que provoca el eclipse⁷.

Las parteras empíricas adiestradas han desterrado de su marco conceptual estas creencias relativas a los eclipses; conocen su existencia debido a su continuo trato con mujeres que mantienen las costumbres antes citadas y, en general, se manifiestan tolerantes, siempre que se trate de prácticas que no dañen la salud de la madre y del niño.

Otro conjunto de prohibiciones vastamente difundidas y fuertemente arraigadas es el relativo a evitar que la embarazada se vea involucrada en sucesos vinculados a la muerte. Existe la prohibición expresa de concurrir a los cementerios y los velorios, especialmente si el muerto ha sido víctima de un asesinato o, en general, de un suceso violento. Tenemos aquí varias ideas que se superponen, desde los aspectos emotivos que pueden alterar el estado de ánimo de la embarazada, hasta la creencia en los efluvios que parten del cuerpo del muerto y se adhieren al de la embarazada provocándole “cánceres”. Si las circunstancias hacen imposible que la mujer no concorra —por ejemplo, ante la pérdida de un familiar cercano o de un ser querido—, entonces “deberá ‘protegerse’ llevando un limón o alcanfor en su mano, o limón, alcanfor, nuez moscada, ruda o amoníaco en el seno o en la mano”, u otras sustancias perfumadas (sales de amonio, perfume, etc.). En caso de no seguir esta conducta, independientemente de que pueda contraer “cáncer”, la mujer tendrá problemas al momento del parto y del alumbramiento; ello ocurrirá en razón de que al exponerse en velorios y cementerios, el niño tiende a recogerse en el “zurrón” (los amnios), cuyos tejidos se duplican y se vuelven impermeables, por lo que el parto se dilatará y la mujer tendrá problemas no sólo para lograr que el niño salga de su vientre, sino también para expulsar la placenta, es decir, durante el llamado parto secundino.

Más allá de la fuerza e importancia que los elementos de eficacia simbólica poseen en sí mismos, puede apreciarse que en la mayor parte de los casos la embarazada recurre a objetos o sustancias que desde el punto de vista organoléptico se caracterizan por el fuerte olor, como son el caso de ciertos vegetales, en razón de la cantidad de aceites esenciales que contienen.

Se conjugan aquí —independientemente de los niveles de racionalización que pueda haber en estas prácticas— factores de carácter simbólico (cuya propiedad sería la de evitar los “aires” o los efluvios nocivos, idea, por lo demás, común a las medicinas del mundo prehispánico y de la España medieval y renacentista) y preventivo. Además, es sabido que, las sales de amonio, los perfumes o las lociones que se recomienda usar tienen la propiedad de reanimar a quien ha sufrido desmayos o mareos. De todos aquellos que pueden desmayarse en una ceremonia del tipo de la que hemos mencionado, es precisamente la embarazada, en virtud de su estado, la persona que presenta un mayor riesgo de que los fenómenos que acompañan generalmente a la pérdida del conocimiento (descenso de la presión arterial, reducción de los niveles de oxígeno en la sangre, traumatismo, etc.) puedan provocar serios daños a su salud y a la de su hijo.

7. En los textos sahuaguntinos y en numerosos testimonios etnohistóricos se registra el uso de objetos punzocortantes de obsidiana o pedernal, portados por las mujeres en su ropa interior. La idea de que el espejo o la superficie reflejante del agua protegen al sujeto aparece también en toda la mitología vinculada al mal de ojo. Véase: Siebers, Tobin: *El espejo de Medusa*, México, FCE, 1985.

Además de los mitos lunares, de los eclipses, de la cercanía con los muertos y del tránsito por los cementerios, pueden mencionarse también todas las creencias, prescripciones y prohibiciones que se asocian al mundo frío y húmedo (y que en muchos casos constituyen remanentes de los mitos asociados a Tláloc), así como el gran paradigma de la dualidad *frío-calor* que permite clasificar una gran cantidad de fenómenos, objetos y estados: como es sabido, en numerosos pueblos del México actual se clasifican como *fríos* o *calientes* (y, ocasionalmente, como *frescos* o *cordiales*) las plantas, los alimentos, las bebidas, los estados corporales, los medicamentos, etc⁸. En términos generales, la evolución del embarazo constituye un proceso de acumulación progresiva de calor, el cual desciende bruscamente al momento del parto. Se trata de un estado característico de la preñada, y por ello mismo se estima pertinente considerar la influencia de los factores que puedan modificar aquella condición. Las prescripciones que aparecen respecto de los baños que debe tomar la embarazada ilustran bastante bien la idea anterior: durante el embarazo, la mujer debe prescindir de los baños fríos o muy calientes; el uso del agua tibia le aportará beneficios y evitará, por ejemplo, que al momento del parto el producto “nazca con flujos vaginales, en caso de ser niña, y, en general, con problemas en las vías respiratorias, con bronquitis”, como ocurriría si la madre se hubiera dado baños con agua fría. El agua fría, además, afecta las articulaciones y los huesos de la cadera, y retarda el trabajo de parto; las articulaciones, en particular, se ponen duras, poco flexibles, “no se aflojan”. El empleo de agua caliente —salvo al final del embarazo— puede ser también contraproducente, sobre todo en aquellas mujeres que han padecido amenaza de aborto durante el embarazo, a causa de “cintura abierta, cintura floja”; en estos casos el calor puede provocar un efecto indeseable. La aparición de ciertos trastornos circulatorios y de várices es vinculada al uso de baños muy calientes durante la preñez. La antigua prohibición de transitar en la cercanía de los ojos o cursos de agua (manantiales, ríos, acequias) se asocia a la idea de las afecciones que pueden producir los *aires* originados en estos lugares. Incluso aquellas informantes que no ofrecían una explicación causal del efecto nocivo de los ojos de agua, señalaban una serie de afecciones que resultan de los aires: dolor e infecciones en los ojos, erupciones cutáneas, mareos, dolor de cabeza y de oídos, o musculares y articulatorios, etc. La prohibición se extiende al tránsito por lugares húmedos y fríos en el periodo que sigue a la ingestión de alimentos, lo cual resulta una precaución ante posibles trastornos digestivos.

La función de los elementos de carácter mítico o simbólico aparece, en la mayor parte de los casos, doblemente articulado: por una parte, hacia el reforzamiento del sistema de creencias, por otra, hacia efectos fisiológicos positivos. Esto es muy claro cuando se analizan los datos de campo relativos a la dualidad *frío-calor*, que condiciona y retroalimenta los niveles superestructurales (se les denomine con el término “creencia” o con otro de carácter análogo) y sirve para indicar el carácter de lo material (las dietas, los baños, los remedios). Por razones puramente analíticas dividiremos en nuestra exposición aquellos elementos que en la vida cotidiana aparecen formando una red abigarrada. En ese sentido, es posible indicar las conexiones entre la dualidad *frío-calor* y el resto de los mitos, creencias u opiniones que se expresan a propósito del embarazo; asimismo, exponer en segundo término las relaciones de la dualidad *frío-calor* con la alimentación, principalmente.

8. Véanse, a este respecto, las divergentes opiniones de George Foster y Alfredo López Austin sobre el origen y significación de la dualidad *frío-calor* en Mesoamérica. Foster, George: “On the origin of humoral medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, I: 4 (NS), 1987. López Austin, Alfredo: *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM, 1984, Vol. I.

Al menos desde los días anteriores a la conquista española —a juzgar por los testimonios de los informantes de Sahagún—, y muy probablemente desde tiempos remotos, las concepciones dualistas que determinaron la visión del “gran orden del mundo” se materializaban en la vida real a distintos niveles y a través de diferentes seres o cosas: entre ellas, los gemelos. Independientemente de que hoy sea difícil encontrar entre los grupos étnicos narraciones que expliciten acabadamente el orden mítico de la gemelaridad —como, por lo demás, suele ocurrir con la mayor parte de los mitos, que esparcen sus fragmentos de manera irregular en vastas zonas de un mismo territorio—, es evidente que los materiales etnográficos existentes permiten establecer conexiones entre las creencias actuales sobre los gemelos y las divinidades duales (Ometéotl-Omecihuatl, Quetzalcóatl-Xólotl, etc.). Por lo demás, sabemos que es posible asociar la gemelaridad a la idea del *alma-tonalli*, una de las entidades anímicas que el sujeto posee, y que en gran medida esta asociación es posible por la función medjadora de la dualidad frío-calor. Entre las muchas características que el *tonalli* posee (y que han sido resumidas por autores como Aguirre Beltrán y López Austin), retenemos algunas que resultan propias de los gemelos, del feto y de la embarazada:⁹

“El *tonalli* es una fuerza que da al individuo vigor, calor, y que permite el crecimiento (...).

“El *tonalli* tiene antojos, y se le debe complacer colocando el alimento o la bebida por él deseados en la frente del individuo.

“En el período intermedio entre el nacimiento y la introducción del *tonalli*, el niño puede obtener del fuego la energía necesaria para subsistir.

“Los gemelos y las mujeres embarazadas sufren insuficiencia de *tonalli*”¹⁰.

Durante el embarazo —se afirma en numerosas fuentes bibliográficas y en los materiales de campo— la embarazada “está ávida de calor”, máxime cuando su vientre contiene gemelos. En esta disputa por el calor materno, uno de los gemelos puede resultar desfavorecido: es el “gemelo más frío”, como señalan las parteras de Tepoztlán. Aunque, como se vio anteriormente, las fuentes clásicas señalan la existencia de un período intermedio entre el nacimiento y la introducción del *tonalli* en el niño, los informes de campo dan lugar a pensar que gran parte de la avidez de calor de la embarazada, en general, y de la embarazada de gemelos, en particular, se debe a un reclamo del *tonalli* de la criatura antes incluso del nacimiento. Esta serie de fenómenos provoca alteraciones en los propios sujetos o en aquellos con los que se vinculan. Las mujeres embarazadas, dicen las parteras en Morelos, que llevan un mayor tiempo de gestación, “necesitan más oxígeno, y pueden robárselo a la que recién empieza su embarazo, por lo que es mejor para ésta estar lejos de aquélla”. Asimismo, el gemelo más frío puede provocar la enfermedad llamada “casihuistle” que se caracteriza por dolores articulares “parecidos a los del reumatismo; sólo el otro gemelo la puede curar. Esta dolencia es consecuencia del enojo del gemelo frío; se adquiere cuando

9. Aguirre Beltrán, Gonzalo: *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, INI, 1980.

10. López Austin, Alfredo. *op. cit.*, pág. 225.

éste da un golpe, un manotazo, o simplemente cuando se enoja y se le queda viendo a un miembro de la persona que le causó la cólera”. También las mujeres embarazadas están expuestas a contraer el *casihuistle*, aunque no en razón de su embarazo sino del contacto que pueden tener con los gemelos que desequilibrarán su estado térmico.

Otra de las creencias asociadas a la existencia del *tonalli* que fue registrada entre las parteras tradicionales de Morelos se refiere a la prohibición de mirar insistentemente a ciertos animales vinculados al nagualismo, puesto que se cree que la fuerza de los mismos puede causar trastornos fatales al afectar al *tonalli* de la criatura: los hormigueros, por ejemplo, representan un grave peligro para la madre que mira las hormigas durante mucho tiempo o que se expone a los aires que de éste emanan. “Las hormigas son de los animales más fuertes; si se está cerca de un hormiguero, o una embarazada está matando hormigas, corre el riesgo de que el niño le salga ‘engarrotado’, y con las piernas como las de hormigas”¹¹. Recomiendan a una mujer que estuvo expuesta a los aires del hormiguero, “se proteja y ‘limpie’ con ajos colocados en una bolsita y revueltos con cigarro”. En otros lugares se piensa de manera idéntica a propósito de otros animales, cuya influencia hará que los niños nazcan con facciones similares a las del ser observado (sapo, chango, etc.).

Para varios lugares de la República Mexicana se ha reportado la prohibición que tiene la embarazada de lavar rebozos durante la preñez: una acción semejante le producirá no sólo efectos negativos por influencia del frío, sino sobre todo que el niño nazca con circular de cordón. En Morelos esta creencia no parece estar difundida uniformemente, y sólo se la pudo registrar en algunas de las regiones. La mujer que lava rebozos está haciendo nudos, ve ahorcados, etc., y está expuesta a que el feto sufra el enrollamiento del cordón umbilical en el cuello.

Antes de referirnos a las dietas de la gestante señalemos otras de las prohibiciones registradas: la mujer —que como se dijo antes debe evitar la exposición al frío o al calor intensos— debe procurar no recibir durante mucho tiempo los rayos del sol o el calor de la lumbre. Estos excesos pueden “quemar la placenta”, calentar en demasía al niño, produciendo que “se irrite”. Además, ciertas posturas corporales son desaconsejables para la futura madre; las más importantes son las que debe mantener durante las horas de descanso: la mujer evitará dormir boca abajo (decúbito ventral) pues de lo contrario “el producto nacerá con la nariz aplastada, muy chata”, o bien “el niño puede encajarse en las costillas, lo que provoca un parto muy difícil”. El dormir boca arriba (posición supina) también es perjudicial, ya que “al tener más espacio, el vientre está más amplio, y el niño puede atravesarse; cuando esto sucede, es difícil que al momento del parto se pueda encajar” (es decir, adoptar la posición correcta que permite un parto normal). Acostada de espaldas, “la mujer se sofoca, y le cuesta dormir”. La mejor posición, en consecuencia, es

11. Este signo es característico en la enfermedad llamada en Morelos “tlazol”, padecimiento típico de la primera infancia, debida probablemente a un hipodesarrollo intrauterino causado por un estado nutricional deficiente de la madre. El desarrollo “físico del niño se ‘detiene’ y presenta aducción”, por lo que la posición de sus piernas recuerda la forma de las patas de las hormigas. Véase: Hersch, Paul: *Avance sobre un perfil de nosologías de la medicina tradicional del sur del Estado de Morelos. Dos nosologías de interés: tlazol y cashán*, Cuernavaca, INAH-Centro Regional Morelos. Proyecto CONACYT. (Informe mecanografiado), 1988.

la de costado (decúbito lateral), alternando el lado izquierdo y el lado derecho. Es conveniente, también que la mujer no permanezca mucho tiempo sentada, sino que combine el descanso con pequeñas caminatas, logrando evitar así los dolores de cintura u otros malestares que se asocian con aquella posición cuando es mantenida durante mucho tiempo.

Cuando se examinan los datos etnográficos procedentes de otras regiones del país se comprueba que en numerosas regiones se propician las relaciones sexuales durante los primeros meses de la gestación, ya sea con la finalidad de lograr que el padre refuerce con su semen la sangre del feto, ya con el propósito de consolidar las relaciones entre la pareja, evitar el rechazo de la mujer o armonizar la conducta de los cónyuges. En Morelos es posible percibir también la existencia de un cuerpo de ideas con ciertas analogías respecto de los casos anteriores, pero también con diferencias significativas: en la mayor parte de los casos se estima conveniente que la pareja continúe la relación sexual durante el primer periodo del embarazo (generalmente hasta el sexto mes), y que se evite en los meses previos al parto: las razones invocadas para seguir esta conducta son de orden físico y ético. En efecto, la relación sexual al comienzo de la gestación evitará que la madre acumule mucosidad en sus genitales, e, indirectamente que el niño contraiga enfermedades oculares. Las prohibiciones relativas a la relación sexual en el noveno mes están fundadas en el posible daño que puede sufrir la criatura (golpes, especialmente) y en la creencia de que el niño ya advierte la naturaleza de estas relaciones, naciendo "llenos de la suciedad de los padres". Esta idea se conecta directamente con costumbres y creencias del mundo prehispánico; en efecto, como refiere Sahagún, el primer baño que recibía el recién nacido tenía como finalidad ofrendar al niño a la diosa Chalchiutlicue y simultáneamente limpiarlo de las manchas debidas a los padres¹². Finalmente, señalemos la protección que se espera de los amuletos en distintos momentos del embarazo: la mujer suele llevar consigo una pequeña bolsa, de preferencia roja, en cuyo interior guarda piedra alumbre para prevenirse de los aires dañinos; o también, porta un listón rojo atado a la cintura, asegurado con alfileres de gancho, para evitar el mal de ojo o el daño.

Pasemos ahora a examinar la información relativa a las dietas, subrayando de antemano que esta cuestión resulta fundamental no sólo porque permite comprobar la existencia de un conjunto importante de ideas acerca de la naturaleza de los alimentos y la oportunidad de la ingesta, sino, sobre todo, porque la cuestión remite a las modalidades y calidad de la alimentación. El tema resulta relevante, además, porque permite mostrar las diferencias de criterios, respecto de la nutrición de la embarazada, entre las zonas con patrones de vida más tradicionales y aquellas con fuerte influencia de la urbanización. Finalmente, porque en los últimos tiempos se observa un deterioro creciente y acentuado en las condiciones de vida de los sectores marginados, situación que repercute de manera directa en la calidad de la alimentación de su población y en especial en el estado general de la madre y del niño. La información de campo será complementada con los resultados de estudios recientes que se han ocupado de la influencia de la nutrición y de la desnutrición en la mujer gestante del medio rural.

El primer aspecto que debe destacarse es el de que, en las comunidades más aisladas y con formas de vida tradicionales, el énfasis no está puesto en las comidas que la embara-

12. Sahagún, Fray Bernardino de: *Historia general de las cosas de Nueva España*, México, Ed. Porrúa, Col. Sepan cuantos..., 1985, págs. 385-386.

zada puede comer, sino en aquellos alimentos que debe evitar, pues debido a la naturaleza de su estado y a un conjunto de circunstancias claramente caracterizadas, podrían afectarla negativamente. Daría la impresión de que a la mayoría de los alimentos se les reconocen las mismas cualidades nutricionales e importancia dietética, y que sólo se reserva un lugar muy preciso —y, digámoslo de paso, bastante restringido— para las comidas indigestas. El chocolate, por ejemplo, considerado un alimento muy caliente, debe ser evitado por la gestante, especialmente después de haber “hecho un coraje”. En general, el chocolate “tapa el apetito y provoca sed”; algo semejante ocurre con el caldo de res, considerado muy caliente, y cuya ingesta debe evitarse especialmente en las etapas finales del embarazo. Las parteras tradicionales sugieren evitar el comer vísceras y mole de res, por ser calientes en exceso, pesados e irritantes; se deberá recurrir moderadamente al consumo de chiles, alcohol y café (el café debe ser eliminado de la dieta de la gestante que tiene problemas para conciliar el sueño). El exceso de chile provoca irritación y agruras; el caldo de pollo, especialmente si está recalentado, no debe formar parte de los alimentos de la mujer embarazada que ha padecido una emoción brusca o ha pasado por una situación emotivamente desagradable. En el estado de calor creciente que muestra la mujer, las semillas de oleaginosas no deben ingerirse con mucha frecuencia.

Las parteras tradicionales de las zonas más aculturadas —aunque, como dijimos antes, han tenido una vinculación esporádica con los planes y programas oficiales de adiestramiento— utilizan a menudo las fórmulas “dieta balanceada” o “comer bien” cuando se refieren a la nutrición aconsejable durante el embarazo. Es notable observar la influencia resultante de los medios masivos de comunicación en la aparición de ideas sobre lo que debe entenderse por “dieta balanceada” y cómo, además, estas ideas son refuncionalizadas en referencia a situaciones concretas de la vida diaria y a la persistencia de antiguos patrones clasificatorios (como el ya mencionado de la dualidad frío-calor). Como hemos ya referido, la disponibilidad económica de la población que demanda los servicios de la partera tradicional está lejos de garantizar una dieta efectivamente balanceada, por lo que en muchas ocasiones la expresión “dieta balanceada” no pasa de ser un “estereotipo informativo” que indica más un nivel de información que puede ser comunicado al investigador, que un orden real de consumo. Dentro de esta “dieta balanceada” se contempla: carne (especialmente la cecina y el hígado de res), huevos (de preferencia criollos), leche, vitaminas, frutas y verduras (con énfasis en la acelga, la espinaca y el quelite). Hay que restringir los carbohidratos, especialmente las tortillas y los frijoles. Un complemento de esta dieta son las vitaminas o los complejos vitamínicos prenatales, administrados al menos dos veces durante el embarazo (al quinto y al noveno mes de gestación). El conocimiento de la región permite comprobar lo ilusorio que resulta —en la mayoría de los casos— esta prescripción alimenticia, especialmente cuando la base de la alimentación sigue siendo la ingesta de tortilla y frijol.

Resulta interesante observar cómo la idea de “balance”, expresada a propósito de la dieta, es vinculada con la del equilibrio del frío y del calor. La mayor parte de los alimentos pueden ser ingeridos por la embarazada, independientemente de que sean fríos o calientes; en este caso, lo importante es lograr un balance entre ambos y moderar las cantidades para evitar un exceso de nutrientes que contengan la misma cualidad. Por lo demás, hay formas de compensar las cualidades a través de los procedimientos culinarios: “Por ejemplo, si va a comer verduras —que son de naturaleza fría— lo mejor es que se prepare

un molito de olla, pues la frialdad de la verdura la quitan los chiles y los 'olores' (las especias)". Ciertos refrescos aparecen proscritos porque usualmente se sirven fríos; otros, en cambio, por ser de "naturaleza fría", como son todos aquellos preparados con jugos de cítricos; esta prohibición resulta de la concepción de que los líquidos fríos pueden provocar que el niño nazca con bronquitis. Algo semejante se piensa del hielo, el cual no debe ser ingerido durante el embarazo. Los chiles comidos en exceso pueden ocasionar que el niño nazca con "chincual", enfermedad caracterizada por pequeños granos en la región anal. De los refrescos de cola (siendo los más conocidos la Coca-Cola y la Pepsi Cola) se piensa que contienen drogas, y que si la madre los consume durante la preñez el niño nacerá con la piel amarillenta y mostrará un comportamiento nervioso. Finalmente, las parteras consideradas dentro de este grupo sugieren a la embarazada que restrinja el consumo de sal, pues estiman que "ésta, provoca hinchazón en las piernas y dificulta el parto al endurecer los músculos de la mujer".

Un análisis un tanto más minucioso de la información brindada por estas parteras muestra, por una parte, la penetración de los mensajes originados en la medicina científica a propósito de la alimentación apropiada durante el embarazo, así como opiniones que a este respecto difunden los medios de comunicación masiva; por otra, se aprecian mezclas entre la información precedente y antiguas ideas pertenecientes a la medicina prehispánica o colonial, muchas veces superpuesta —sin armonizar— con los datos modernos. Es evidente, como se señaló antes, el impacto de los medios electrónicos de información en el perfil profesional de las terapeutas de poblaciones que van adquiriendo gradual o violentamente patrones de vida urbana, así como las contradicciones entre lo que se expresa como consejo y lo que se practica efectivamente en una realidad caracterizada frecuentemente por la estrechez de los recursos. Como fenómeno a tener en cuenta para posibles acciones de educación para la salud, el proceso de adopción de nuevas ideas por parte de las terapeutas de estas regiones es un indicador de las transformaciones que se verifican en el dominio de la opinión al integrarse estos núcleos de población a estructuras comunicativas de alcance nacional. Naturalmente, esta información produce efectos diferenciales, según el tipo de receptor de que se trate: así, por ejemplo, el consejo de reducir los carbohidratos durante la preñez no puede ser valorado independientemente de la disponibilidad real de nutrientes, en especial cuando no se cuentan con alternativas satisfactorias. Señalar que una mujer embarazada no debe comer "más de seis tortillas de maíz al día" —rica en carbohidratos, pero también en calcio y calorías—, puede significar en los hechos privar a la futura madre de una parte sustancial de su alimentación; algo semejante puede apuntarse respecto del consumo de sal, claramente contraindicada en presencia de ciertos trastornos, pero no si la mujer muestra un embarazo normal.

Sólo las parteras que han sido adiestradas continuamente por las instituciones de salud ofrecen un conjunto sistemático de datos a propósito de la alimentación balanceada que debe comer la embarazada. En general, señalan que es "necesario comer de todo, pero de preferencia leche, verduras de la temporada y frutas". Acotan, sin embargo, "que prácticamente ninguna de sus pacientes está en condiciones de seguir los consejos sobre la dieta adecuada; es común que lleguen a consulta mujeres gestantes con desnutrición evidente; palidez exagerada del rostro y de la conjuntiva, piel reseca y marchita, bajas de peso, pelo sin brillo, etc." Durante la investigación pudo constatar que son precisamente las parte-

ras empíricas adiestradas las más conscientes de los efectos peligrosos —para la vida de la madre y del niño— resultantes de una alimentación deficiente, y por lo tanto las más preocupadas, alarmadas y desalentadas cuando comprueban el freno que resulta de las condiciones objetivas de vida a los consejos sobre la necesidad de ingerir una dieta balanceada: “Algunas mujeres, señalan, apenas si comen sopa aguada, pues ya no les alcanza para sus tortillas y sus frijoles; tortilla y frijoles comían en épocas de abundancia, pero en esta zona (Jojutla y sus alrededores) el cuartillo de frijoles* cuesta mil doscientos pesos. ¿Quién tiene esa cantidad para poder comprarlos? Cuando una mujer llega en estas condiciones, hay más dificultades para que salga la placenta, aumentan las probabilidades de hemorragias y hasta tienen dificultades para pujar. Además, si la madre está anémica, el niño recién comienza a moverse a los cinco meses, a diferencia de las madres normales que ya sienten los movimientos desde los tres meses de embarazo.” En la estructura misma de la consulta —la mayor parte de la cual es solicitada por mujeres de bajos recursos— la partera insiste en la necesidad de mejorar, dentro de lo posible, la calidad de la dieta. La entrevista con la paciente suele extenderse por un lapso de media hora o más, y en ella la terapeuta procura no sólo controlar el embarazo y aconsejar acerca de la conducta más benéfica, sino que conduce la conversación hacia temas en que afloran las dudas, las angustias y las preocupaciones de la futura madre. Estas parteras critican duramente la calidad de la atención en los hospitales civiles del estado, en donde, según su opinión, los médicos se limitan a pesar a la embarazada y a medirle el vientre; no se explican cómo el médico no advierte, o si lo advierte no toma las medidas necesarias, ante estados nutricionales deplorables de muchas de las mujeres que demandan sus servicios. En la mayor parte de los casos, las parteras empíricas adiestradas recomiendan la ingestión de Orafer (nombre comercial del sulfato ferroso), a razón de dos tabletas diarias durante los primeros seis meses de la preñez, y de tres al día en los últimos tres meses.** Algunas de las parteras que han recibido un entrenamiento menos sistemático que el de las empíricas adiestradas, sugieren a la gestante “tomar calcio, vitaminas y ponerse la vacuna antitetánica” (Tlatenchi); esta última la colocan las parteras adiestradas (de Mícatlán) entre el séptimo y el noveno mes del embarazo, a razón de dos dosis, adquiriendo el producto en la farmacia del pueblo (\$250 cada dosis), ya que las instituciones de salud que las repartían a las parteras en forma gratuita han dejado de hacerlo.

Las diferencias fundamentales que pueden observarse entre las prescripciones relativas a la dieta de la embarazada derivan de las opiniones expresadas por las parteras empíricas adiestradas, por una parte, y las parteras de corte más tradicional, por otra. En efecto, puede apreciarse que mientras las primeras han internalizado el conjunto de conocimientos acerca de lo que produce efectivos beneficios (el énfasis se pone aquí sobre lo aconsejable), las parteras más apegadas a la tradición parecen dar por sentado que la mujer debe seguir con su dieta habitual, advirtiéndole sobre aquellos alimentos que son desaconsejables en su estado (es decir, el énfasis está puesto en lo prohibido). Unas y otras, sin embargo, reflejan una clara preocupación por las condiciones de vida de gran parte de las usuarias de sus servicios, e indican una crisis creciente en los últimos años.

* Un cuartillo equivale a 1.5 kg., aproximadamente. El precio fue registrado en mayo de 1987. El salario mínimo entonces era de 3045 pesos diarios.

** El precio de venta de este producto era de \$900.00 la caja de 30 tabletas en las farmacias de Morelos. Precios a mayo de 1987.

Por regla general, la partera tradicional trata de administrar preparados a base de plantas que mejoren el apetito: es este el caso del llamado "té digestivo" que contiene estafiate (*Artemisia ludoviciana*), hierba del ángel (*Walteria americana*) y cocimiento de raíces de yolochichitl y tripas de tuza (*Cuphea aequipetala*). Aun dentro del radio de acción de las parteras tradicionales, es notable el prestigio de las vitaminas; algunas terapeutas las recomiendan a partir del quinto mes de gestación, y muchas mujeres prefieren las presentaciones inyectables.

Hemos tratado de exponer los datos de campo recogidos a propósito del comportamiento de terapeutas (tradicionales o adiestradas) y embarazadas, en presencia de la preñez normal; como se podrá apreciar, existen conjuntos sistemáticos de ideas y prácticas en los distintos grupos de parteras (y en sus usuarias), algunos vinculados a sistemas tradicionales de atención gineco-obstétrica y materno infantil, y otros evidentemente derivados del saber médico académico. En algunos ámbitos, ostentan aun su fuerza las creencias y las prácticas ancestrales (más volcadas al dominio del mito), del cual son depositarias no sólo las terapeutas sino la población en general. En otros, en cambio, el peso de la información moderna es evidente y permea (o sustituye) las antiguas costumbres y las concepciones centenarias. Todo ello nos conduce al centro mismo de una cuestión a la que nos parece oportuno aludir aquí, pues constituye uno de los pilares de los programas de atención gineco-obstétrica y materno infantil modernos: nos referimos a las nociones de *control prenatal* o de *vigilancia prenatal*. Esta cuestión resulta doblemente importante en razón de que ocupa cada vez más un lugar relevante en los programas de atención y educación, y de que se estima que de su aplicación exitosa dependen en buena medida la evolución normal del embarazo, la ausencia de dificultades en el parto y, en fin, el desarrollo saludable de la madre y del niño.

La medicina académica fija con bastante precisión las tareas que comprende la vigilancia prenatal, si bien es necesario hacer notar que estos criterios difieren cuando se alude a las labores del médico familiar que brinda atención hospitalaria (y, en consecuencia, puede solicitar la realización de exámenes y análisis de laboratorio) y las del médico que cumple funciones en centros de salud o en unidades médicas rurales del tipo de las que posee el Programa IMSS-COPLAMAR (y que no dispone de la infraestructura técnica del hospital o del laboratorio). Si el criterio de control se construye a la práctica que puede brindar el hospital, demás está decir que tal acción está lejos de ser recibida por toda la población, ya que implica no sólo el examen clínico rutinario, sino la realización periódica de análisis, como son: biometría hemática, urea en sangre, glucemia, serología luética y parcial de orina, además de la educación de la mujer embarazada. Es importante señalar que estas prácticas se encuentran en la base del proceso de medicalización creciente del embarazo y del parto. En el ámbito del IMSS-COPLAMAR se intenta "Promover la vigilancia del embarazo para la detección precoz de patologías y la valoración del riesgo obstétrico perinatal. Promover la atención del parto en la institución, especialmente para aquellas embarazadas que constituyen un alto riesgo obstétrico perinatal y aquellas que hayan concurrido a las clínicas a vigilancia y control perinatal. Promover, entre las embarazadas, la educación higiénica en beneficio de su salud y la del niño. Lograr la máxima calificación técnica en la atención del parto, a fin de asegurar la vida y

la salud de la madre y del recién nacido, lo que servirá la base para el prestigio que el programa debe alcanzar en las comunidades. Rodear a la madre y al recién nacido de la mayor comodidad posible y brindarle un trato humano durante su estancia en la clínica. Continuar con los programas de adiestramiento y control técnico de parteras empíricas en la zona de influencia de cada unidad, con el fin de mejorar su participación en la vigilancia y la atención de embarazadas y reducir riesgos en la atención doméstica del parto”¹³.

Como vemos, se trata de objetivos y procedimientos mucho más generales que aquellos que se plantean al médico familiar, y ello, naturalmente, como una consecuencia directa de las características infraestructurales del servicio y de las condiciones históricas de marginación de las poblaciones. Con realismo, el documento del IMSS-COPLAMAR señala: “Tradicionalmente, en el sector rural, sólo un número muy reducido de embarazadas recibe vigilancia prenatal y atención profesional del parto. Ello se determina por la insuficiencia de los servicios sanitarios, las dificultades de acceso a los mismos y a un prejuicio ya arraigado que subestima la importancia de la atención profesional del parto. En estas comunidades son las parteras empíricas quienes, por lo regular, se encargan de la vigilancia del embarazo y del control del parto. En otros casos, la mujer embarazada sólo cuenta con el auxilio familiar”¹⁴. A la luz de lo expresado en los documentos y de los datos recogidos en el transcurso de la investigación es posible mostrar que, si se emplea un criterio amplio para definir los conceptos de *vigilancia y control*, pueden reconocerse un buen número de acciones desarrolladas en el ámbito doméstico y en el de las parteras tradicionales destinadas a cuidar la salud de la madre y del producto, criterio, por lo demás, que aparece manifestado en el documento del IMSS-COPLAMAR. Es preciso señalar, sin embargo, que la idea de control que con más fuerza se ha desarrollado en los últimos años es la del *control médico*, cuyo paradigma está contenido en la documentación preparada para el médico familiar que brinda atención en las unidades de segundo nivel¹⁵. La situación

13. IMSS-COPLAMAR: *Atención materno infantil*, Colección de manuales del IMSS-COPLAMAR para Unidades Médicas Rurales, Serie Médica, México, IMSS, 1980, págs. 22-23.
14. *Ibid.*, pág. 21.
15. Este modelo, cuyos beneficios son innegables, propone que el médico elabore una historia clínica completa, “debiendo anotar, entre los antecedentes gineco-obstétricos, los datos de embarazos y partos si estos fueron normales; en la evolución de los puerperios, si se presentaron infecciones, el número de abortos y si hubo legrado en ellos o infección; el número de cesáreas previas y si la evolución postoperatoria cursó con fiebre o deshiscencia de la herida; el número de productos muertos o macrosómicos (...) Pesar a la paciente y relacionar su peso corporal con su estatura (...) Aparición de edema y sus características (...) La exploración física atenderá especialmente a la cuantificación del peso corporal, la tensión arterial, edema, altura del fondo uterino y auscultación del foco fetal. (...) Solicitar los análisis clínicos básicos: biometría hemática (...), urea en sangre (...), glucemia (...), tipo sanguíneo y factor Rh (...), serología luética (...), parcial de orina (...). Si el embarazo evoluciona normalmente, se harán cada mes durante los primeros seis meses de éste, y en los últimos tres meses, cada dos semanas en la clínica de adscripción, hasta el octavo mes, después del cual se enviará a la paciente para la atención del parto con la forma de Tránsito específica al hospital de gineco-obstetricia al que corresponda, según la norma institucional, en la inteligencia de que si la paciente requiere ser vista antes de iniciar el trabajo de parto, la consulta le deberá ser impartida por el médico familiar responsable (...). Si el embarazo cursa con alguna complicación, el envío de la paciente al hospital de gineco-obstetricia debe hacerse de inmediato...” Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guías diagnóstico terapéuticas. Ginecología y obstetricia. Vigilancia prenatal*, México, IMSS, 1981, págs. 379 y ss.

actual de los servicios médicos en el Estado de Morelos está lejos de satisfacer las exigencias del paradigma, incluso dentro de los hospitales. En la mayoría de las poblaciones por nosotros estudiadas se señala el deterioro progresivo de los servicios médicos, y en general en todo el territorio se estima como un retroceso las medidas de descentralización del IMSS-COPLAMAR, en virtud de la pérdida de calidad en la atención brindada por las Unidades Médicas Rurales en el momento actual.

Si a ello se suman los efectos notables de la crisis económica, la consecuencia más evidente es la existencia de una población materno infantil carenciada, y un agravamiento de los problemas a los que deben enfrentarse médicos, parteras adiestradas y parteras tradicionales.

En los párrafos anteriores nos hemos referido a los conjuntos de ideas y prácticas que se manifiestan ante lo que podríamos llamar, *grosso modo*, el embarazo normal, y sobre el que se proyectan además, las acciones del control o la vigilancia prenatal, ya sea que se ejerzan en el ámbito doméstico, en el de las parteras o en el que deriva de la actividad institucional. Pasemos ahora a considerar a la embarazada como un sujeto de riesgo, definiéndonos en el examen más particularizado de algunas de las patologías más frecuentes y en el carácter de prevención que asumen ciertas prácticas ante la posibilidad de complicaciones al momento del parto y del alumbramiento.

El estado general de la embarazada, conforme a las ideas de las parteras tradicionales y de las parteras que han tenido un contacto poco frecuente con las instituciones de salud se caracteriza por una búsqueda de equilibrio físico, mental y emocional, estado dentro del cual hay que considerar el aumento constante del calor corporal, fenómeno que introduce una variable importante al momento de seleccionar los alimentos, las bebidas o las medicinas que pudiera ingerir, y que sirve de punto de referencia para pautar la conducta más conveniente para su buena salud y la de su hijo.

Con excepción de las parteras empíricas adiestradas, quienes no hacen ninguna referencia a la idea del equilibrio frío-calor, todas las otras terapeutas la consideran una variante de importancia que impone una conducta preventiva ante eventuales desajustes emocionales (“corajes”, “muinas”), actos volitivos (“antojos”) o variaciones en el medio ambiente que pueden producirle frío (en las extremidades, en la cintura, en los senos) o calor excesivos. En otras palabras, si bien el embarazo es una circunstancia que entra dentro del espectro de la normalidad, la mujer encinta no está exenta de riesgos que derivan de su estado. La percepción de este estado —que implica, como se dijo, la búsqueda de un equilibrio lleva en los hechos a plantear distinciones que la investigación pudo captar: por ejemplo, la existencia de patologías características que *afectan a la embarazada* frente a aquellas *causadas por ella*, o bien la diferencia entre *enfermedades leves* y *enfermedades graves*, o, finalmente, la necesidad de recurrir a los servicios de la partera ante situaciones que una experiencia histórica y vital les muestra como posible fuente de trastornos al momento del parto.

Como se señaló antes, la partera tradicional de las áreas rurales suele frecuentemente cumplir con la doble función de partera y curandera, razón por la cual la demanda de ser-

vicios se realiza no sólo para la atención al momento del parto, sino en situaciones de enfermedad, fenómeno que no se verifica en el caso de las parteras que han sido adiestradas por el sistema institucional.

En numerosos estudios de antropología médica se ha señalado que la medicina tradicional concibe que la *diferencia* constituye una característica que se enlaza directamente con los estados de anormalidad, tanto para producir como para reparar el daño. En numerosas sociedades de la tierra el curandero es un “diferente”, y por ello mismo, un ser dotado de cualidades especiales. En ciertas sociedades esta diferencia la constituye un signo físico, o el ser portador de una determinada enfermedad (la epilepsia, por ejemplo, que permite “un contacto con la divinidad” y dota al enfermo del poder de sanar), o la homosexualidad, o el haber escapado milagrosamente de la muerte (v.gr. de los efectos de un rayo), etc. La mujer embarazada entra en una categoría fronteriza entre lo normal y lo anormal transitorios: puede, como se ejemplificó antes, dañar con su calor a quien recién inicia la preñez o, lo que es sumamente común en el medio rural mexicano, ser la causa de la “chipilez”¹⁶ de su hijo menor, o provocar la envidia de una mujer estéril, o ser fuente o destino del “mal de ojo”.

El análisis de la información de campo muestra que la mayor parte de las personas encuestadas coinciden en afirmar que la venida de un nuevo miembro al seno de la familia repercute sobre todo en los niños pequeños, y a veces también en el esposo y en aquellas personas que conforman el entorno de la embarazada: otros familiares, vecinos, etc. Uno de los efectos posibles que resultan del nuevo estado de la mujer es el de provocar la “chipilez” (“enchipilar”) en personas y animales pequeños. En ese sentido, la chipilez es una de las enfermedades producidas por la embarazada. Todas las parteras —incluidas las adiestradas— reconocen la existencia de la chipilez, y aunque coinciden en la referencia a los síntomas, las opiniones suelen diferir respecto de otras características que constituyen la base causal. La chipilez muestra una serie de manifestaciones tanto a nivel corporal como del comportamiento. Aunque son varias las personas o los tipos de animales que pueden “enchipilarse”, generalmente los más afectados son los niños pequeños, y, en particular, el hijo menor de la embarazada. El niño llora constantemente, pierde el apetito, su vientre se hincha, se empacha o tiende a enfermarse con frecuencia; o bien, se vuelve agresivo, violento, peleador, conflictivo. En Yautepec se afirma que la chipilez resulta de la irradiación que provoca la maternidad, lo que lleva al niño a manifestar “deseos de volver a ese calor (materno)”. En Tlaltizapán se extiende el concepto de chipilez no sólo al niño menor —en presencia del embarazo de la madre— sino al recién nacido, quien adquiere “la enfermedad por culpa de la madre, que lo carga todo el tiempo o duerme junto a él”. Las parteras adiestradas piensan que no es el embarazo en sí lo que provoca la chipilez sino que se trata de una consecuencia del abandono y la desatención, por parte de la madre hacia el niño más pequeño, durante el periodo en que se encuentra nuevamente embarazada o en el tiempo que dura el puerperio y los primeros meses posteriores a la nueva mater-

16. “CHIPILEZ. Entre indígenas y mestizos actuales, enfermedad que se cree producida en el niño por la preñez de su madre. El niño se muestra compungido y llora, como si supiera que va a ser desplazado por su hermano; habla torpemente; tiene diarrea y sus miembros adelgazan”, escribe López Austin al caracterizar de manera global este padecimiento. La voz deriva del náhuatl *tzípiti*: “TZIPITL. Niño enfermo a causa de la preñez de su madre. Uno de los daños producidos por la enfermedad era (entre los nahuas) la torpeza en el habla”. López Austin, A., *op. cit.*, págs. 291 y 299 del Vol. II.

nidad. En ese lapso, afirman, la madre concentra todos sus cuidados en el recién nacido, descuidando al más vulnerable de sus hijos, quien está más propenso a mostrar un comportamiento chipil. “El niño pequeño resiente esa situación, se pone celoso, se da cuenta perfectamente que su madre no le presta atención; entonces, se pone chipil, llora todo el tiempo, no come, no duerme, se enferma y puede morir”, señala una informante de Jojutla.

Cuando la chipilez afecta al marido, éste manifiesta una notable pérdida del apetito, se queja de dolores en las articulaciones y en las muelas, pierde interés por su trabajo, no quiere abandonar su casa, tiene “antojos”, enflaquece y siente constantes deseos de dormir.

Las parteras tradicionales consideran que cuando la mujer da a luz desaparece el elemento causal de la chipilez, por lo que el padecimiento posee un carácter transitorio. La mayor parte de las veces se abocan a tratar las manifestaciones específicas que aparecen en el cuadro general de la chipilez, como el empacho, la pérdida del apetito, el dolor en las articulaciones, etc. Conforme a la idea de que el niño pequeño, el marido o los cachorros ansían ese calor que la embarazada —en virtud de su estado— concentra, muchas de las terapias tienden precisamente a “calentar” al enfermo. En Tepoztlán, por ejemplo, se coloca en una tina con agua un manojo de alacle (*Anoda cristata*) macerado, y se procura que se caliente al sol; con esta agua se baña al niño —o a quien esté chipil— y se “talla su cuerpo con la hierba”. El paciente es envuelto con una sábana y con una cobija “para que así sude su chipilez”. Esta terapia es usualmente empleada con los niños, mientras que con el marido se aplica un procedimiento que no vacilaríamos en denominar “de eficacia simbólica”: la embarazada ata a su cintura —durante dos días— un listón de color rojo, luego de lo cual se lo amarra a “la cintura de su esposo, para que el listón le transmita el calor del niño y así, al sentirlo, logre que se componga”. En la región de Tepalcingo se cree que la chipilez de que es víctima el niño o la niña se puede transmitir a otro ser o cosa: para lograr que ello suceda y devenga la curación, el niño jugará con un gato pequeño, el cual se pondrá “teco” (delgado, feo y enfermizo), pudiendo incluso morir; si esto llega a ocurrir, el animal llevará consigo la chipilez que padecía el hijo menor. A las niñas se les dan muñecas pequeñas para que jueguen y “recojan” la enfermedad. En Yautepec se piensa que la chipilez puede prolongarse incluso después del nacimiento del último niño, y que la curación del penúltimo hijo se logra bañándolo en la misma agua que se usó para bañar al recién nacido.

La vinculación entre embarazo y mal de ojo ha sido comúnmente reportada en los estudios etnográficos. En lo que se refiere a las regiones contempladas en este estudio los informes coinciden en señalar que la preñez no convierte a la mujer en agente causal de mal de ojo; en cambio, en los lugares en donde se asocia mal de ojo y envidia, la embarazada podría eventualmente ser víctima del deseo de maternidad o paternidad que despierta su estado y que se materializa —si la persona que lo experimenta es de “vista fuerte”— en la enfermedad. Sin embargo, lo más frecuente es considerar a la embarazada como inmune al mal de ojo por encontrarse protegida por la preñez; más aun, su estado le confiere cierto poder terapéutico: el calor de sus ropas íntimas ayudará a curar a los niños del mal de ojo provocado por la mirada de un tercero.

Pasemos ahora a examinar uno de los datos que, con más frecuencia, aparece en los diferentes trabajos destinados a mostrar las prácticas que, sobre embarazo y parto, conoce la población de determinadas áreas rurales de México. Nos referimos a la “sobada” y a la “manteada”, dos procedimientos que juntos constituyen una de las principales causas de demanda de atención de las parteras tradicionales del Estado de Morelos y que todas las mujeres de las zonas indígenas o campesinas esperan les sea practicada cuando menos una vez durante su preñez¹⁷. Alrededor del quinto mes de gestación —aproximadamente— la embarazada va a casa de la partera a solicitar que la “sobe y la mantee”, con la finalidad de “acomodar al niño”, “evitar que el niño se pegue a la placenta y la placenta al útero”, y lograr de este modo que no se presenten problemas en el nacimiento y en la expulsión de las secundinas. Las maniobras que la partera realiza tienden a “despegar lo adherido”, “desencajar al niño de una posición incorrecta en que se ha encajado en el vientre de la madre”. La preocupación por la manteada es tan manifiesta, que en el curso de la presente investigación pudo comprobarse cómo en los hogares de las parteras que tienen fama de mantear bien se forman colas de mujeres que esperan ser atendidas. Esta idea de que es necesario acomodar el producto es una de las más arraigadas en toda la población, incluso entre mujeres de las zonas conurbadas y urbanas del estado. Más aun, muchas de las embarazadas derechohabientes del IMSS o ISSSTE concurren durante la gestación a solicitar la asistencia de las parteras expertas en mantear*.

Dos tipos de síntomas motivan que la embarazada solicite este servicio: en primer lugar, cuando la mujer dice sentir malestares en el abdomen, sensación de endurecimiento, de opresión, o bien dolores en el vientre; en segundo lugar (aunque no en orden de importancia), cuando el niño está encajado, en una posición incorrecta, lo que le ocasiona dolor en la parte baja del abdomen, hacia la izquierda o la derecha, algunas veces de modo tan intenso que se le transmite a la pierna correspondiente impidiéndole caminar. El “encajamiento de la cabeza del niño” hacia el lado derecho o izquierdo inferior del abdomen es, a juicio de la partera, lo que ocasiona el dolor. El procedimiento destinado a acomodar al niño consiste en una serie de maniobras que la partera realiza con la finalidad de despe-

17. Al analizar las prácticas populares españolas relativas al embarazo y el parto, Foster señala que: “En Tineo (Asturias) se tenía, todavía a comienzos de este siglo, una antigua costumbre española, el *manteo*, muy conocido por los lectores de Don Quijote, debido al tosco tratamiento que se le dio en la venta a Sancho Panza. Se ponía a la parturienta en una manta cuyas puntas eran empuñadas por cuatro corpulentas muchachas, quienes procedían a mantearla, lanzándola por el aire una y otra vez”. Tras afirmar lo cual Foster anota: “El manteo ha sido descrito también en América”, invocando a Gutiérrez de Pineda, para Colombia, y a Oscar Lewis para México. Foster, G.: “Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia”, en: Kenny, M. y M. de Miguel (Comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, 1980, pág. 255. Más allá de la asociación al pasaje cervantino, resulta poco creíble esta manipulación de la embarazada, que no vacilan en repetir autores sumamente prejuiciados contra las prácticas de las parteras tradicionales, como Lucien Biart en su *La Terre Chaude, Scènes de moeurs mexicaines*, citado por Nicolás León, *op. cit.*, págs. 83-84. La anécdota narrada por Biart muestra el mejor estilo denostador de las parteras, tan caro por lo demás a ciertos médicos positivistas de fines del siglo pasado. En lo que respecta a Foster, la manteada a la que hace referencia Lewis está lejos de reflejar a la embarazada volando por los aires. Al igual que en los datos de campo recogidos por nosotros en Morelos, y que se exponen enseguida, se trata de una operación mucho más delicada (y diferente) a la contenida en el Quijote.

* La descripción que hacemos de la manteada refleja los procedimientos de las parteras de Miacatlán, principalmente. En este lugar se obtuvieron los datos en numerosas visitas a terapeutas reconocidas por su prestigio, que atienden a población local y de zonas vecinas. Precisamente en Miacatlán se corroboró el dato de que numerosas usuarias son derechohabientes del IMSS.

garlo de la placenta y colocarlo en la posición correcta. Para practicar la *sobada*, la terapeuta solicita a la paciente que se tienda en el piso, sobre un petate, en posición supina, y que se alce el vestido de manera que su vientre quede al descubierto. La partera arrodillada a su lado palpa el abdomen con la punta de los dedos, a efectos de ubicar las distintas partes del cuerpo del niño: pies, cabeza y nalgas, principalmente; a continuación colocando las manos a ambos lados del vientre y presionando con los dedos, procede a moverlo en distintas direcciones, con movimientos cortos y rítmicos, a fin de “soltar lo que hay dentro”. Si el niño no se encuentra en buena posición —lo que la terapeuta advierte en la manipulación inicial—, la partera procede con firmeza a desplazar el cuerpo de la criatura de manera que la cabeza quede hacia abajo y los pies en dirección opuesta. Se necesita un mínimo de tres sesiones como ésta para que el niño quede en la posición deseada, realizándose en cada una sólo una parte del desplazamiento definitivo. Para la *manteada*, la partera dobla un trozo rectangular de manta de aproximadamente 1 x 1.5 m, de modo de obtener finalmente una faja de 1.5 x 0.10 ó 0.15 m; hace pasar esta faja por debajo del cuerpo de la mujer a la altura de la cintura y colocándose de pie con las piernas abiertas, cercana a las ingles de la embarazada, procede a levantar la manta tomándola por ambos extremos y a “jalar” dos o tres veces de cada uno de los lados; esta operación, hecha con firmeza pero sin violencia, la repite también en dos o tres ocasiones. Quita enseguida la faja que se encuentra debajo de la embarazada, se coloca entre las piernas de ésta a la altura de las pantorrillas, y pasando las manos por debajo de los muslos (y colocando las piernas de la paciente bajo sus brazos), la levanta hasta la cintura y la sacude cuatro veces, tirando de las piernas en dirección de sus propios brazos. Una variante registrada en Jojutla consiste en colocar a la mujer arrodillada con las manos en el piso, de manera que su vientre cuelgue; la terapeuta pasa entonces una manta por debajo del abdomen, y tomándola por ambos extremos mueve el vientre de la mujer unas dos o tres veces de cada lado; posteriormente, la paciente se acuesta en posición supina y la partera realiza la operación de la misma forma en que fue descrita antes, en el registro de Miacatlán. Una de las parteras tradicionales de Hueyapan se hace ayudar por el espoco de la paciente al acomodar el feto; aquel sostiene las piernas de la embarazada lo suficientemente altas como para que la mujer quede acostada, apoyada sobre la parte superior de la espalda, mientras la partera procede a acomodar a la criatura. Esta terapeuta enfatiza sobre las dificultades que tiene la embarazada, especialmente en los últimos meses de la gestación, para realizar las tareas domésticas, dados el peso y volumen de su vientre. Por ello recomienda que la mujer use una venda que pasará por delante de su cuerpo, debajo del abdomen, y que por detrás atará a su cintura. Cuando la mujer está de pie, la venda sostiene el vientre, pero cuando yace, la misma queda libre en la cintura.

Antes de pasar a hacer mención de las causas de demanda de atención que constituyen verdaderas patologías, es necesario detenernos a comentar la importancia de la práctica de la *manteada*, su notable distribución en amplias zonas del territorio nacional y su persistencia a través del tiempo. La costumbre de mantear a la embarazada es un tema que ha sido registrado en diversas fuentes etnográficas y en algunas crónicas médicas; sin embargo, se ha hecho poco hincapié en el análisis de los efectos que al mantear y el sobar tienen sobre la gestante, y en la repercusión al momento del parto. Nos parece, también, que ha existido la tendencia a registrar el hecho en sí y los propósitos que —según los informantes— guían su ejecución, pero no se ha asociado esta práctica con una serie de eventos concomitantes, no obstante que se alude a ellos por lo menos desde los testimo-

nios de los informantes de Sahagún en el siglo XVI. Finalmente, podría decirse otro tanto respecto de la vinculación de la manteada y la sobada con ciertos consejos, recomendaciones y prohibiciones que se expresan en el ropaje del lenguaje mítico, del agüero, la abusión o la leyenda, y cuya función última es alertar a la mujer preñada sobre las consecuencias de un parto distócico.

¿Qué significa en términos médicos la posibilidad —expresada por las parteras y las pacientes— de que el niño o la placenta “se peguen”, dificultando ulteriormente el trabajo de parto, el parto mismo y el alumbramiento? Creemos que no otra cosa que los problemas de la expulsión del producto, los amnios y la placenta. Consecuentemente, desde los tiempos prehispánicos en Mesoamérica y, seguramente en el seno de otras culturas del mundo, ha existido la preocupación por lograr que la mujer llegue al término de su gestación habiendo sorteado una serie de problemas que suelen ser característicos de su estado y que pueden conducirla a la muerte.

En este contexto, las dos palabras claves son *pegarse* y *encajarse* (o *desacomodarse*), y es necesario no hacer una interpretación literal de muchos de los textos antiguos o de las opiniones populares actuales para poder apreciar la fuerza de la preocupación. En otras palabras, todas estas manifestaciones son —como dirían los semiólogos— un *indicio* de un fenómeno diferente y trascendental.

En su *Historia verdadera de las cosas de Nueva España* Sahagún cita abundantemente los testimonios que muestran cómo la ideología prepara a la mujer ante la posibilidad de la pérdida del producto e, incluso, de la muerte durante el parto. Los auténticos padres de la criatura no son la embarazada y su esposo, sino el dios dador de la vida: “Por ventura es verdad que nuestro señor *Quetzalcóatl*, que es criador y hacedor, os ha hecho esta merced. Por ventura lo ha determinado el que reside en el cielo, un hombre y una mujer que se llaman *Ometecutli*, *Omecíhuatl*” (...); “... mirad que no atribuyáis esta merced a vuestros merecimientos; porque si estos hiciéredes (...) os enviará algún castigo, de manera que perdamos lo que dentro de vos está, matándolo nuestro señor o permitiendo que nazca sin sazón o muera en su ternura”¹⁸. Es evidente que el consejo dado a la joven preñada —y los ejemplos podrían multiplicarse— constituye una advertencia ante un hecho que las sociedades campesinas antiguas y modernas enfrentan cotidianamente: la muerte a la hora del parto.

El mismo Sahagún registra agüeros y abusiones que indican también la expresión, en el nivel de la conseja popular, del temor ante la posibilidad de llegar al parto con el niño “pegado”: Comer los tamales pegados a la olla, podía provocar que la “mujer nunca pariría bien; (...) nunca bien pariría (...), se le pegaría el niño dentro”¹⁹. Si bien las relaciones sexuales eran aconsejables durante los primeros meses de la preñez, la pareja debía abstenerse de la cópula hacia el fin del embarazo: “... si pluguiere a dios que merezcamos que nazca vuestra criatura que dios os ha dado, y viniere muy envuelta de la suciedad que causa el acto carnal, por ventura moriréis en el parto, porque aquella viscosidad es pegajosa, e impedirá la salida de vuestra criatura porque hubo efusión de simiente sin haber

18. Sahagún, Fray Bernardino de, *op. cit.*, pág. 369.

19. *Ibid.*: pág. 281.

para qué, y así se hace pegajosa como engrudo, y podréis morir del parto”²⁰. Y también: “... también mandaba la partera a la preñada que cuando ya llegaba cerca el tiempo de parir, que se abstuviesen del acto carnal, porque si lo hiciese así la criatura saldría sucia y cubierta por una viscosidad blanca como si fuera bañada con *atolli* blanco (...) y esa misma viscosidad da mucha pena, y dolor a la mujer cuando pare, tiene mal parto, y aun queda lastimada por dos o tres días, y cuando pariere dará muchas voces con el dolor, porque aquella viscosidad es pegajosa y no dejar salir a la criatura libremente...”²¹. Respecto a las posibilidades de que el niño tuviera una posición anormal al momento del parto, los informantes de Sahagún mencionan: “También la partera mandaba a la preñada que no mirase lo colorado porque no naciese de lado la criatura...”²². El mismo texto señala por lo menos en dos pasajes la conveniencia de que la mujer no duerma mucho durante el día, recomendación que nosotros creemos vinculada a la posibilidad de problemas al momento de la expulsión de la placenta. Respecto de la temperatura del baño de temazcal en que debía bañarse la embarazada, se recomendaba que aquella fuera moderada, porque “... había peligro de escalentarse la criatura, si estaba el agua muy caliente, y así se pegaría de tal manera que no podría nacer”²³.

Al referirnos un tanto prolijamente a los peligros que se derivaban del hecho de que el niño se pegara o desacomodara, hemos querido subrayar algo que los textos sahguntinos testimonian abundantemente: el temor, expresamente manifestado, ante el parto y sus posibles consecuencias nefastas. Por ello la partera es reconocida por su pericia para sobar y acomodar a la criatura, operación que tenía lugar en el temazcal o en el interior de la vivienda que serviría de recinto para el parto: “... y luego metía en el baño a la moza preñada, y la palpaba con las manos el vientre, para enderezar la criatura si por ventura estaba mal puesta, y volvíala de una parte a otra (...). Después de sacada del baño la palpaba la barriga, y esto hacía muchas veces aun fuera del baño, y esto se llamaba palpar a secas...”²⁴. Asimismo, cuando se trataba de un parto dificultoso, la partera apelaba nuevamente a su técnica para acomodar al niño: “... y si pasaba una noche y un día, que no paría la paciente, luego la metían en el baño, y en el baño la palpaba la partera y le enderezaba la criatura, si por ventura se había puesto de lado o atravesada; enderezábala para que saliese derechamente”²⁵.

En una revisión realizada por Sheila Cosminsky sobre la función de las parteras en la medicina tradicional de Mesoamérica, queda evidenciada la importancia de la práctica de la sobada en numerosos grupos del área rural. Pese a que, como señala esta autora, “pocos estudios dan detalles específicos sobre los masajes”²⁶ abdominales que suministra la partera, esta terapia se ha registrado en numerosos lugares de México y Guatemala, entre ellos: Tepoztlán, Tzintzuntzan, Chan Kom, Cherán, Santa Lucía, San Pedro la Laguna, Juxtlahuaca y entre los mazahuas del Estado de México. Entre los huaves de San Mateo

20. *Ibid.*: pág. 270.

21. *Ibid.*: págs. 377-378.

22. *Ibid.*: págs. 370-377.

23. *Ibid.*: pág. 377.

24. *Ibid.*

25. *Ibid.*: pág. 379.

26. Cosminsky, Sheila: “El papel de la comadrona en Mesoamérica”, *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XXXVII, No. 2, abril-junio 1977: págs. 311-312.

del Mar, Oaxaca, se señala la necesidad de que la partera conozca “los dos principales actos concernientes a la profesión: es decir, el masaje y el corte del ombligo”²⁷. Xóchitl Prado registra entre los purépechas el dato de que “en caso de que el niño esté mal acomodado se recurre a la partera, quien realiza las maniobras pertinentes para ‘acomodar’ el producto”²⁸.

Todos estos testimonios, y los recogidos por nosotros en el campo, apuntan a señalar que el momento más grave es —sin dudas— el de la expulsión de la placenta, pues es allí donde se verifica el mayor número de hemorragias. Este hecho se explica a la luz de estudios modernos que plantean los problemas que se presentan con la placenta de madres desnutridas, las que, en un buen porcentaje, son las pacientes habituales de las parteras tradicionales. Si se piensa en la desnutrición de las mujeres de las áreas campesinas como un evento altamente frecuente a lo largo de toda la historia del país, se comprenderá mejor la preocupación por las condiciones de la placenta al momento del alumbramiento, así como todas aquellas referencias que desde Sahagún a la fecha se hacen sobre la necesidad de que la parturienta esté bien alimentada. No puede pasar inadvertido el hecho de que en todos los informes de campo y en muchos materiales de los etnógrafos se haga alusión a lo negativo de dormir mucho, al estado del cabello, a la palidez o a la influencia del trabajo físico excesivo en la mujer campesina que se encuentra embarazada. Las parteras a las que nos tocó entrevistar son conscientes —seguramente como resultado de frecuentes observaciones— de la vinculación entre desnutrición y hemorragias al momento del parto. La literatura médica moderna advierte que: “La mayor incidencia de hemorragias placentarias se ha reportado en estados de deficiencias generales de proteínas y vitaminas, estados anémicos, casos de insuficiencia vascular, de hipertensión, y de exceso de trabajo físico...”²⁹. “La información referida establece una asociación consistente entre grupo socioeconómico y estado nutricional materno, y una correlación significativa de estas dos variables con el tamaño de la placenta y el peso del neonato. (...) Hay un marcado incremento en las tasas de mortalidad perinatal en neonatos cuyas placentas presentan un peso 40% inferior al normal para la edad gestacional. (...) Otros autores citan que la incidencia de características patológicas placentarias entre las que se incluyen cotiledones mal definidos, hemorragias e infartos, fibrosis del estroma veloso, nódulos sincitiales y necrosis fibroide, se incrementó significativamente en relación inversa al grupo socioeconómico”³⁰.

La condición nutricional de la mujer se ve agravada con el intenso trabajo físico que en la mayor parte de las áreas rurales se ve forzada a realizar, tanto dentro del ámbito doméstico como en las tareas de la agricultura de subsistencia, en la cría de animales domésticos y en la confección y venta de artesanías. “La actividad física desarrollada durante el embarazo demanda un gasto energético que en condiciones de desnutrición o de baja ingesta calórica puede repercutir en la disponibilidad de energía para el crecimiento fetal”³¹. “En

27. Rita, Carla, *op. cit.*, pág. 283.

28. Prado, Xóchitl: “Embarazo y parto en la medicina tradicional del área p'urhépecha”, en revista *Relaciones*, Michoacán, Colegio de Michoacán, No. 20, Vol. V, Otoño de 1984: pág. 114.

29. Núñez Urquiza, Rosa María: “La placenta de madres desnutridas”, *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1, enero-febrero, 1988: pág. 88.

30. *Ibid.*: págs. 57-58.

31. *Ibid.*: pág. 63.

una mujer de bajo peso y con baja ingesta calórica el trabajo físico excesivo ejerce un esfuerzo aditivo a los otros dos factores ya de por sí negativos”³². Todos los datos anteriores muestran que el peligro de que se produzcan dificultades al momento del alumbramiento constituye efectivamente una realidad, situación doblemente crítica si consideramos que al estado general de deficiencia nutricional de la parturienta se suman las difíciles condiciones de la atención gineco-obstétrica y la escasez de recursos para enfrentar esta emergencia. El empleo del temazcal, del torito, del baño de tina o de vapor, el uso de plantas medicinales u otras sustancias de origen animal, así como el recurso a maniobras manuales constituyen el *armamentarium* que la partera emplea al momento del parto, ya sea normal o distócico. Estudios experimentales modernos permiten avalar la eficacia de muchas de estas prácticas: así, por ejemplo, equipos científicos ingleses, japoneses o suizos realizan importantes investigaciones sobre el más tradicional y usado de los útero-evacuantes mexicanos: la *Montanoa tomentosa*, el ya mencionado zoapatle o cihuapactli, con prometedores resultados. No parece suceder lo mismo con los recursos para enfrentar un alumbramiento distócico, frente al cual pueden observarse severas limitaciones de la materia médica popular. Un alumbramiento distócico es una posibilidad que ninguna partera espera tener que encarar, siendo incluso una situación problemática para los propios profesionales médicos. No existe hasta el presente una investigación clínica acerca de la efectividad de la sobada y de la manteada como prácticas tradicionales de ginecología y obstetricia; por lo demás, los trabajos sobre desnutrición en mujeres embarazadas parecen ofrecer suficiente evidencia sobre la gravedad de los problemas que se plantean —a parteras y médicos— al momento del alumbramiento en este tipo de población. La importancia de este fenómeno explica la preocupación de las comunidades —consciente o inconscientemente expresada—, así como el vasto universo de mitos, prescripciones, recomendaciones, terapias y maniobras —como la manteada y la sobada— que se manifiesta e implementan durante la etapa del embarazo y cuya finalidad indudable es crear las mejores condiciones posibles para lograr un parto y, sobre todo, un alumbramiento normales.

Todo lo anterior confirma el carácter preventivo de las prácticas descritas y la finalidad que persiguen. Sin embargo, antes de hablar del trabajo de parto y del alumbramiento es necesario hacer referencia a las enfermedades características del embarazo y a las terapias a las que recurren los distintos tipos de parteras entrevistadas en este estudio.

La clasificación de las enfermedades que se pueden manifestar durante el embarazo, los criterios para enfrentarlas, la estimación de su gravedad y los recursos utilizados en los tratamientos varían sensiblemente conforme al perfil de las parteras que fueron consultadas en la investigación. Dentro de los límites de normalidad que, en términos generales, enmarcan el proceso del embarazo, aparecen ciertos trastornos de carácter pasajero que no producen consecuencias graves ni para la madre ni para el producto. Tanto en el ámbito de las parteras empíricas adiestradas, como en el de las empíricas no adiestradas y tradicionales, la percepción de estos malestares no constituye sin embargo un proceso homogéneo que siga pautas taxonómicas semejantes. Aunque todas las terapeutas consultadas están de acuerdo en reconocer la existencia de dos grupos de padecimientos —a los que podríamos denominar “leves” y “graves”—, la línea divisoria entre ambos varía, de la

32. *Ibid.*: pág. 64.

misma manera que uno u otro grupo de terapeutas clasifica dentro de esas dos grandes categorías entidades diferentes. La preeclampsia, la eclampsia, el ptialismo o la diabetes pertenecen claramente al espectro de las patologías reconocidas por las parteras empíricas adiestradas, causa de control y derivación médicos. La amenaza de aborto —uno de los motivos de preocupación frecuentes durante esta etapa— es concebido como una entidad o bien como una consecuencia, según el tipo de informante consultado. En síntesis, tampoco se observa aquí un patrón homogéneo en la taxonomía de las enfermedades de la embarazada y, por lo demás, es posible percibir “zonas móviles” en la clasificación que resultan de la penetración de concepciones médicas en contextos específicos. Sin embargo, algunas alteraciones son reconocidas por todas las parteras: es este el caso de los ascos, las náuseas, las estrías (“estrillas”), el “pañó” y los antojos. Las náuseas y los ascos son considerados como síntomas clásicos del estado de embarazo, especialmente en su etapa inicial; se trata, en general, de una reacción ante la presencia de ciertos olores o sabores, e incluso ante la visión de ciertos alimentos. Para las parteras tradicionales, si los ascos se prolongan durante un tiempo considerable, resultan objeto de preocupación en la medida en que la embarazada no logra alimentarse adecuadamente; si el asco provoca vómitos frecuentes, los pocos alimentos que la mujer logra ingerir no son debidamente aprovechados. Ante la amenaza de que la gestante se debilite, las parteras señalan que es necesario “cortarlos” mediante la ingesta de ciertas frutas ricas en general en sustancias ácidas y electrolitos: limón, mango y pepino, condimentadas con sal o chile. Las parteras tradicionales que mantienen un contacto mayor con la información médica interpretan la aparición de las manchas en la cara —el conocido “pañó”, el cual recibe tratamiento una vez nacido el niño— como resultado de insuficiencia hepática. No obstante ésto, las terapias recuerdan más a la medicina colonial que a la materia médica prehispánica o moderna; para lograr que el paño desaparezca la púerpera deberá: evitar el contacto con el sol, colocarse sobre el rostro los pañales con la orina del recién nacido, ingerir un licuado de sábila (*Aloe vera*, *Aloe barbadensis*) o recurrir a una aplicación tópica de esta misma planta en la región manchada.

Del conjunto de malestares leves —algunos de los cuales, como ya dijimos, pueden evolucionar negativamente— son sin duda los antojos los que más han llamado la atención de los investigadores y a los que mayor importancia se les concede popularmente. Como tantos otros aspectos ligados a la salud se encuentran en diversas tradiciones de todo el mundo, y los datos de campo actuales muestran la doble vertiente de las creencias prehispánicas y mediterráneas europeas. En términos generales, puede definirse como la necesidad manifiesta, compulsiva y —muchas veces— pasajera de satisfacer un deseo, usualmente —aunque no exclusivamente— de carácter alimenticio. Cabe aclarar que en muchos lugares —no sólo de México sino de América y de Europa— la denominación se extiende, por metonimia, al signo exterior que se supone aparece como consecuencia del antojo no satisfecho, una mancha facial, las más de las veces. La otra aclaración que es preciso hacer se refiere a la creencia de que es el niño —y no solamente la madre— quienes desean ver satisfecho el antojo. “Dos creencias nahuas —escribe López Austin— constituyen interesantes casos de paralelismos con las concepciones europeas: el antojo de la preñada y la impresión en el niño de las malas experiencias de la madre. El antojo de la preñada era concebido como la expresión de las necesidades del niño a través de su madre. Se creía que el no satisfecho mostraba al nacer las huellas de su deseo. La mala experiencia de la madre

también redundaba en perjuicio de la criatura, y así, por ejemplo, si la madre veía un ahorcado, el niño, al nacer, traería enredado al cuello el cordón umbilical”³³.

La cita de López Austin importa tanto por la referencia a tradiciones semejantes en Europa y América y por mostrar la antigüedad de una concepción que se prolonga hasta hoy, como porque muestra los mecanismos del pensamiento analógico, de gran importancia en la explicación del antojo: el antojo no satisfecho de comer pescado o ciruela provocará que el niño muestre en su rostro o en su cuerpo una mancha cuya forma recuerda al animal o al fruto. La comprobación del antojo insatisfecho es, naturalmente, un aserto que se hace siempre a *posteriori*: si el niño exhibe al nacer una mancha, *entonces* puede deducirse que la madre, durante la preñez, sintió deseos de aquello que la mancha señala. De todo ello y porque un antojo que se manifiesta en forma particularmente intensa y, que de no ser satisfecho puede incluso provocar el aborto resulta, en los hechos, la importancia de ver satisfechos los deseos expresados por la madre. Las parteras proporcionan diferentes recomendaciones para enfrentar aquellos casos en el que el antojo no pueda ser satisfecho: en Tepoztlán y Tepalcingo recomiendan hervir durante diez minutos cinco ramos de muicle (*Jacobinia spicigera*), camote de la flor de San Diego (?) y un objeto de oro o un trozo de estambre rojo y beber la infusión resultante como agua de tiempo. En Yautepec aconsejan beber una cucharada —cada dos horas— de “coral compuesto”, un preparado que venden los hierberos de Morelos, en caso de que el antojo no satisfecho pueda derivar en amenaza de aborto. En Hueyapan y Jojutla —el dato resulta significativo porque se trata de parteras con una formación radicalmente distinta— se estima que ciertos antojos no deben ser satisfechos inmediatamente, como es lo usualmente aconsejado, pues pueden presentarse problemas mayores a la embarazada. Por ejemplo, sería contraproducente satisfacer el antojo de chocolate de la gestante si esta ha hecho “un coraje” (Hueyapan), o el de comer tierra (Jojutla), pues en ambos casos se atentaría contra la salud de la madre y del niño. Para afrontar este problema debe procurarse un sustituto, como beber agua con azúcar y fécula de maíz (“maicena”).

Dos observaciones son posibles de realizar a la vista de la información de campo registrada sobre los antojos. La primera de ellas se refiere a la incidencia de las malformaciones congénitas de la piel detectadas en estudios sobre población demandante de servicios institucionales. Si bien estos trabajos se han concentrado fundamentalmente en pacientes de las áreas urbanas, es significativa la presencia de anomalías de la piel en recién nacidos, que las ubica como el segundo grupo de los cinco tipos de malformaciones con incidencia mayor al 1 por mil. “Las anomalías de la piel constituyen un grupo de escasa repercusión clínica, aunque en ciertos casos se asocian con problemas estéticos, ya que corresponden fundamentalmente a nevus de diferentes tamaños y localizaciones”³⁴. Faltaría saber, naturalmente, si la misma incidencia se manifiesta en las áreas rurales; de ser así se explicarían las continuas referencias que las parteras hacen a este tipo de malformaciones en recién nacidos por ellas atendidos, y la vinculación que la población establece entre los antojos y las manchas en la piel. Por otra parte, el hecho de que se trate, como dicen Mutchinick y colaboradores, de un grupo de malformaciones “de escasa repercusión clínica” explicaría

33. López Austin, A.: *op. cit.*, pág. 339.

34. Mutchinick, Osvaldo *et al.*: “Programa Mexicano de ‘Registro y vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas externas’”, *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1. enero-febrero, 1988, pág. 94.

también que se los clasifique dentro del grupo de manifestaciones leves, a diferencia de lo que ocurre cuando se presenta espina bífida o labio y paladar hendidos, dos malformaciones graves.

La segunda observación está referida a ciertos aspectos característicos de la alimentación que son puestos en evidencia en los antojos, y que podrían llevar a suponer la influencia de factores orgánicos también peculiares de un momento del embarazo³⁵. En efecto, todo parece indicar que las mujeres embarazadas —especialmente en las primeras etapas de la preñez— pueden desear compulsivamente ciertos frutos, comidas o bebidas en que predominan los sabores ácidos, salados o picantes, como cediendo a un reclamo de su organismo.

Frente a las enfermedades graves sufridas por la embarazada, la conducta asumida por las parteras tradicionales y por las empíricas adiestradas difiere notablemente. Mientras la segunda canaliza a la paciente al control y la atención médicos, la partera tradicional —en parte por conservar el perfil de partera/curandera, en parte por actuar en zonas en donde la carencia de servicios médicos suele ser notoria— debe enfrentar con sus propios recursos las vicisitudes de la enfermedad. Como mencionamos en páginas anteriores, ante los casos de toxemia, preeclampsia, eclampsia, ptialismo, diabetes, trastornos circulatorios, cardiovasculares o renales, las parteras adiestradas, las parteras no adiestradas y un buen número de parteras de corte más o menos tradicional, optan por derivar a sus pacientes hacia las instituciones médicas. El conocimiento obtenido en los cursos de adiestramiento acerca del significado de algunos signos característicos de estas enfermedades, así como cierta rutina en el control de los partos de alto riesgo, han llevado a que se establezca un mecanismo de derivación más o menos formal entre la partera empírica adiestrada y la institución de salud. Esto trae como consecuencia que difícilmente algunos de estos padecimientos reciba atención directa de la terapeuta. Las parteras tradicionales actúan bajo un patrón diferente: emplean muchas de las terapias conocidas en el medio rural para atender a pacientes que sufren de flujos vaginales, amenaza de aborto, hemorroides, calambres en las extremidades, mal de orín, vómitos, anemia y debilidad. Los flujos vaginales son considerados una enfermedad de “frío”, que deben tratarse pues son dañinos, especialmente cuando se presentan en la última etapa del embarazo. Cuando ello ocurre, el recién nacido puede verse afectado, presentando irritaciones en la piel y en los ojos.

Al referirnos a la esterilidad no deseada se hicieron algunas observaciones referentes a la amenaza de aborto, la cual es considerada en general como una entidad; llama la atención que al referirse a ella (especialmente cuando se presenta en etapas avanzadas del embarazo), las parteras no parecen interesarse tanto por determinar los factores causales como por enfatizar la importancia de los recursos a emplear para evitarlo y la premura con que deben intervenir para salvar el producto. En términos generales, las terapias tienen en co-

35. De manera semejante a lo que ocurre con la aparición de vómitos y náuseas durante el embarazo, fenómeno íntimamente asociado a carencias en piridoxina (vitamina B₆) en el organismo de la gestante. Estudios realizados en diferentes culturas que consumen alimentos ricos en esta vitamina, muestran una notable disminución de los síntomas antes mencionados, a diferencia de lo que ocurre en pueblos cuyas dietas contienen una proporción ínfima de piridoxina. Estudios científicos han mostrado la efectividad de la vitamina B₆ en el control de las náuseas durante la preñez. Cfr. Minturn, L. and A.W. Weiher: “The Influence of Diet on Morning Sickness: A Cross-Cultural Study”, *Medical Anthropology*, Vol. 8, No. 1, 1984: págs. 71-75.

mún la ingestión de infusiones de plantas y la recomendación de guardar reposo en una “cama dura, con los pies levantados a mayor altura que la cabeza”. Una de las recetas registradas en el curso de esta investigación es una decocción de corteza de encino (*Quercus sp.*): 100 g de la corteza hervidos —durante diez minutos— en un litro de agua; la preparación debe ser tomada como agua de tiempo. Al mismo tiempo, a la mujer se le aconseja darse baños de asiento —dos al día, por lo menos— con una infusión que resulta de hervir en cinco litros de agua, romero, árnica (*Heterotheca inuloides*) y la hierba del cáncer (*Oenothera rosea*). La segunda de las recetas registradas es la misma que se recomienda en Tepoztlán y Tepalcingo para cortar el antojo, ya que se piensa que el antojo no satisfecho es, precisamente, una de las causas posibles de aborto.

Es sabido que una serie de malestares menores se tornan especialmente insidiosos durante la gestación. Así, las parteras señalan que la mujer puede presentar hemorroides, por lo que se le recomienda “tomar mucha agua, no hacer demasiados esfuerzos al evacuar y darse baños de asiento —dos o tres veces al día— con una infusión fría de malva (*Malva parviflora*)”. Los calambres en las extremidades pueden ser causados —según las informantes— por falta de calcio, por exceso de sal o porque la embarazada se encuentra permanentemente nerviosa. Para evitarlos recomiendan restringir el consumo de sal, aumentar la ingestión de agua, ingerir “suplementos de calcio, que se venden en las farmacias”, así como tomar un licuado de leche con huevo al que se le agrega un trozo de su cáscara molida. Un complemento del tratamiento son los masajes con alcohol en la zona afectada, realizados en forma ascendente.

Otro de los padecimientos mencionados por la mayor parte de los informantes, es el que se conoce con el nombre de “mal de orín”, bajo el que se clasifican —en la medicina tradicional mexicana— una serie de trastornos que van desde la diabetes hasta infecciones de las vías urinarias. En el caso particular de Morelos se reconoce bajo este nombre un conjunto de padecimientos —muy probablemente de naturaleza infecciosa— que afectan las vías urinarias; se considera que pueden ser causados por exceso de calor en el cuerpo, por comer cosas irritantes, por contagio o por enfriamientos bruscos. Para curarlo, recomiendan la ingestión de té de cabellos de elote (*Zea mays*) junto con coyotomate o costomate (*Physalis coztomatl*), una o dos veces al día; además de beber esa infusión, la mujer debe darse baños de asiento con una infusión de hierba rasposa (*Tournefortia hirsutissima*) o agua fría.

Algunas parteras tradicionales indican que durante el embarazo la mujer puede mostrar várices en sus piernas, para lo cual aconsejan recostarse con los pies colocados a mayor altura que la cabeza. Señalan también su preocupación ante el hecho de que muchas de las parturientas que solicitan sus servicios muestran várices en los senos y en las cercanías de los genitales, muchas veces de una notable dilatación, signo inequívoco de que la mujer tiene severos problemas circulatorios. En esos casos —especialmente cuando se trata de várices en los senos— el tratamiento consiste en aplicaciones —de una mezcla de sábila, vinagre, sal y mezcal— sobre la zona afectada.

Las terapeutas que siguen un patrón de atención a la salud más apegado a las tradiciones indígenas señalan que cuando una mujer recurre a ella aquejada por síntomas tales como

ascos, dolor de cabeza, desmayos, falta de apetito o debilidad, éstos pueden o no deberse a un embarazo, pero reflejan con seguridad un estado nutricional deficiente. La terapia que se aplica en estos casos tiene por finalidad “animarla, desinflamarle los intestinos mediante frotaciones, tonificarla y calmarla”. Para ello, el tratamiento se asemeja mucho al que prescriben para la esterilidad. El diagnóstico sigue pautas ancestrales (luego de frotaciones para desinflamar sus órganos internos se pasa por el cuerpo de la paciente un huevo de gallina que al ser roto y vertido en un vaso con agua le indicará a la terapeuta la naturaleza del mal). A pesar de tratarse de parteras cuya materia médica está compuesta esencialmente por plantas, consideran fundamental que la mujer reciba, además, una inyección de vitamina B₁₂ intramuscular (pudo observarse que se emplea cualquier preparación comercial, de 50 000 unidades, a razón de 2 cm cada tercer día), para que así logre “calmarse”. Al mismo tiempo, la paciente debe ingerir un tónico hecho de raíces de yolochichitl, altarreina y tripas de tuza con la finalidad de estimular su apetito. Si la mujer está efectivamente embarazada, esta terapia, lejos de afectar al feto, lo favorece como resultado del mejoramiento de su apetencia y de su estado general; si no lo está, también se verá beneficiada por las vitaminas y el tónico, y como señalan “la regla le bajará antes del cuarto mes” (ya que, se trataba de un retraso en la menstruación y no de preñez). Esta terapia revela al menos, tres aspectos: en primer lugar, la mujer de estas regiones recibe —en la primera fase de su embarazo— la atención que le proporciona el ámbito doméstico y que incluye tratamientos a una serie de padecimientos considerados “menores”, por lo que, el hecho mismo de que consulte a la terapeuta es indicativo de que los malestares que manifiesta han entrado en el terreno de lo patológico; en segundo lugar, confirma, una vez más, la preocupación de las parteras por la afluencia de casos en los que las manifestaciones más notorias son las de un estado nutricional deficiente, por lo que, embarazadas o no, las terapias apuntan a mejorar el estado general de la paciente y, en tercer lugar, muestra el carácter integral del tratamiento, el que apela incluso a elementos que no forman parte de su bagaje médico tradicional, como es el empleo de vitaminas.

Una de las recomendaciones que se hacen frecuentemente a las embarazadas está referida a la prohibición de ingerir determinadas plantas consideradas “calientes”, pues, como se dijo, el exceso de calor puede ser sumamente perjudicial tanto para la madre como para el niño. La mujer deberá prescindir de la ingesta de infusiones, decocciones u otro tipo de preparados que contengan ruda, epazote, canela (*Cinnamomum ceylanicum*), perejil (*Petroselinum sativum*), orégano (*Origanum vulgare*), hierbabuena (*Mentha arvensis*), albahacar o albahaca (*Ocimum basilicum*), pericón, zopacle, zoapatle o cihuapactli, cempasúchil o zempoalxóchitl (*Tajetes erecta*), romero y hierba de San Francisco. En caso de que algunas de ellas estén incorporadas a la comida, se deberán emplear cantidades muy moderadas. Digamos de paso que varias de las especies mencionadas son conocidas por sus efectos uterotónicos, como es el caso de la ruda, el zoapatle y la hierba de San Francisco.

A propósito de los casos en que se presenta *placenta previa* lo que suele determinarse mediante tacto vaginal, al comprobar que la placenta se encuentra inflamada, “gruesa”, “que sangra fácilmente”, “que no puede tocarse al niño”, y que se advierte, además, sangrado y dolores en la región abdominal), todas las parteras estiman que la mejor solución se encuentra en la atención médica hospitalaria, por lo que recomiendan su inmediata derivación. Si la placenta previa se revela en los momentos inmediatamente anteriores al

parto, seguramente éste se presentará dificultoso, por lo que el traslado de la parturienta hacia el servicio médico es la medida más razonable.

Si durante el embarazo la mujer contrae rubéola, sarampión, varicela o padece de fiebre tifoidea, lo más aconsejable resulta acudir con el médico, pues se reconocen las secuelas que pueden producir estas enfermedades y las limitaciones de los recursos domésticos y tradicionales (e, incluso, los de las propias parteras adiestradas).

La información expuesta en las páginas precedentes revela aspectos esenciales del sistema de creencias, conceptos y prácticas presentes tanto en las parteras tradicionales, como en las parteras empíricas adiestradas y no adiestradas. No creemos haber logrado ser exhaustivos; sin embargo, los datos de campo parecen confirmar una de las hipótesis iniciales de este trabajo, a saber, la de que la coexistencia de la medicina tradicional y la medicina académica genera un modelo mixto de atención a la madre y al niño, y, consecuentemente, que las ideas y las prácticas no sigan un patrón homogéneo, variando según los tipos de terapéutas, las condiciones de vida de las comunidades y el mayor o menor grado de penetración de la información y de los servicios médicos. Esta idea se corrobora cuando se analizan los criterios de normalidad y anormalidad expresados a propósito del embarazo y de los trastornos que pueden hacerse presentes en esa etapa. Creemos que los datos de campo nos advierten sobre las condiciones en las que el proceso se desenvuelve y el arsenal terapéutico que cada tipo de partera moviliza para atender los casos que entran dentro de la “normalidad”, y atender o derivar aquellos que lindan con lo “patológico”. Normalidad y patología son, una vez más, categorías de fronteras imprecisas, especialmente cuando, como en este caso, la embarazada no es una enferma en sentido estricto, pero su estado genera preocupación en ella y en su entorno, y motiva la implementación de medidas y estrategias para su atención. Creemos, también, que la línea entre lo normal y lo patológico es vivido como una experiencia diferente por los distintos grupos de parteras; la mecánica misma del tratamiento o el de la derivación hacia otro servicio es el correlato objetivo de este proceso. Ante el embarazo, la partera tradicional sigue comportándose como la *obstetra* (más o menos diestra, según los casos, para determinar la posición del feto, realizar maniobras que permitan obtener a la postre un parto eutócico, aconsejar, advertir o censurar a la futura madre en materia de alimentación, conducta sexual, peligros, etc.) y *curandera* (que puede afrontar, con más o menos recursos y con mayor o menor éxito, la enfermedad incidental al embarazo). Por otro lado, la partera empírica adiestrada ve restringida su función a la de *obstetra*, y toda manifestación de distocia es, dentro de los límites fijados por el sentido común y por un tipo de entrenamiento, motivo de derivación hacia el servicio médico. En ella, ha calado profundamente la idea de control y vigilancia prenatal, y muy probablemente sea este esquema el predominante en el curso de los próximos años. Naturalmente, nada de lo que ocurre en este proceso es ajeno a las condiciones concretas de vida de las mujeres de las zonas rurales y suburbanas (objeto de nuestro estudio), a la modificación de la tradición médica y a la extensión de la cobertura de los servicios académicos institucionales o privados. Seguramente, como ha venido ocurriendo, las causas que motivan la demanda de atención gineco-obstétrica y materno infantil continuarán variando conforme a la diferencia de patrones que se establezcan sobre normalidad y anormalidad, medicalización y autoatención.

Un trabajo como el presente, que intenta mostrar las características de los sistemas de creencias, conceptos y prácticas sobre embarazo y parto, no estaría completo si prescindiera de la función de protección que numerosas mujeres embarazadas —o sus familias— buscan en la religión durante la preñez. La apelación a vírgenes o santos protectores muestra no sólo los remanentes de una tradición que ha sincretizado elementos de las culturas prehispánicas en la matriz del catolicismo popular, y la función ideológica de los elementos de la doctrina y del rito, sino también el carácter específico —muchas veces dramático— de las preocupaciones por el embarazo y el parto como eventos inciertos. No está de más recordar que la mujer prehispánica, al momento de iniciar el parto, era considerada como alguien que iniciaba una batalla que, como tal, implicaba la victoria (la supervivencia de ella y de su hijo) o la derrota (la muerte, la conversión en *chuateteo*). En el Morelos de hoy se manifiestan creencias a propósito del embarazo, el parto o la fecundidad que repiten, a veces con notables modificaciones, los elementos de la religiosidad popular española. En todas las comunidades en las que se aplicaron las encuestas, la Virgen de Monserrat es indudablemente la “patrona” que más se invoca para lograr un embarazo y un parto sin complicaciones. En muchos hogares se venera la imagen de esta virgen, que aparece siempre rodeada de niños. En Tepalcingo, partera y parturienta rezan al unísono una oración que ayuda a parir en forma rápida: “Virgen de Monserrat dame valor un rato para que no sienta mi parto”. Es frecuente escuchar que “esta Virgen tuvo muchos hijos y por eso se apiada de la mujer que está sufriendo y le ayuda”. En su *Life in a mexican village: Tepoztlan reestudied*, Oscar Lewis registró hace casi cuarenta años la siguiente costumbre: “En el caso de nacimientos difíciles o tardíos, la familia debe, a sugerencia de la partera, comprar una vela para la Virgen de Monserrat, guardiana de las mujeres preñadas. La paciente mide cuatro dedos en la candela, se hace una señal en ese punto, con un centavo, y se pone la vela ante la imagen. Si el parto no se efectúa antes de que la llama llegue a la señal, se considera que el caso es muy grave”³⁶. Además de las invocaciones a la Virgen de Monserrat, en Morelos se acostumbra también ponerse bajo la advocación de San Antonio, la Virgen de Guadalupe y San Ramón Nonato. Limón Delgado y Castellote señalan que una encuesta nacional llevada a cabo en España mostró “que existen santos cuyos poderes específicos se hayan asociados al alumbramiento. El santo más invocado para estos fines es San Ramón Nonato (72% de los casos)”³⁷.

36. Lewis, Oscar: *Life in a mexican village: Tepoztlan reestudied*, Urbana, 1951: pág. 358.

37. Limón Delgado, A. y E. Castellote: “La medicina popular en torno al embarazo y el parto a principios de siglo”, en: Kenny, M. y J.M. de Miguel (Comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, 1980, pág. 242.

Capítulo V

El parto

Llegada la hora del parto, que se llama la hora de la muerte...

*Fray Bernardino de Sahagún
Historia de las cosas de Nueva España*

En las culturas de los grupos campesinos de México, como en todas las de la Tierra, es posible observar la existencia de un conjunto de ideas y comportamientos fuertemente estructurados relativos al parto; en todas se articulan el saber y las acciones de tipo técnico con el sistema de mitos y creencias, como si las sociedades indicaran a través de ellos la necesidad de su conservación*. Como bien ha señalado Georges Balandier no existen sociedades en las que no se manifieste una voluntad de autopreservación. Digamos, en función de subrayar el hecho, que pocos momentos como el del parto muestran una concentración tan grande de expectativas, angustias, temores y esperanzas, y una construcción mitológica tan consistente. Cuando se compara la información de campo recogida a propósito de embarazo con la lograda sobre el parto, todo parece indicar que la conducta seguida durante el primero es una preparación para arribar, finalmente, al segundo. Naturalmente, la regularidad que en términos generales sigue el proceso fisiológico no es ajena al sentimiento de ineluctabilidad, vivido no sólo por la mujer embarazada sino por su terapeuta y el entorno social que la rodea.

También, como en toda cultura, se observan variaciones significativas en los sistemas de atención, dependiendo de las características de los grupos sociales. En nuestro caso, importa explicar estas variaciones —y también las analogías— presentes en las creencias, los conceptos y las prácticas de las parteras tradicionales, las empíricas adiestradas y las empíricas no adiestradas.

La existencia en México de un instrumento legal (el *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados*, sancionado en 1976) regula, al menos en la letra, la conducta del grupo de terapeutas que se encuentran vinculados a las instituciones oficiales de salud. Nada semejante ocurre con las parteras empíricas no adiestradas y aquellas que designamos aquí “tradicionales”. El *Reglamento* es la expresión jurídica de un fenómeno más amplio: el de las políticas y programas institucionales sobre atención gineco-obstétrica y materno infantil, aplicadas en México con matices diferentes según las regiones y los distintos momentos históricos. Aludimos a él para centrar nuestra atención en un primer hecho relevante: la conducta, diferente también, de las terapeutas y, en muchas ocasiones, también de las usuarias, según el ámbito de atención al parto. El comportamiento de las usuarias

* De allí el impacto que para muchos grupos posee, en el plano ideológico, la práctica masiva de la anticoncepción y su resistencia a ejercerla.

suele variar en función de la experiencia de la mujer en sus embarazos y partos anteriores, o la ausencia de una experiencia previa: esto es, si se es *multípara* o *primípara*. Al mismo tiempo —ya que estos hechos se imbrican en la práctica—, las diferencias que surgen de la atención recibida durante el embarazo: es decir, entre aquellas mujeres que han acudido a control y vigilancia prenatal con los médicos del IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud, con las parteras entrenadas y con aquellas no vinculadas al sistema oficial de salud.

Aunque las diferencias entre los distintos ámbitos de atención resultan evidentes, hay que señalar cambios ocurridos en los últimos años *dentro* de un mismo ámbito: las parteras tradicionales solían atender a la mujer que daba a luz en el hogar de esta última; el hecho de que en la actualidad la atención se dé prioritariamente en casa de la propia partera no obedece —como suelen decir las comadronas— al hecho de que “se hayan vuelto viejas y tengan dificultades para desplazarse, a veces en la noche”, sino a la existencia de una mejor red de caminos y de medios de transporte. En Morelos, al menos, la atención domiciliaria del parto es un fenómeno restringido a las rancherías y caseríos más aislados. En las zonas mejor comunicadas, aledañas muchas veces a centros como Jojutla o Zacatepec, las embarazadas controlan su preñez con las parteras y prefieren dar a luz en los hospitales o clínicas de las instituciones: “Antes —dice una partera con cuarenta años de experiencia—, casi todas las mujeres que uno comenzaba a ver se aliviaban conmigo; ahora, en cambio, una sabe que muchas van a venir a consulta, pero el parto ya no será para una sino para el Seguro”. Es necesario señalar que la atención en las instituciones del IMSS o del ISSSTE es demandada por las mujeres que, además de ser derechohabientes, habitan en las cercanías de las clínicas, pero el alto costo del transporte restringe muchas veces su afluencia e incrementa —en consecuencia— el número de usuarias de la partera empírica adiestrada. Al momento de realizarse la investigación, los Hospitales Civiles del estado casi no atendían embarazos a término y el costo de la atención de un parto normal iba de \$80,000.00 con un médico general, \$120,000.00 con un gineco-obstetra y \$300,000.00 si debía practicarse el parto con cesárea, a \$18,000.00 y \$25,000.00 con una partera empírica adiestrada. Transportarse de los alrededores de Jojutla hasta las ciudades con hospitales de zona institucionales implicaba un desembolso de hasta \$50,000.00, si debía recurrirse a un transporte comercial privado en horarios nocturnos. El Hospital Civil de Jojutla no atendía —salvo en circunstancias muy especiales— a mujeres que iban a dar a luz. Un “paquete obstétrico” ofrecido por las clínicas privadas de Tepoztlán o Cuernavaca costaba entre \$400,000.00 y \$1,000,000*. Las diferencias de precios resultan mucho más significativas cuando se comparan con los honorarios de las parteras empíricas no adiestradas, las cuales suelen habitar en las zonas de mayor marginación suburbana. Una partera de estas características podía recibir un pago de hasta \$5,000.00, o una cifra equivalente en alimentos y otros productos de primera necesidad. Subrayemos que no pocas parturientas acuden a parteras prestigiosas durante el embarazo, y demandan atención de las parteras empíricas no adiestradas al momento de dar a luz. En estos casos se trata de mujeres que han tenido un embarazo sin complicaciones y que son, casi sin excepción, *multíparas*.

Las parteras que realizan la atención del parto en su propio domicilio suelen tener una habitación destinada para estos fines; otras, las de zonas más pobres del estado, acondi-

* El salario mínimo era, en ese momento, de 3045 pesos diarios.

cionan un espacio de la casa para la eventualidad, procurando cierta separación respecto de aquellos ámbitos en los que se realizan la mayor parte de las labores domésticas. Las parteras tradicionales cuyo servicio es demandado frecuentemente suelen poseer un cuarto destinado al desempeño de su labor, construido en las cercanías del temazcal.

Una partera empírica adiestrada que atiende regularmente a un buen número de pacientes tiene, por lo general, una o dos habitaciones destinadas exclusivamente a ese fin. Estas habitaciones poseen dos o tres camas (para la parturienta y su acompañante), una o dos mesas, y el instrumental necesario: una perilla de goma, pinzas hemostáticas (“para pinzar el ombligo”) y tijeras, sumergidas en solución desinfectante; además, jeringas estériles, gasas, torundas de algodón en alcohol, cinta umbilical estéril, suero, ampollitas de Ocitocina y el instrumental necesario para practicar la venoclisís. Las compresas de algodón son guardadas en paquetes de papel que han hecho esterilizar en las clínicas a las que se encuentran vinculadas. Algunas de ellas poseen incluso el material quirúrgico necesario para las episiotomías, el que será utilizado por el médico al que solicitan regularmente sus servicios en casos de emergencia. Las camas asignadas a las parturientas poseen una barra horizontal colocada en la parte superior del respaldo, de modo que puedan asirse a ella durante la expulsión del niño.

El momento de arribo de la parturienta difiere cuando se trata de primíparas o cuando el parto es de una múltipara. La primípara suele llegar con bastante anticipación, motivada por los primeros síntomas dolorosos, por la expulsión del tapón mucoso, por las contracciones periódicas iniciales o por el rompimiento de los amnios (la “bolsa de agua”). Las parteras señalan la aparición de ciertos signos asociados que, generalmente, aparecen algunos días antes del momento del parto: afilamiento de la nariz, ojos desencajados y con marcadas ojeras, cara hinchada y triste, somnolencia, resequedad en la boca, dolor de cintura o de cabeza y, en ocasiones diarrea.

Un dato que resulta pertinente para la estimación del momento en que debe efectuarse la consulta a la partera es el cálculo que se haya hecho de la probable fecha del parto. Mostremos dos ejemplos: las parteras más aculturadas toman como punto de referencia la fecha del primer día de la última menstruación, contando nueve meses más ocho días, en cambio las más tradicionales utilizan un método tradicional que consiste en contar diez lunas a partir del momento en que se concibió: “si se concibió en ‘ida de luna’, nacerá en ‘ida de luna’ después de nueve lunas”; para esto “basta ver un calendario, pues así se calcula la fecha. Este cálculo es el mismo que se hacía en la época de los aztecas”.

Todas las parteras coinciden en que pueden distinguirse tres etapas en un parto: a) el trabajo de parto; b) la expulsión del niño y c) el alumbramiento de la placenta. Las diferencias entre *primípara* y *múltiparas* y entre *parto húmedo* y *parto seco* constituyen criterios clasificatorios básicos en el saber de las parteras. Es a propósito de la primera etapa del parto que se reconocen las variaciones más importantes entre primíparas y múltiparas. En general se estima que la primípara no sólo acude con bastante antelación a solicitar los servicios de la terapeuta sino que sus partos suelen ser más dificultosos y prolongados. Los partos húmedos o secos pueden presentarse en ambos tipos de pacientes: el parto húmedo se caracteriza porque el trabajo de parto y la expulsión van acompañadas de la derrama de

líquido amniótico; el parto seco puede presentar dos variantes: rompimiento de las membranas antes del inicio de las contracciones (lo cual provoca que el líquido salga sin que haya aun dilatación del cuello de la matriz); o bien, llegar al momento de la expulsión del niño sin que las membranas se hayan roto, ante lo cual la partera procede a romper ella misma los amnios. El parto húmedo es más común, menos doloroso para la madre y más fácil de conducir para la partera.

Cuando inicia sus labores, la partera controla que el niño esté vivo, colocado en buena posición y con la presentación adecuada y verifica a través del tacto la dilatación del cuello uterino. Si el parto se presenta distócico, la partera adiestrada remite la paciente al médico o bien solicita su presencia en su domicilio. Este es uno de los rasgos en los que difiere la conducta de las parteras adiestradas y no adiestradas, de la de las tradicionales, que no suelen derivar a su paciente sino que recurren a todos sus conocimientos, experiencias y habilidades curanderiles para remediar el problema.

Según opinión de las parteras, las primigestas suelen tardar no menos de doce horas, consideradas a partir del momento en que sienten las primeras contracciones, en completar su trabajo de parto. Ante ello, generalmente la remite nuevamente a su casa o la aloja si la paciente es de un sitio apartado. A partir de ese momento, la partera adiestrada inicia tareas de control de la dilatación y de los signos vitales del niño, aconseja a su paciente que orine, administra un lavado intestinal, procura que la mujer camine o descanse, le ofrece alimentos livianos (gelatinas, jugos) y, eventualmente, puede darle a tomar un té de manzanilla (*Matricaria recutita*). Muchas de estas operaciones no son ejecutadas en el caso de las multigestas, pues estas pacientes suelen llegar cuando las contracciones uterinas son frecuentes y presentan una dilatación de por lo menos cuatro o cinco centímetros. En ambos casos, si la dilatación se retarda, la partera administra Ocitocina (1 cm en medio litro de suero, ó 2 cm en un litro de suero, a razón de diez gotas por minuto). El trabajo de parto suele concluir aproximadamente una hora y media después de iniciado el goteo. Algunas parteras recurren a la Ocitocina en última instancia, pues señalan que la droga produce sangrado excesivo en el alumbramiento y efectos indeseables en el recién nacido. Prefieren, en cambio, administrar un lavado intestinal con agua tibia y sólo apelar a los uteroactivos cuando la otra terapia no ha logrado el resultado deseado. Se considera que el trabajo de parto concluye cuando el niño "corona", es decir, cuando la cabeza se halla instalada en el canal de parto. Una forma de acelerar esto por medios normales consiste en romper los amnios, en caso de que la parturienta lleva hasta ese momento un parto seco.

La conducta de la primigesta y de la multigesta sigue el mismo patrón cuando se trata de usuarias de las parteras tradicionales. Una de las diferencias más apreciables que se observan entre las prácticas de las parteras tradicionales y de las adiestradas es el empleo que aquellas hacen de las infusiones de plantas medicinales y otras sustancias de cualidad "caliente". Al iniciarse el trabajo de parto ("cuando la mujer tiene aproximadamente cuatro dedos de dilatación") se le administran a la parturienta tés de canela, zoapatle, tlatlascámetl (*Montanoa frutescens*), ruda, Santa María (*Chrysanthemum parthenium*), epazote, manzanilla y hierbabuena, solas, combinadas, hervidas a veces con chocolate o endulzadas con miel de abejas. Algunas colocan una inyección de Sintocinón u otro ocitócico de patente. Si el trabajo de parto se alarga y los dolores son insoportables, algunas parteras

dan un té de cola de tlacoache (*Didelphis marsupialis*), cuyo efecto uteroevacuante era ya conocido en épocas prehispánicas¹. Se pueden administrar a la paciente masajes con alcohol en la región lumbar, o con aceite de romero caliente sobre el vientre (esto último a fin de lograr que “los músculos se aflojen”). La infusión se administra en pequeños tragos cada cinco minutos, a partir del momento en que las contracciones se manifiestan con cierta intensidad y frecuencia. En los casos de partos normales, las medidas señaladas son suficientes, y las terapeutas sólo adoptan otro tipo de prácticas ante el parto distócico. Las parteras más tradicionales no excluyen de sus prácticas ciertos medicamentos de patente: en Hueyapan, por ejemplo, la partera usa un número restringido y específico de plantas uteroactivas (generalmente la *Montanoa tomentosa*, que en la región se llama cihuapactli); sin embargo, en los “partos largos de las primerizas” emplea “inyecciones”, es decir, uteroactivos de patente.

La segunda etapa del parto es objeto de tratamiento diferente, conforme al ámbito en donde ocurre; las parteras tradicionales piensan que la mujer debe dar a luz en la posición que les resulte más cómoda (aunque muchas de ellas prescriben la llamada “posición mesoamericana”, en la que la mujer está en cuclillas, sostenida por las manos a un tercer punto de apoto, el cual generalmente es una cuerda que se amarra delante de ella, en lo alto). Muchas de las parteras que han recibido algún adiestramiento prescriben la posición supina, ya sea sobre una cama o sobre un petate limpio; otras, a pesar de haber recibido el entrenamiento, siguen empleando la posición mesoamericana, con algunas variantes que dependen de si la parturienta está más o menos erecta*. Las empíricas adiestradas que están relacionadas formalmente con las instituciones de salud sólo emplean la postura supina.

Si se trata de un parto normal, la partera adiestrada trata por todos los medios a su alcance de que la cabeza del niño salga lo antes posible después que ha coronado, para lo cual, con el objeto de hacer más efectivos los esfuerzos de la paciente, le sugiere que se tome con ambas manos de la barra superior que está sobre la cama, a la vez que ella empuja hacia abajo el borde inferior del cuello uterino con los dedos índice y medio, especialmente en los momentos en que se producen las contracciones, incitando a la mujer a pujar con todas sus fuerzas. Si la mujer es multigesta, esta segunda etapa generalmente es corta; no ocurre así con las primigestas, por lo que la partera trata de ayudarla anestesiando el borde inferior del cuello uterino con Xilocaína. Una vez que ha salido la cabeza, el resto del cuerpo es expulsado sin dificultad. La partera recibe al recién nacido en una compresa limpia y desinfectada, procede a quitarle las flemas de la boca y de la nariz con la perilla de goma succionando varias veces, mientras lo mantiene boca abajo, sostenido de la cabeza. Luego lo acuesta boca arriba y le limpia los ojos, el rostro y la boca con la misma compresa. Pinza el cordón en dos lugares; si hasta ese momento el recién nacido no ha llorado, lo frota con alcohol, continúa quitándole las flemas y le da golpecitos en las nalgas y

1. Sahagún, Fray Bernardino de, *op. cit.*, pág. 379.

* La llamada *posición mesoamericana* —ilustrada magníficamente en la estatuaria prehispánica y en documentos pictográficos como el *Códice Nutall*— consiste en que la mujer se encuentra en cuclillas, con las piernas separadas y, dependiendo de si se encuentra más o menos erecta, con las rodillas más cerca o más lejos del suelo. Buscando un tercer punto de apoyo, se suele atar una cuerda a un punto fijo en lo alto de la pared que se encuentra exactamente al frente de la parturienta, de la cual la mujer se sostiene al momento de pujar.

en las plantas de los pies, lo que generalmente basta para que el recién nacido comience a respirar normalmente.

Inmediatamente después procede a atar y a cortar el cordón umbilical, envuelve al pequeño y vuelve a concentrar sus cuidados en la madre para ayudarla a expulsar la placenta.

Las parteras tradicionales prestan particular atención a la respiración y al tipo de quejido de la paciente, lo que les indica cuál es el momento en que se hacen presentes las contracciones fuertes, "efectivas". Después que la cabeza del niño ha coronado, la terapeuta espera la aparición de la "primera contracción efectiva", pide a la mujer que no puje y que se concentre para cuando tenga lugar la segunda, que será aprovechada para lograr la expulsión del niño. Si estas medidas resultan inefectivas apelará a maniobras manuales y al uso de sustancias animales o vegetales —generalmente infundia de gallina o aceites de plantas medicinales— para favorecer el parto.

En caso de que al momento del nacimiento el niño no respire, la partera adopta ciertas medidas en virtud de que el niño está cansado porque el parto ha sido muy largo y extenuante: procede a conducir sangre a través del cordón umbilical, desde la madre, hasta lograr que se acumule una cantidad importante ("en ese caso se forma una bolsita que va penetrando al cuerpo del niño") y fluya al cuerpo del recién nacido. En general, las parteras confían en la eficacia de este procedimiento y se muestran en desacuerdo con el recurso a las nalgadas. Luego amarra y corta el ombligo, arropa al niño y brinda su atención a la madre hasta que se haya completado la tercera etapa del parto, es decir el alumbramiento. Algunas parteras ayudan a la mujer, cuando el producto ha coronado, valiéndose de aceites con los que friccionan el cuello uterino hasta su "borramiento" para así facilitar el deslizamiento de la cabeza; otras, toman la cabeza del niño y proceden a "bornear", es decir, a ejecutar movimientos giratorios al mismo tiempo que "jalan" suavemente hacia ellas, indicando a la paciente cómo debe respirar y pujar para regular el esfuerzo sin agotamiento. Algunas de estas parteras ayudan a la expulsión presionando (o pidiendo al esposo de la parturienta que lo haga) sobre la parte superior del vientre con las manos o con una sábana que se ata alrededor del cuerpo de la paciente. Un gran número de terapeutas tradicionales usan hilo, pinzas y tijeras para atar y cortar el cordón umbilical, instrumental que les proporciona el IMSS; al respecto señalan que no están de acuerdo con el uso indiscriminado de la técnica de la episiotomía pues a muchas pacientes se les infecta la herida cuando no tienen atención médica; prefieren en cambio favorecer la dilatación del cuello uterino con aceites u otras sustancias cuya eficacia su experiencia ha confirmado. La práctica de emplear aceites para lograr la dilatación de los tejidos y el deslizamiento de la criatura es, en realidad, centenaria; sin embargo, existe una clara diferencia entre las parteras más ancianas —que suelen preparar sus propios aceites— y las más jóvenes, que emplean preparados comerciales.

Una de las maniobras tradicionales que ejecutan estas terapeutas al momento inmediatamente después del nacimiento es la de "paladear" al recién nacido, operación que consiste en tomar con una mano la cabeza del niño y, con la otra, introducir en su boca el dedo índice impregnado de aceite y presionar, masajear el paladar, aprovechando para quitar las flemas que se encuentren aun en la cavidad bucal.

El alumbramiento, también llamado “parto secundino”, constituye uno de los momentos más críticos de todo el proceso, pues la partera no sólo debe lograr la expulsión completa de la placenta, sino evitar las hemorragias y tomar las providencias necesarias ante posibles infecciones. Las parteras adiestradas proceden durante esta etapa del parto a comprimir y presionar el bajo vientre de la parturienta; simultáneamente, y con mucho cuidado, tiran del cordón con movimientos circulares —en el sentido de las agujas del reloj—, mientras la parturienta sopla un globo pequeño para aumentar la presión de los músculos abdominales y lograr así el alumbramiento. Cuando ha salido la placenta, la partera la examina minuciosamente para comprobar que esté completa; la preocupación mayor en esa etapa es el desencadenamiento de una hemorragia, por lo que usualmente la terapeuta administra dos centímetros de Ergonovina intramuscular, dosis que repetirá dos o tres veces más, acompañada de un té de hierbabuena o manzanilla y una tableta de Naproxen (un antiinflamatorio comercial). Otras parteras adiestradas administran en el suero, después de la salida de la placenta, el contenido de una ampolleta de Ocitocina; si el sangrado de la paciente es muy abundante, la aplicación se hace directamente a la vena. La terapeuta alterna la atención a la madre con los cuidados al niño: pone en sus ojos gotas de Cloranfenicol y limpia el ombligo con mertiolato, cubriendo a éste con gasas de manera que no toque el cuerpo del niño, faja al bebé, lo arropa y lo deja reposando al lado de la madre.

Las parteras cuya práctica está más apegada a la tradición suelen cortar el cordón umbilical después de la salida de la placenta, pues estiman que esta técnica resulta benéfica para el recién nacido. Otras, después de haber cortado el cordón, amarran la sección que está unida a la placenta a una de las piernas de la parturienta (siguiendo en esto un muy antiguo patrón registrado en la literatura colonial) para evitar que se reintroduzca al vientre de la mujer. En general, la salida de la placenta puede tardar no menos de treinta minutos en un parto normal; la partera palpa el vientre de la mujer para advertir si la placenta está contrayéndose, lo que para ella constituye una señal positiva, pues los problemas suelen presentarse cuando la misma se encuentra relajada, lo que dificulta y retarda el alumbramiento.

Hemos señalado al comienzo de este capítulo la existencia de estructuras ideológicas sumamente consistentes que subyacen a las prácticas sobre el parto y el alumbramiento placentario. Examinemos más de cerca estas manifestaciones registradas en el Estado de Morelos y su vinculación con sistemas de creencias más antiguos y de diferente procedencia.

El cordón y la placenta están impregnados de ciertas cualidades míticas, simbólicas, y en razón de ello su manipulación expresa en el orden práctico la presencia del mito. En muchas localidades de Morelos se entierra la placenta en el *tecuil* (en donde se encuentra el fogón y el centro mítico del hogar) cuando el recién nacido es de sexo femenino, y en el corral o en los alrededores de la casa cuando la criatura es de sexo masculino.

Existe la creencia de que si no se procede de esta manera el niño puede quedar ciego, o estar predispuesto a ser mordido en el futuro por los perros, a sufrir “enfermedades de frío” y a padecer dolores de estómago cuando llueva, la humedad sea intensa o haga frío. La madre misma puede padecer entuertos si no cumple con el ritual.

La reticencia de muchas mujeres campesinas a recibir atención en las clínicas u hospitales institucionales se relaciona con la imposibilidad de disponer del cordón umbilical y de la placenta; conscientes de esto, muchas de las parteras adiestradas entregan estos órganos a las madres que los solicitan, sabedoras de que la negativa puede producir disgusto o situaciones angustiosas en los padres del recién nacido.

En el caso particular de México, la información etnográfica relativa al cordón umbilical es mucho más abundante que la que alude a los ritos con la placenta. Desde épocas prehistóricas las referencias al cordón y el ombligo son constantes, hacen patente las ideas sobre la "mitología del centro"² e incluso se encuentran en la base etimológica del nombre de México. Las parteras tradicionales suelen adoptar como norma cortar el cordón después de que ha salido la placenta o, en todo caso, "después de que ha dejado de latir"³. Las consecuencias que se derivan de esta maniobra reclaman, indudablemente, un comentario particular. Como es sabido, uno de los efectos del embarazo es el de provocar una carencia férrica que difícilmente puede ser compensada con la dieta: en las sociedades desarrolladas de Occidente, el régimen alimenticio normal provee de aproximadamente 2 mg de hierro diarios, siendo que durante el tercer trimestre del embarazo una mujer requiere de aproximadamente 8 mg al día. "La dieta habitual por sí sola no puede proporcionar una cantidad absorbible de hierro suficiente para satisfacer las necesidades de la preñez en el tercer trimestre. (...) A la luz de estos hechos, no es de extrañar que la insuficiencia férrica sea un problema permanente en todo el mundo, aun en los países más industrializados"⁴, señala un conocido investigador en nutrición. Naturalmente, esta deficiencia —que afecta a la madre y al feto— se agudiza cuando la dieta habitual es más pobre en nutrientes, como ocurre en vastas zonas de México y en numerosos países subdesarrollados. Es por ello que todo aporte que pueda recibir el niño debe ser favorecido en la práctica gineco-obstétrica, por lo que la compresión y corte del cordón inmediatamente después del nacimiento resulta no sólo desaconsejable sino perjudicial.

A la inversa, en la práctica de las parteras que acostumbran cortar el cordón "después que ha dejado de latir", se produce un efecto que sin duda beneficia al recién nacido. "Dos son las fuentes principales de hierro que tiene el niño al nacer: la reserva de hemoglobina suplementaria y la de los tejidos. El recién nacido posee por lo general unos 20

2. Sobre la "mitología del centro", véase Eliade, Mircea: *Imágenes y símbolos*, Madrid, Taurus, 1979, págs. 29 y ss. Cfr. también López Austin, Alfredo, *op. cit.*, págs. 173, 216 y ss., etc.; Tibón, Gutierre: *La tríada prenatal. (Cordón, placenta, amnios). Supervivencia de la magia neolítica*, México, FCE, 1981, y las numerosas referencias allí contenidas, etc.
3. Gutierre Tibón señala que "entre los pueblos primitivos y los simios antropomorfos la circulación sanguínea placental no se interrumpe antes de la expulsión de las pases. Sólo en el siglo XVII prevaleció la costumbre de cortar el cordón inmediatamente después del nacimiento, privando al recién nacido de recibir de 80 a 90 centímetros cúbicos más de sangre, que se quedan en la placenta. En la Facultad de Medicina de Budapest, desde hace quince años, los niños se quedan tranquilos cerca de su madre hasta la eliminación de la placenta. Entonces ésta se coloca en una bolsita de plástico que se suspende a treinta centímetros del recién nacido; sólo dos minutos después se corta el cordón, al cesar las pulsaciones placentarias". Tibón, Gutierre, *op. cit.*, pág. 89.
4. Sánchez Meda, Luis: "Deficiencia de hierro en el embarazo y en la infancia", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 70, No. 4, 1971, págs. 350-359.

g de hemoglobina excedente, equivalente a 70 mg de hierro, que explica el gran volumen sanguíneo y la alta concentración de hemoglobina en el recién nacido y deriva, en parte, de la transfusión placentaria. Una temprana compresión del cordón umbilical disminuye la cantidad de hemoglobina excedente; la diferencia en el volumen total de hemoglobina entre una compresión temprana o tardía del cordón se ha calculado ser de 4.6 a 6 g por kilo de peso. Por tanto, en el recién nacido normal la compresión temprana reducirá la reserva de hierro en la hemoglobina a menos de la mitad de los valores mencionados”⁵. Es a la luz de estos datos que la práctica ancestral de cortar el cordón en la forma mencionada adquiere relevancia, por lo que la tendencia impuesta por los modernos programas de entrenamiento debería ser seriamente revisada. Esta medida —observada precisamente en aquellas parteras de formación tradicional— no sólo contribuye a un mejor aprovechamiento del hierro asimilable sino que puede ser vital para el caso de niños que nacen después de un parto prolongado, en los que usualmente se presentan problemas en los niveles de oxígeno en la sangre. El último corolario sería el de que no siempre un descubrimiento científico —difundido en numerosas publicaciones desde hace casi dos décadas— se convierte en una herramienta del servicio; fenómeno doblemente importante si se piensa en las características de la población que los médicos mexicanos deben atender en las zonas más desprotegidas y en las que los problemas de nutrición se caracterizan por su magnitud y constancia.

Algunas parteras de Morelos —y de otras regiones del país— “leen” el número de hijos que tendrá la mujer examinando el número de nódulos del cordón; según algunas informantes, las “bolitas negras” son los niños, y las “blancas”, las niñas; según otras, las redondeadas corresponden a las niñas y las alargadas a los niños. Quedan pocas parteras que conservan la creencia de que es posible provocar la esterilidad futura deshaciendo (“apachurrando”) estos nódulos, costumbre que se conserva en algunos grupos indígenas de otras regiones del territorio nacional. La sección del cordón que ha quedado adherida al cuerpo del niño, generalmente se desprende entre los cuatro y los ocho días posteriores al nacimiento; la familia lo guarda en una cajita o en un sobre, pues se piensa que posee poderes que beneficiarán al niño y a sus parientes: cuando se construye una casa se suele poner el cordón junto con los adobes o ladrillos y luego se reviste (“se repella”) para que quede como parte de la vivienda; se le reconocen también propiedades medicinales, e incluso algunos curanderos suelen comprarlos a las familias para incorporarlos a algunos de sus preparados; se suele emplear también para tratar enfermedades de los ojos, hirviendo un cordón de un niño del sexo opuesto al del paciente y dándole a beber la decocción, o bien hirviendo dos cordones (de niña y niño) y usando el agua como colirio. En el curso del trabajo de campo se registró información relativa al uso del cordón para curar a quienes son alcohólicos consuetudinarios: se emplean tres cordones de primigestas que hayan tenido hijos varones, se asolean hasta que queden secos, se muelen y se dan de comer al “borracho” sin que se entere. Señalemos de paso que un buen número de curaciones de diversas enfermedades incluyen masajes que culminan en el ombligo, por ser éste el “centro de la vida”⁶.

5. *Ibid.*

6. Tibón, Gutierre, *op. cit.*, registra información análoga dentro de grupos étnicos mexicanos, en Haití, Venezuela y comunidades amazónicas, etc., en donde el cordón umbilical es utilizado ya sea como colirio o en los tratamientos para los alcohólicos.

Hemos sintetizado hasta aquí la información recogida sobre el trabajo de parto, el parto mismo y el alumbramiento, referida a situaciones que caen dentro de la normalidad y según la percepción que sobre ellos tienen los distintos tipos de terapeutas. Hemos hecho también una muy breve alusión al cuerpo de creencias relativas al cordón umbilical, al ombligo y a la placenta. En todos estos casos hemos tratado de mostrar los rasgos más o menos típicos que se observan en la labor de cada grupo de parteras, reservándonos los comentarios y conclusiones para vertirlos al final del capítulo. Pero la exposición no quedaría completa si no refiriéramos los recursos y las prácticas que se pueden registrar cuando se trata de partos distócicos o, al menos, cuando se presentan complicaciones que lindan con lo patológico.

Las parteras empíricas adiestradas que mantienen vínculos formales con alguna de las instituciones de salud han hecho suyo el principio de que la atención que pueden brindar se constriñe a los embarazos y partos normales⁷. Incluso muchas de las parteras comentan que en los primeros años de su ejercicio profesional no sólo evitaban los partos distócicos, sino que incluso atendían sólo a multigestas, conscientes de que los partos de primigestas suelen presentar mayores complicaciones. Esta modalidad de la atención gineco-obstétrica lleva a la práctica a que casi todas las parteras recurran a un médico o a un servicio determinados cuando se presentan casos que estiman escapan a su competencia. El caso más común que se presenta es el que requiere la intervención de un especialista para efectuar la episiotomía. La partera toma la decisión de llamar a un médico cuando al cabo de una hora de haber "coronado" la cabeza del niño, no se logra su expulsión. En caso de que se requiera una intervención quirúrgica de mayor complejidad —una cesárea, por ejemplo—, la paciente es trasladada del domicilio de la partera. El costo de una episiotomía practicada en casa de las parteras era en mayo de 1987 de \$20 000.00; a ello debe agregarse el costo de los medicamentos (antibióticos) prescritos a la puerpera: alrededor de \$23 000.00. La mayor parte de las terapeutas señalan que difícilmente las mujeres de escasos recursos cumplan la indicación de tomar los complementos férricos recomendados para los tres meses posteriores, en razón del costo de estos medicamentos.*

Frente a las complicaciones que se presentan durante el parto, la conducta de las parteras no entrenadas sigue un patrón diferente: es posible afirmar, como regla general, que las

7. El *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados* es explícito a este respecto: "CAPITULO IV. DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PARTEROS EMPIRICOS CAPACITADOS. Artículo 13o.- Los parteros empíricos capacitados podrán: a) Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso al Centro de Salud que corresponda, b) Prescribir los medicamentos que esos casos requieran de acuerdo con los instructivos, expedidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. c) Realizar las demás actividades que determina la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Artículo 14o.- Los parteros empíricos capacitados no podrán: a) Atender los partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado de la enferma a un Centro de Salud, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso al Centro de Salud que corresponda. b) Realizar intervenciones quirúrgicas. c) Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados; y d) Provocar abortos." Secretaría de Salubridad y Asistencia: *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados*, aparecido en el *Diario Oficial* de la Federación el 25/10/1976.

* Sintetizando: el costo del servicio de la partera (\$18.000.00 a \$25 000.00), más el de la episiotomía (\$20 000.00), de los medicamentos (\$23 000.00), de los complementos férricos, la venoclisís y la Ocitocina llevaban el precio de todo el servicio más allá de los \$70 000.00 (datos de mayo/junio de 1987). El salario mínimo para el mes de mayo era de 3045 pesos diarios.

parteras tradicionales de las zonas más aisladas hacen frente a muchas de estas contingencias, investidas de su papel de parteras-curanderas; en cambio, parteras tradicionales de zonas más comunicadas y parteras empíricas no adiestradas enfrentan sólo algunas de esas dificultades, derivando a la paciente a los centros médicos o a los profesionales que trabajan en forma privada cuando deducen que los medios a su alcance resultan insuficientes para resolver situaciones que surgen en los casos de partos complicados.

Al referirse a estos casos que traen aparejadas dificultades, las parteras realizan una clasificación general que distingue: a) el “niño desacomodado” (es decir, cuando el producto no se presenta en posición cefálica); b) el “niño pasado” (cuando al término del embarazo la mujer no presenta ninguno de los síntomas que anuncian el parto); c) los “cuates de agua”⁸ (cuando se produce la pérdida del líquido amniótico en ausencia de contracciones o de dilatación); d) los “cuates de sangre”^{*} (cuando hay un sangrado excesivo inmediatamente antes del parto); e) las hemorragias durante el parto; f) el cordón umbilical anormalmente corto o enrollado en el cuerpo del niño; g) niño con cabeza muy grande; h) contracciones y dilatación antes del término; i) placenta previa (que, en muchos casos, se identifica con los “cuates de sangre”) y j) problemas en el alumbramiento (ya sea que no se logre la expulsión normal de la placenta, o bien que después de expulsada queden restos de la misma que puedan producir hemorragias e infecciones a la puérpera).

La experiencia acumulada por las parteras tradicionales en la administración de masajes, sobadas y manteadas les permite, en muchas ocasiones, afrontar con éxito los casos en que el niño se encuentra “desacomodado”. Para lograr la posición cefálica apelan a las maniobras manuales a fin de lograr la correcta presentación del producto; algunas de las parteras consultadas atienden los casos de “niños desacomodados” que presentan posición pedálica y logran su expulsión sin modificar esta postura.

Las parteras tradicionales señalan que, en muchas ocasiones, la mujer puede llegar al término de su embarazo y no sentir los síntomas que anuncian el parto; si ello ocurre, y la parturienta no ha llevado control de la fecha probable del parto, puede suceder que “el niño se pase y muera en el vientre” materno. Si, por el contrario, se advierte que el embarazo está a término sin contracciones ni dilatación, la partera proporciona a la madre un baño caliente —especialmente de temazcal— y administra una infusión de tres ramitas de cihuapactli (*Montanoa tomentosa*) u otro ocitócico, generalmente acompañado de chocolate. Esta preparación activará las contracciones uterinas para lograr que el parto tenga lugar sin complicaciones.

8. Se denomina popularmente “cuates” a los mellizos y, sobre todo, a los gemelos. La voz deriva de “coatli” (serpiente), que se empleaba entre los antiguos nahuas para designar al gemelo. Quetzalcóatl es, diríamos hoy, “cuate” de Xólotl, su “gemelo divino”. Es muy probable que nos encontremos aquí ante la supervivencia de un dato arcaico —presente en muchas culturas de la Tierra—, según el cual la placenta es el “gemelo” del niño. El parto perfecto, en la concepción dualista de muchos pueblos del mundo, es el parto de gemelos. Véase Dieterlen, Germaine: “Norma y lateralidad en Africa Occidental”, en: Kourilsky, R. y P. Grapin: *Mano derecha y mano izquierda. Norma y lateralidad*, Buenos Aires, Proteo, 1971, págs. 125-134.
- * Algo semejante a lo anterior ocurre con los “cuates de sangre”, por lo que, como dijimos en el texto, la placenta previa suele ser designada también con la misma expresión.

Como dijimos anteriormente, los “cuates de agua” se presentan cuando la mujer sufre rotura de los amnios y pierde líquido sin que tengan lugar contracciones o dilatación del cuello uterino. La partera tradicional, si ha sido consultada con cierta premura, procede a brindar a la mujer una alimentación rica en calorías: chocolate con leche, tres yemas y una copa de jerez; le sugiere que repose y le administra luego el mismo tratamiento que en el caso anterior: un baño caliente (de preferencia en el temazcal) y una infusión de cihupactli.

Ante los casos de “cuates de sangre” y de placenta previa, la mayor parte de estas terapeutas prefiere derivar a la paciente hacia el servicio médico, conscientes de las dificultades que presenta un parto en estas condiciones. Si la derivación no es posible, la partera tratará de acelerar el parto, ayudándose con ocitócicos de patente o con plantas (cihuapactli, Santa María, ruda, etc.) “para evitar que el niño se ahogue”.

Muchas de las parteras han advertido la relación entre el estado nutricional deficiente de la parturienta y la probable aparición de hemorragias durante el trabajo de parto; si ello efectivamente ocurre, aplican un trapo con alcohol caliente sobre el vientre a fin de controlar el sangrado; si la paciente presenta signos de desmayo, le empapan la cara con alcohol o se lo dan a oler para que se reanime.

Ante la posibilidad de que el cordón se encuentre enrollado en el cuello, el torso o los pies de la criatura, los criterios acerca de la mejor manera de proceder muestran dos versiones: algunas parteras piensan que hay que ayudar a la mujer para que logre una expulsión rápida sin dar tiempo a que el niño se estrangule; otras, en cambio, consideran que por ningún motivo se debe seguir la conducta anterior, sino que se debe manipular a la madre —acostándola ora sobre el lado izquierdo, ora sobre el derecho— de modo de lograr que el niño se desenrede en el interior y baje. En caso de que el niño “venga de pie” y traiga enredado el cordón en el cuello, la partera trata de que se logre la expulsión de parte del cuerpo, introduce luego sus dedos por la vagina hasta verificar si el cordón está efectivamente en el cuello del niño y, de ser así, desplazarlo hacia arriba de manera que resbale sobre el rostro de la criatura.

En general, ante cualquier problema que se presente para la expulsión una vez que el niño ha coronado —sea porque tenga la cabeza muy grande o porque la dilatación sea insuficiente—, además de darle la infusión que habitualmente se emplea en estos casos (de cihupactli, ruda, canela, etc.), la partera da a la paciente un baño muy caliente de temazcal o tina. Inmediatamente después comienza a “trabajar” sobre el cuello del útero, administrando masajes o frotaciones en los que emplea aceites de plantas medicinales para lograr una mayor dilatación y, el deslizamiento de la cabeza de la criatura.

Cuando se produce dilatación del cuello uterino o se presentan contracciones antes del término del embarazo, las parteras suelen aplicar dos tipos de recetas, siendo la primera de ellas un claro procedimiento de eficacia simbólica. En este caso, la partera muele un cascarón “de pollo nacido”, le agrega chocolate, un hilo rojo y un objeto de oro; a esta mezcla le añaden agua caliente y la infusión se le administra a la paciente. El otro procedimiento consiste en dar a la mujer un té de canela endulzado con miel y un masaje abdomi-

nal con aceite caliente de romero. Este último preparado es empleado para “eliminar el frío que tiene acumulado la mujer y que impide que el niño baje”.

Independientemente de la complejidad de los problemas anteriores, es sin duda la retención de la placenta la que exige mayor destreza a las parteras, no sólo por la importancia de las consecuencias sino por las variables que puede presentar el fenómeno. Cuando el alumbramiento es normal, la partera siente que la placenta se contrae al palpar el vientre. Si se encuentra relajada —como se dijo antes—, y después de pasado un periodo no hay indicios de contracción, la partera procede a extraer manualmente los coágulos que pudieran haber quedado; si hecho esto la placenta no se desprende, intentará sacarla cuidadosamente introduciendo sus dedos entre el útero y la placenta. Esta maniobra exige una gran pericia, porque además de ser extremadamente dolorosa, puede provocar ruptura del útero. Más aun, la partera suele solicitar la ayuda de una tercera persona que procurará evitar los desmayos de la parturienta presionando la parte superior del estómago, exactamente debajo del esternón.

Las parteras tradicionales denominan “placenta encarcelada” a la retención de este órgano después del parto; muchas veces apelan a una serie de recursos antes de llegar a la maniobra manual: administran masajes sobre el vientre con glicerina y dan a masticar a la mujer hojas de hierbabuena con sal; suelen también dar una infusión de ruda con flor de Pascua (*Euphorbia pulcherrima*) y una cucharada de aceite comestible; o, también, dar masajes en el vientre y colocar sobre él tortillas y trapos calientes; aplicar un emplasto hecho con hojas de hierba santa y de totemoxtle (?), sobre un abdomen, fajar a la paciente y esperar a que la placenta se “desencarcele”. Un emplasto colocado de la misma manera puede ser hecho con epazote, hojas de tabaco (*Nicotiana tabacum*) y tlanicpan (*Piper sanctum*). En estudios recientes sobre muerte neonatal en México, los investigadores coinciden en afirmar que las principales causas de que ello ocurra son: bajo peso al nacer, partos prematuros y sus síndromes metabólicos y respiratorios, malformaciones congénitas y lesiones, e infecciones producidas en el nacimiento, principalmente. Varios de estos factores pueden conjugarse: “Un dato sobresaliente es la alta incidencia de enfermedades congénitas en los niños con bajo peso al nacer, que asciende a 5.1%, cifra notablemente superior a la de niños de peso normal”⁹. Como hemos señalado anteriormente, el impacto de la desnutrición —“el problema de salud pública más serio de México”¹⁰— no sólo se hace sentir en el bajo peso al nacer sino que produce un buen número de complicaciones placentarias, dificultando su expulsión y provocando hemorragias que ponen en peligro la vida de la parturienta. Naturalmente, esta situación se agrava aun más cuando el parto tiene lugar en zonas aisladas, con equipamiento deficiente para auxiliar a la mujer y frente a la cual la partera tradicional se encuentra severamente limitada, dada la naturaleza de los recursos que emplea y la gravedad de la situación.

9. Bobadilla, J.L. et al.: “La investigación de la salud perinatal en México”, *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1, 1988: pág. 4.

10. *Ibid.*

El puerperio y las enfermedades de la madre y del niño

Para poder controlar la recuperación de la púérpera, las parteras siguen también patrones terapéuticos diferentes: en el ámbito de atención de la partera adiestrada, difícilmente después del parto la paciente permanece en casa de la comadrona más de veinticuatro horas; durante ese período, la terapeuta vigila constantemente que la mujer no presente sangrado anormal, le ofrece comida e infusiones de manzanilla o hierbabuena, controla las deposiciones del recién nacido y le da a beber las mismas infusiones que a la madre o una preparada con anís (*Pimpinella anisum*). Durante la estancia de la púérpera, el niño no es amamantado, y las propias parteras no incitan a la madre a iniciar en ese momento la lactancia¹. La partera adiestrada da un baño al niño y limpia el cordón umbilical en presencia de la madre —especialmente si ésta es primípara— para instruirla en estas labores, brindando una serie de consejos sobre la limpieza de las mamas al momento de la lactancia, sobre higiene del bebé, etc. Consciente de que mantendrá poco o ningún contacto con la parturienta, la partera empírica adiestrada aprovecha este periodo para brindar información sobre atención al niño y autoatención de la madre, alimentación y planificación familiar. Muchas de las parteras empíricas adiestradas señalaron que en los últimos años se han agudizado los problemas económicos de las mujeres demandantes de servicio, factor posible de observar en el estado nutricional que presentan durante la preñez y el parto, así como en las ropas que visten o que han preparado para el recién nacido. Confían poco en el impacto que puedan tener ciertos consejos, por presión negativa de la situación económica. Incluso algunas de estas terapeutas, ante la presunción de que ni siquiera verán a

1. Desde 1946, cuando menos, se ha realizado en México una serie importante de estudios sobre nutrición en el medio rural y, particularmente, sobre nutrición infantil. A propósito del inicio de la lactancia materna, Hernández *et al.*, señalan en un trabajo publicado en 1976: “El dejar al recién nacido sin comer por mucho tiempo no es como se creía una característica indígena, sino por el contrario, en las comunidades de este grupo se encuentra que el 74% de las madres comienza a darle alimento en las primeras 5 horas de la vida, mientras que en las comunidades no indígenas en más de la mitad de las ocasiones se esperan más de 5 horas para comenzar a dar algo de alimentación. Asimismo, se encontró que en las comunidades indígenas existe una gran tendencia a iniciar la alimentación no sólo en forma temprana sino con el calostro materno, costumbre indudablemente mejor para la salud”. Hernández, Mercedes *et al.*: “La lactancia en el medio rural. Una encuesta sobre las prácticas de alimentación infantil”, en: Rivera Dommarco, J. y Esther Casanueva (Comps.): *Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil en México, 1900-1980*, México, IMSS, 1982: págs. 147-148. Como es sabido, el calostro “tiene un efecto laxante en el recién nacido, y también contiene anticuerpos, los cuales confieren cierto grado de inmunidad pasiva al neonato, además de ser rico en lactoproteínas”. Cfr. Jensen, David, *op. cit.*: pág. 1112.

la mujer al momento del parto, aprovechan las consultas efectuadas durante el embarazo para sugerir la compra de gasas estériles, cinta umbilical e, incluso, Ergonovina para detener posibles hemorragias después del alumbramiento.

Para la medicina tradicional, el periodo del puerperio reviste una importancia fundamental, al punto de que en algunos lugares de Morelos (y en muchas de las áreas rurales mexicanas) ha persistido la práctica de la *cuarentena*, ya que se considera que los cuidados que se brinden durante este lapso resultarán esenciales para la madre y el niño. Se trata, asimismo, de una etapa en la que los cuidados y los consejos aparecen ya bajo el lenguaje médico doméstico, ya bajo el lenguaje del mito y la creencia, por lo que en la práctica el comportamiento lleva en gran medida la marca de lo preventivo. Preservar a la madre y al niño del frío, sugerir el reposo, adoptar ciertas posturas corporales, reforzar la dieta, evitar el encuentro con muchas personas, en fin, lograr un entorno acogedor, constituyen conductas fuertemente enraizadas en los conceptos y las creencias de los grupos campesinos e indígenas más tradicionales. La idea, arraigada en muchos de los trabajos sobre salud rural, de que las medicinas doméstica y tradicional son sólo curativas, se ve contradicha en la práctica, especialmente cuando se registra la conducta de la puerpera y del grupo familiar, y el saber más sistemático de la partera a propósito de lo que conviene y no conviene hacer durante el puerperio.

La información médica a este respecto encuentra un correlato en la preocupación de la mujer, su familia y la terapeuta tradicional, por el desarrollo del postparto. A este respecto, podemos señalar que confluyen aquí dos grandes problemas: el de las condiciones generales de vida de las mujeres en los países subdesarrollados que habitan en condiciones de alta marginación, y el de la escasez de recursos para lograr una derivación rápida y oportuna hacia un servicio que ofrezca garantías en la atención de las urgencias*. En un estudio reciente realizado por investigadores de la Secretaría de Salubridad se señala que: "La muerte materna ocupa el segundo lugar como causa de fallecimiento en mujeres de edades entre 15 y 44 años"². Si se considera que esta estimación está hecha para población que demandó atención hospitalaria, la cifra muy probablemente deba ser ajustada; no obstante, es doblemente significativa: por un lado, es muy plausible que parte de esa población haya sido internada en condiciones críticas, y esta contingencia influya en el porcentaje³; pero, por otra, alerta acerca de la situación de aquellas zonas en las que es aún más difícil lograr una derivación rápida y oportuna desde el ámbito de la partera al de la institución de segundo o tercer nivel. Todo ello subraya la importancia de una serie de actitudes de las poblaciones ante el puerperio, que no vacilaríamos en denominar *preven-*

* En el primer mes de vida del niño, ocurren alrededor del 75% de todas las muertes del primer año de vida. Las tasas de mortalidad del primer año de vida son, junto a las de los últimos años, las más altas del ciclo de vida.

2. "Durante 1980 ocurrieron aproximadamente 130 000 000 de nacimientos en el mundo. Para el año 2000 este número alcanzará los 163 000 000. Alrededor del 85% de este incremento en los nacimientos tendrá su origen en las regiones subdesarrolladas donde, además, ocurrirán el 95% de las muertes perinatales". Langer, Ana et al.: "El apoyo psicosocial durante el periodo perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica", *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1, enero-febrero 1988: pág. 81.

3. Véase Nuñez Urquiza, Rosa María, *op. cit.*, pág. 54.

tivas. Es bien sabido que el postparto y el inicio del puerperio son dos momentos particularmente peligrosos para la madre y el niño, debido a la alta probabilidad de que se presenten infecciones producidas, las más de las veces, por *Streptococcus* y *Staphylococcus*⁴. Independientemente de que se ignore la etiología de estas infecciones, es evidente la función protectora de las creencias y prácticas populares que buscan aislar a la madre y al niño, ya sea bajo la idea de la pérdida del calor, ya de la posibilidad de que un tercero provoque el “mal de ojo”. La convicción de que la mujer debe reposar en su casa inmediatamente después del parto (práctica cada vez más común en la atención hospitalaria y sobre la cual los investigadores más importantes parecen estar de acuerdo⁵) es compartida por las parteras de formación más tradicional; no admiten, en cambio, que los médicos recomienden que la mujer camine o retome sus actividades habituales durante el puerperio, pues esta práctica genera problemas que se reflejan en los embarazos y partos subsecuentes: la frialdad de la matriz, de los ovarios o de la cintura, la caída de algunos de estos órganos o el “relajamiento de sus partes” —a las que hicimos referencia al hablar de la esterilidad— suelen ser causadas por la falta de cuidados durante el puerperio, a juicio de todas estas terapeutas.

Estos cuidados comienzan en el momento mismo del parto: algunas parteras se colocan en el momento de la expulsión del niño o de la placenta entre las piernas de la parturienta, no sólo con el propósito de estar cerca para asistirle sino también para cubrirla con su cuerpo y evitar que se “ventee”, que “pueda recibir aires”. En caso de que ello ocurra, la mujer contraerá el “cachán”, una clásica enfermedad de frío. Con la finalidad de evitar que los órganos se desplacen (es decir, que se produzcan prolapsos y ptosis), colocan sobre el ombligo de la puerpera un “fiador”, “muñequito” o “San Antonio”, es decir, un trozo de gasa o de tela de manta torcido, y sobre él una faja, la cual llevará la mujer durante todo el tiempo que dure el puerperio. A la paciente se le recomienda no sentarse de la manera habitual, sino reposar sobre un costado, evitando “que la matriz se caiga y los órganos queden sueltos”. La mujer es lavada con plantas de calidad “cordial” (o “templada”), por ejemplo: hierba del ángel, manzanilla, marrubio (*Marrubium vulgare*), etc., para lograr su aseo y ayudar a mantener la temperatura corporal adecuada. Parteras con un grado mayor de aculturación médica emplean mezclas de agua hervida y alcohol, o agua hervida y benzal en los lavados de la región genital de la puerpera. Como en tiempos prehispánicos, muchas de las parteras tradicionales siguen empleando el baño de temaz-

4. “Después del parto, el útero se encuentra en un estado de desorganización (...), existe siempre cierta cantidad de sangre coagulada y células muertas de los tejidos que proporcionan alimento a cualquier bacteria que penetre en el útero. (...) Si un *Streptococcus* suficientemente virulento llega al útero, origina una infección muy grave. (...) Existen técnicas muy eficaces para averiguar el origen de infecciones estreptocócicas del tipo de la de la fiebre puerperal, y es corriente descubrir que se derivan de enfermeras o de otros asistentes que sufren una irritación estreptocócica leve de garganta”. Burnet, Sir Macfarlane y David O. White: *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Madrid, Alianza Editorial, 1982: pág. 238. El estafilococo hospitalario representa uno de los mayores peligros, incluso en aquellos centros que gozan de un control riguroso: “Los estafilococos hospitalarios pueden ser un peligro o perjuicio similar para un recién nacido. En algunos hospitales de maternidad es casi rutinario que los bebés recién nacidos contraigan una infección estafilocócica en los ojos, piel u ombligo”. *Ibid.*: págs. 237-238.
5. El propio Burnet señala que “el lugar más seguro para un bebé recién nacido es su hogar, y cada vez es más frecuente la tendencia a dar de alta del hospital a la madre y al hijo tan pronto como sea posible”. *Ibid.*: pág. 238.

cal, el primero de los cuales se administra a la paciente al tercer día posterior al parto. Los efectos del baño de temazcal son variados. La acción hidroterapéutica del vapor de agua, la actividad terapéutica de los aceites esenciales de las plantas, que se encuentran en la atmósfera saturada de vapor que se produce en el interior del baño y los efectos de las infusiones que la puérpera bebe dentro del temazcal, provocan: a) eliminación de agua y productos del metabolismo por sudor, respiración y orina (es preciso recordar que la puérpera acaba de realizar un gran esfuerzo físico); b) un efecto galactógeno, ya que “ayuda a que la leche materna sea más abundante y madura”; c) un efecto sobre las manchas de la piel, pues se estima que el temazcal ayuda a “quitar el paño”; d) combate el frío característico del postparto, ayudando a que “cierre la cintura”, pues existe la creencia de que ésta queda abierta después del trabajo de parto; e) finalmente, una acción desinflamatoria, pues el baño “hace que los órganos se deshinchén y se reacomoden”. Las terapeutas que aun conservan las formas más antiguas de tratamiento de la puérpera le administran doce baños durante la cuarentena. En otros lugares el número es sensiblemente menor, pero en general se estima provechoso para la mujer, no sólo en función del aseo corporal sino, sobre todo, por su acción reconstituyente y confortativa. En los lugares en donde la puérpera consume el patlaposo, el baño de temazcal debe ser dado, sin excepción, al tercer día posterior al final de la ingesta, pues se estima que así se potencian los efectos de las plantas utilizadas en su preparación.

El otro elemento importante durante el puerperio es la recomendación de que la dieta sea liviana, de fácil digestión, por lo que debe incluir frutas cocidas, atoles, una mínima cantidad de frijoles bien cocidos, etc., evitando la col, el melón, el pepino, la sandía, la jicama y el aguacate, todos los primeros por ser de “naturaleza fría”, y el último por considerárselo indigesto, “pesado”.

Durante el período del puerperio, la mujer debe además abstenerse de mantener relaciones sexuales, las cuales resultarían claramente perjudiciales a su estado.

Naturalmente, todos los cuidados, recomendaciones y terapias aconsejadas para este periodo poseen la función de proteger a la madre y al niño, y podrían encontrarse medidas análogas en todos los tipos de sociedades. Sin embargo, todas estas pautas conductuales adquieren una relevancia aun mayor si se piensa en las condiciones habituales de trabajo de una mujer de estas regiones agrícolas del país. La cuarentena le servirá a la madre para recuperarse antes de volver a enfrentar el peso de las tareas que resultan de las labores domésticas y, en muchos casos, artesanales, comerciales o agrícolas.

Hemos señalado anteriormente que buena parte del cuidado de la embarazada, la puérpera y el niño es brindado por la medicina doméstica, la que posee una fuerza mayor en las regiones en las que se conserva la familia extensa o semiextensa, fuerza que tiende a decaer con la adopción de formas de vida ciudadinas en el gran proceso de urbanización y migración de los núcleos campesinos tradicionales. Es sin duda lamentable que muchas formas benéficas tradicionales desaparezcan en esta dinámica y sólo sean retomadas posteriormente por los programas de educación para la salud.

Las precauciones adoptadas durante el puerperio, especialmente entre los núcleos más desprotegidos, apuntan a prevenir o paliar situaciones de desajuste que afecten a la madre y al niño. Muchas de ellas no caen dentro del terreno de lo patológico, pero constituyen trastornos que llevan a la adopción de medidas para remediarlos. En otros casos, en cambio, se trata de auténticas enfermedades. En las páginas siguientes resumiremos la información de campo, aludiendo a las más frecuentes dentro del periodo puerperal.

La “falta de leche” (agalactia) es quizás el trastorno mencionado con más frecuencia por las terapeutas tradicionales, no tanto por su ocurrencia sino porque amamantar se considera un acto imprescindible para el buen desarrollo del niño. En el curso del trabajo se registraron numerosas referencias a la sanción moral que pesa sobre la mujer que no amamanta a su hijo y a la sospecha de que no lo hace por coquetería (“para que no se le deformen los pechos”); garantizar la buena lactancia del niño lleva en la práctica a la existencia de una serie de terapias y consejos que las parteras no vacilan en recomendar a las puerperas. Como se recordará, aludimos antes a la costumbre —muy difundida en el medio indígena— de iniciar la lactancia con el calostro, práctica que trae una serie de beneficios al recién nacido; por otra parte, la falta de leche (o de no poseerla en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades del niño) es un problema importante para las mujeres campesinas, ya que generalmente no cuentan con suficientes recursos económicos para suministrar sustitutos lácteos.

Por otra parte, el hecho mismo de amamantar constituye un factor que ayuda al control natal. Una vez más la “frialdad” es responsable de trastornos típicamente femeninos; en este caso, la frialdad de la espalda de la mujer contribuye a que se inhiba la producción de leche o que merme sensiblemente su cantidad. La mujer que se enfría la espalda después del parto o que toma frío por trabajar prematuramente durante el puerperio, y que a causa de ello no puede amamantar, es sometida a dos tipos de terapias: una, de carácter local que consiste esencialmente en lavar los senos con una infusión caliente de hierba del ángel y tequezquite, y la segunda, más integral, que recurre a los beneficios que proporciona el baño de temazcal; o bien, frotar “alcohol de aguardiente” caliente en el pecho y en los senos; también se recomienda dar masajes en la espalda con cáscara de plátano macho (*Musa* sp.) asada en el comal. Todas estas medidas tienden a restablecer el equilibrio térmico, a devolver a la madre el calor necesario para que produzca leche. El baño en el temazcal se administra con idénticos fines, pues ayuda a “desalojar el frío”, especialmente si dentro del baño la mujer frota su cuerpo con plantas de calidad caliente: fresno (*Fraxinus pubescens*), capulín, zapote blanco (*Casimiroa edulis*) y laurel (*Litsea glausenscens*).

De las sustancias a las cuales la población atribuye la propiedad de propiciar la abundancia de leche destacan los atoles, como lo subrayan todas las parteras consultadas, incluidas las empíricas adiestradas. El atole de masa con piloncillo (el más barato y popular de todos los registrados), de masa con almendras, de ajonjolí y cacahuaté, y de chocolate y epazote, la levadura de cerveza, la cerveza negra, el caldo de chicote (pene) de toro, el té de damiana de California y el patlaposo son algunos de los galactógenos usados en las zonas encuestadas. El destete temprano y la combinación o sustitución de la leche materna por leches integrales, constituyen prácticas cada vez más frecuentes en las zonas mejor comunicadas. Las parteras tradicionales no sólo prescriben la leche materna sino que brin-

dan a la madre —en especial si es primipara— una serie de consejos sobre higiene del pezón o sobre la manipulación de éste cuando el niño no logra succionar con facilidad.

La existencia de “bolas de leche en los senos”, grietas o infecciones (referidas usualmente como “fiebre de leche” o “pus en los senos”) constituyen tres trastornos que aparecen asociados en los informes de las parteras. Las grietas en los pezones son atribuidas a la succión, especialmente si la mujer es primeriza y no ha “preparado” sus pechos durante el embarazo, operación que consiste en friccionar y manipular los pezones con los dedos índice y pulgar con movimientos rotatorios, durante los últimos meses antes del parto.

Para curarlas se recomienda el uso tópico de Terramicina oftálmica, cacao molido con vaselina, manteca de cacao, natilla de leche de vaca (con la cual se cubrirá el pezón) junto con una hoja de lengua de vaca (*Rumex mexicanus*) o los lavados con agua tibia y jabón antes de amamantar. Algunas parteras señalan que al producirse estas grietas muchas mujeres optan por amamantar al niño menos tiempo del indicado, o directamente suspender la lactancia natural por las “leches de fórmula”, lo que trae aparejado la formación de “bolas de leche en los pechos”. Otras terapeutas, en cambio, piensan que éstas son producidas por cargar cosas pesadas durante el puerperio. Estas “bolas” son perceptibles al tacto y, usualmente, se acompañan de estados febriles (las “fiebres de leche”) y de intensos dolores. De no aplicarse oportunamente el tratamiento la infección puede ser considerable. Todas las terapias registradas tienen en común acciones mecánicas para deshacer estas formaciones: es frecuente que la partera masajee los senos, especialmente donde se encuentran estas “bolas”, pudiendo realizarse de la siguiente manera: la terapeuta se coloca detrás de la puerpera y extiende por delante, sobre el pecho, una manta de aproximadamente veinte centímetros de ancho, que mueve hacia izquierda y derecha, tirando la manta hacia atrás de manera de lograr una presión mayor. En otros lugares se aplican lienzos mojados con agua caliente, dando masajes en forma circular sobre los senos. Todas las parteras coinciden en afirmar que se trata de un tratamiento sumamente doloroso, pero que no se conoce nada mejor para remediar este padecimiento. Si la infección es evidente, el tipo de masaje es el mismo, pero el lienzo se impregna de una infusión de hojas de axihuitl (?). Si la paciente, a causa de estas formaciones, contrae “fiebre de leche”, la primera acción terapéutica consistirá en extraer manualmente o con una perilla de goma la leche acumulada en los senos, misma que no se dará a beber al recién nacido. Se prescriben además tés de manzanilla, agua tibia y, en general, una ingestión abundante de líquidos.

Otro de los trastornos frecuentes del puerperio es el llamado “recaída después del parto”: la paciente muestra un estado parecido al que produce la gripa, las fiebres son intermitentes, no hay malestares estomacales y la enferma se muestra desganada. Se trata, en opinión de las parteras tradicionales, de una intoxicación que sufre la mujer, por lo que el tratamiento tiene por objeto hacerla sudar copiosamente para expulsar aquellas sustancias que provocan la enfermedad. La terapia es compleja: se juntan hojas de tlacoxóchitl (*Bouvardia ternifolia*), piciete (*Nicotiana glauca*), ojo de gallo (*Anagallis arvensis*), hierba mora (*Solanum nigrum*), malva, testepanchi (?), botones de floripondio y tomate (*Physalis ixocarpa*), se cortan en pequeños trozos, se mezclan, se le agrega una copa de mezcal, sal tostada y orina de niño. Se calienta y se aplica el jugo, por frotación sobre el rostro (especialmente la región de las sienes y la nuca), todo el cuerpo y, particularmente, las articu-

laciones. Esta parte de la terapia se llama “quemada de hierbas”; una vez que se han dado los masajes se envuelve a la mujer para propiciar la sudoración intensa; se repite el tratamiento durante tres días, a razón de una cura diaria. Al cuarto o quinto día es necesario que la paciente tome un baño de temazcal.

Finalmente, es preciso hacer referencia a un padecimiento, o conjunto de padecimientos, vastamente reportado por las parteras: el *cachán* o los *cachanes*, contraído por la puérpera como consecuencia de que “le entra frío” al interior del cuerpo. Se caracteriza por la pérdida del apetito, hinchazón en el vientre, dolor intenso en las articulaciones, picazón en los talones, dolor de cabeza y sensación de frío. Los cachanes pueden ser “simples” o “graves”. Estos últimos se acompañan, además, de flujos vaginales sanguinolentos y, a veces, de pus. Los cachanes admiten también una segunda clasificación, según su agente causal. Así tenemos el “cachán de trabajo”, que es un cachán simple que surge como consecuencia del esfuerzo que hace la mujer si se pone a trabajar antes de terminada la cuarentena y, el “cachán de hombre”, un cachán grave, el que se adquiere por tener relaciones sexuales antes de los cuarenta días que corresponden al periodo de postparto, durante el cual la puérpera debe tener cuidados específicos. Uno de los tratamientos que se prescriben para esta enfermedad —si se trata de un cachán simple— consiste en frotaciones después del baño con alcoholato de raíz machacada de cachanapatle (*Solidago velutina*), calentado al sol. Si el cachán es grave, además de las frotaciones se recomiendan lavados vaginales con una infusión de salvia (*Salvia officinalis*), cuachalate (*Juliana adstringens*) y orégano, o de huizache (*Acacia farnesiana*), malva y flor de sábila, a la que se agrega una cucharada de vinagre.

En algunos lugares de México, el “cachán de hombre” es denominado también “empacho de hombre”, tratándose muy probablemente de un prolapso uterino que se atribuye, al igual que en Morelos, a las relaciones sexuales durante la cuarentena.

Como es bien sabido, en la primera infancia se presentan una serie de enfermedades, muchas de las cuales conducen al pequeño paciente a la muerte. Como nuestro interés está centrado en el puerperio, consignaremos a continuación los padecimientos más frecuentes que se presentan durante este periodo de la vida: “aflojamiento de los gajos” (los informantes dicen más frecuentemente: “se aflojan los gajos”), algodoncillo, cólicos, chin-cual, engentamiento (se refiere: “engentados”) y enlechado.

El aflojamiento de los gajos es un padecimiento que se caracteriza porque el recién nacido muestra somnolencia, falta de apetito, decaimiento (“tristeza”) y, sobre todo, porque, al tacto se detecta una cierta separación de los huesos craneales. La terapia es de tipo mecánico: consiste en sobar la cabeza con movimientos circulares para acomodar los huesos que supuestamente se han desplazado; después se venda el cráneo del niño, debiendo permanecer así durante dos o tres días. Este tratamiento puede repetirse una o dos veces más si el paciente no presenta mejoría.

La información relativa al algodoncillo es sumamente abundante y homogénea en todas las zonas estudiadas; las parteras se refieren a él como un padecimiento que se caracteriza por la aparición de manchas blancas circulares, pegajosas, con aspecto y consistencia de

algodón, que se localizan en los labios, paladar y lengua del niño. Las parteras aluden a él señalando que se trata de una infección, producida por falta de higiene en los pezones maternos, o bien porque la madre ha ingerido antibiótico, ha hecho un coraje o ha contagiado con su calor al lactante. La mayor parte de los tratamientos prescriben el aseo de las zonas afectadas con infusiones de pata de león (*Taraxacum officinale*), agua con bicarbonato, miel con limón (*Citrus aurantiifolia*), o bien con tomate asado. La limpieza se realiza cubriendo los dedos índice y medio con una gasa impregnada en algunas de las preparaciones mencionadas, y frotando la región afectada. El tratamiento se repite hasta lograr la desaparición del algodoncillo. Las parteras adiestradas recomiendan limpiar y aplicar sobre las mucosas de la boca pomada de Micostatin.

Los cólicos (llamados también “dolores de barriga”) afectan frecuentemente a los niños pequeños, y constituyen una consecuencia de la alimentación de la madre: el exceso de frijoles (porque son muy “cálidos”), de calabacitas (que son verduras “frías”), el agua fría o cruda, el pan (cuya levadura “descompone” los alimentos), o cualquier otro alimento de cualidad marcadamente “fría” o “caliente”, dañan al bebé; también, cuando la madre hace corajes antes de amamantarlo, cuando ha hecho corajes durante el embarazo, o cuando no se le “saca el aire” al niño después de comer. En presencia de estos cólicos, el vientre del niño aparece hinchado, hay llanto e irritación, “se refriega las patitas con los talones, debido a su desesperación”, al tacto se percibe la barriga inflamada y el intestino grueso “pareciera que hierve”. En los casos que no presentan gravedad, los tratamientos consisten en la administración de infusiones de hierbabuena, de manzanilla, de anís estrella (*Illicium verum*) o de orégano, endulzadas con miel y a las que se les agrega un granito de tequezquite, varias veces al día para que “afloje la hinchazón”. A la madre se le recomienda tomar té de hierba del ángel con una pizca de tequezquite y endulzado con piloncillo. Cuando la inflamación es intensa y la partera supone un grado mayor de complicación, además de la ingesta de alguna de las infusiones anteriores se le coloca al niño un emplasto —sobre la barriga y la espalda— hecho con tomate asado mezclado con bicarbonato y manteca de cerdo (las parteras prefieren el llamado “unto de cerdo” rancho, de cualidad muy fría). El emplasto se extiende sobre una hoja de lengua de vaca, axihuitl o col (*Brassica oleracea*) machacada, se coloca en el vientre y en la espalda y se envuelve bien al niño; esta curación se reemplaza cada diez o doce horas, en casos muy graves (cuando ello ocurre se advierte que el emplasto se ha secado, debido al calor del vientre de la criatura); de no ser así, se la cambia sólo una vez al día.

El chincual es una de las enfermedades más características dentro del cuadro nosotáxico de las parteras tradicionales de Morelos y Guerrero⁶, reconocida incluso por aquellas parteras que han recibido entrenamiento institucional. Se caracteriza, en una primera fase, por deposiciones muy frecuentes y escasas en las que “aparece leche cortada y líquido amarillo”; en una segunda etapa se advierten pequeños granos rojos alrededor del ano, que en una fase más avanzada pueden extenderse a las nalgas (a causa de que “el ano se pudre”). El niño manifiesta dolor, malestar general e irritación.

6. Aguirre Beltrán, Gonzalo, *op. cit.*, pág. 137; Zolla, C. y cols., *op. cit.* En los registros logrados en la encuesta sobre causas de demanda de atención en las zonas atendidas por el Programa IMSS-COPLAMAR, el chincual apareció como una de las enfermedades dermatológicas más importantes en los dos estados mencionados. (Datos de 1984).

La mayor parte de las informantes piensa que el niño nace con esta enfermedad, contraída como consecuencia de la alimentación —abundante en chiles— que la madre ingirió durante el embarazo. Se registraron dos tipos de tratamiento, complementarios, que consisten en: baños de la zona afectada, con infusiones de malva, muicle, árnica, cuachalalate o verbena (*Verbena carolina*), tres veces al día; si no se dispone de alguna de las plantas anteriores, se toman hojas de epazote morado (*Chenopodium ambrosioides*), se las machaca, y al jugo obtenido se le agrega una pizca de sal y alcohol, con lo que se frota el ano o la piel dañada del bebé; simultáneamente se le administra al niño té de manzanilla, de muicle, de epazote (preparado con sólo una ojita) o hierbabuena. Se registró una receta —al parecer muy tradicional y que las parteras adiestradas recordaban haber visto hacer a sus mayores— consistente en hervir un huevo hasta que endurezca, partirlo, colocarlo entero —o solamente la yema— dentro de una tela, a fin de no quemarse los dedos, y dar aplicaciones breves sobre la parte afectada.

Dentro de los cuidados más específicos que se prestan al recién nacido están los relacionados con la protección ante la “energía negativa” resultante de estados anímicos de un tercero que entra en contacto con aquél. Se supone que las personas que llegan a verlo pueden transmitirle su “calor” o su “humor”, máxime si camino a casa del niño se han cruzado con terceros que mostraban una conducta irascible o estaban borrachos. La idea dominante es la de que el lactante es de “naturaleza” débil o frágil, factor que lo hace susceptible de “atrapar” (de “que se le pegue”) la irritabilidad, la fatiga o el acaloramiento de los adultos. De allí la costumbre de aislar a los recién nacidos, al menos hasta el término del puerperio. Al contagiarse de estos efluvios perjudiciales, el niño llora y se irrita. Si estas manifestaciones no se deben a falta de comida, higiene o sueño, se concluye que se encuentra “engentado”. Una de las precauciones que se toman para evitar el engentamiento consiste en que el visitante debe esperar un tiempo prudencial antes de ver al niño; en ese lapso su cuerpo se enfriará, su ánimo se calmará y su contacto con el recién nacido será inocuo. Lo mismo se piensa de las personas que han mantenido recientemente relaciones sexuales: su cuerpo debe enfriarse antes de ver o cargar al niño. En caso de que el niño presente los síntomas clásicos del engentamiento, se procede a realizar una “limpia”, en la que usualmente se emplea un huevo, humo de tabaco, hojas de ruda o de otro vegetal fuertemente aromático, las más de las veces impregnadas en alcohol. Cuando la limpia concluye, el niño tiende a dormirse por un lapso de tiempo mayor del acostumbrado, señal inequívoca —piensan las parteras— de que el remedio ha funcionado.

Otro padecimiento sumamente común, conocido en todas las zonas bajo el mismo nombre, es el que designa a los niños que lo padecen como “enlechados”, asociado también a ciertas condiciones de la lactancia materna. Se caracteriza porque el paciente presenta cólicos estomacales, vómitos, eructos ácidos y deposiciones blancas, con apariencia de “leche cortada”. No se reporta fiebre y, con frecuencia, el niño que está “enlechado” suele mostrar, también, “algodoncillo”. Las causas más comunes de esta enfermedad son cuando la leche “se les encima”, debido a que la madre lo alimenta constantemente, impidiendo así la digestión regular; se presenta también como consecuencia de una excesiva concentración de calor en el pecho de la madre (por haber estado mucho tiempo cerca del comal, por haberse expuesto a los rayos del sol durante periodos prolongados), o por frío (si la madre está acatarrada, o se ha bañado con agua fría); además, el niño puede “enlecharse” si la madre ha comido alimentos ricos en grasas (carne de cerdo, aguacate) o

ha sufrido una impresión fuerte, y bajo los efectos de ésta ha amamantado al bebé. El tratamiento más común —especialmente cuando se trata de niños muy pequeños— consiste en administrarle un preparado a base de leche materna y hierbabuena: en un cascarón de huevo, la madre vierte leche de su pecho, le agrega dos hojitas de hierbabuena y lo coloca en la lumbre para que hierva y adquiera una consistencia espesa. Da de beber esta preparación tres veces al día, durante dos días y, mientras dura el tratamiento, el niño no es amamantado; se le da, en cambio, té de manzanilla o anís estrella, los cuales también son bebidos por la madre. Otra receta es la de dar al niño té de rosa de Castilla, antes de amamantarlo, o bien una cucharada de aceite de ricino para “purgar la leche mala”, o raspar el camote de la contrayerba (*Psoralea pentaphylla*) y darle una cucharadita cada vez que es alimentado. Las informantes señalan que cuando se consulta al médico sobre este padecimiento, este no busca las causas en el estado de la madre, sino que tiende a interpretar la sintomatología como un rechazo de la criatura a la leche materna, por lo que usualmente prescribe reemplazarla por “leche de fórmula”, contribuyendo así a que niños a veces muy pequeños pasen a esta fuente alimenticia de indudable inferior calidad en comparación con la de la leche materna.

Otras patologías características de la infancia son el mal de ojo, la caída de la mollera, el susto, el empacho, la disentería, así como una serie de trastornos respiratorios. Remitimos al lector interesado en las cinco primeras enfermedades mencionadas, a otro trabajo realizado en poblaciones rurales de los estados de Oaxaca, Puebla y Veracruz, en el cual se exponen los resultados de una investigación con el propósito de estudiar las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional del México actual. Como se podrá apreciar, es posible advertir elementos afines —aunque también diferencias notables— entre el enlechado y el empachado, o entre el engentado y el ojeado, y concluir que varios de los padecimientos han sido clasificados en la medicina tradicional y doméstica de las áreas rurales siguiendo una lógica idéntica y postulando una etiología también afin⁷.

7. Véase: Zola, C., S. del Bosque, A. Tascón y V. Mellado: *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS, 1988. El volumen incluye, además, una gran cantidad de referencias bibliográficas relativas a las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional mexicana.

Imagen social de la partera

Numerosos textos citados en la bibliografía ofrecen evidencias de la importancia y el ascendiente de la partera en la vida de numerosas comunidades de México y del mundo. En vista de los datos disponibles es posible pensar que la respuesta social más característica ante el embarazo y el parto ha consistido históricamente en destacar a ciertos miembros del grupo para atender de manera más o menos especializada estos eventos vitales. En la mayor parte de las culturas, hasta épocas lejanas, esa labor ha estado casi exclusivamente en manos de las mujeres. Si se rastrea el tema a lo largo de la historia de México, se puede comprobar que esa imagen social de la partera ha cambiado, más allá de que para ciertos grupos humanos su importancia y la trascendencia de su labor se haya mantenido. En el mundo rural mexicano, desde épocas anteriores a la conquista española hasta nuestros días, la partera posee una importancia cuantitativa y cualitativa notable dentro del grupo de terapeutas que se encargan de la atención a la salud. La restricción de su actividad a los embarazos y partos normales es, en realidad, una característica impresa por los modernos programas institucionales de atención a la madre y al niño. En el decurso de esa historia, la partera ha sido, como se dice en los textos de Sahagún, “partera y médica”. En efecto, cuando se solicitaban los servicios de la partera en el mundo nahua, los términos con los que se aludía a ella reflejaban la consideración social de que gozaba: “Conviene, señores, que la ayudéis; conviene que reciba (la embarazada) algunos baños, que entre en nuestra madre el horno del baño (el temazcal) que se llama *Yoalticitl*, que es la diosa de los baños, sabedora de los secretos, en cuyas manos todos nos criamos; ya es tiempo, ya conviene que la pongáis en las manos y sobre las espaldas de alguna buena partera, diestra en su oficio, que se llama *titcitl**1”. La partera respondía a este pedido en los siguientes términos: “Y aunque soy partera y médica, ¿podré yo por mi experiencia, o por mi industria poner mano a este negocio?”2. A lo largo del texto de Sahagún se menciona una y otra vez la expresión “señora y madre nuestra espiritual” en el trato que los padres dan a la comadrona, lo que queda justificado no sólo por la importancia de su oficio sino porque la partera asumía funciones de consejera de la joven casadera o de la preñada, e incluso realizaba ciertos actos ceremoniales vinculados al sistema de creencias: “Por su importancia social —dice López Austin al hablar de los médicos en el mundo nahua—,

* *Ticitl* significa *médico* en náhuatl; el plural es *titici*.

1. Sahagún, fray Bernardino de, *op. cit.*, pág. 374.

2. *Ibid.*, pág. 376.

claro está, destacaban los que conocían ampliamente las hierbas y las dedicadas a partear. Estas desempeñaban funciones que comprendían desde proporcionar consejos y cuidados a la joven que empezaba el embarazo, hasta recibir al niño y ofrecerlo a los dioses, atendiendo la celebración de los primeros ritos de la vida.”³

Entre los pueblos prehispánicos y en numerosos grupos del área rural del México actual persiste la asociación de la mujer con la fertilidad. No es casual, entonces, que sean esencialmente las mujeres las que históricamente han estado protagonizando la asistencia al embarazo y el parto, no sólo en el orden práctico sino en el mundo simbólico. “Muchas diosas de la tierra —afirma Jacques Soustelle— estaban asociadas con la fertilidad del suelo o con la fecundidad de las mujeres, tales como Teteoínan (“Madre de los Dioses”), Coatlicue (“La que Lleva una Falda de Serpientes”), Cihuacoatl (“Mujer Serpiente”) e Itzpapálot (“Mariposa de Obsidiana”). Su importancia es doble: como deidades de la fertilidad dan a luz a los jóvenes dioses del maíz, Centéotl, y de las flores, Xochipilli...”⁴ En la concepción dualista de los nahuas, los dioses primigenios (representados como Ometecuhtli y Omecíhuatl) se reúnen en la imagen de un dios doble: Ometéotl, padre de todo lo creado.

En la *Historia de los Mexicanos por sus pinturas* —texto atribuido a fray Andrés de Olmos— se menciona que los dioses “hicieron a un hombre y a una mujer: el hombre dijeron Uxumuco (*Oxomoco*), y a ella Cipastonal (*Cipactónal*), y mandáronles que labrasen la tierra, y que ella hilase y tejese, y que dellos nacerían los *macehuales*, y que no holgasen sino que siempre trabajasen. Y a ella le dieron los dioses ciertos granos de maíz, para que con ellos ella curase y usase de adivinanzas y hechicerías, y así lo usan hoy día a facer las mujeres.”⁵

El texto anterior sirve para mostrar —como lo confirman otros testimonios históricos— la vinculación de la mujer al mundo médico; de allí que no resulte casual que la partera cumpla las dos funciones mencionadas antes: la de obstetra o partera y la de médica (o curandera, diríamos hoy).

Como dijimos en otro pasaje, en las zonas menos aculturadas e influidas por el modelo médico, la partera es, simultáneamente partera-curandera. En una encuesta realizada a nivel nacional en las zonas atendidas por el Programa IMSS-COPLAMAR (véase Cuadro 1 del primer capítulo) quedaron evidenciadas no sólo la importancia de la partera (38.8% del total de terapeutas tradicionales registrados), sino la de la mujer como agente de la medicina tradicional (61.2% del total de terapeutas tradicionales). En las designaciones populares dadas a las parteras, es posible determinar cómo se ha venido conformando esa imagen social que las poblaciones han construido y que en la actualidad se presenta como un mosaico de rasgos, funciones y nombres. En efecto, en aquella encuesta algunos de los nombres dados a esta terapeuta reflejan la influencia de distintas tradiciones médicas o culturales: la “partera curandera”, la “partera curandera hierbera”, la “partera hierbera

3. López Austin, Alfredo: *Textos de medicina náhuatl*, México, UNAM, 1984, pág. 37.

4. Soustelle, Jacques: *El universo de los aztecas*, México, FCE, 1982, pág. 54.

5. León-Portilla, Miguel: *La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes*, México, UNAM, 1979, pág. 96.

huesera”, la “partera hierbera sobadora” y la “partera curandera huesera” son designaciones que aluden a lo que venimos afirmando: la pluralidad de actividades de un mismo terapeuta. En otras palabras, el remanente actual de la antigua *partera y médica*. “Partera chanequera” designa a quien, además de realizar labores gineco-obstétricas, se especializa en curar las enfermedades producidas por los *chaneques* o *chanecos**, pequeños seres “dueños” de los cursos de agua u otros sitios de la naturaleza usualmente explotados por el hombre.

Los datos de campo hablan también de la “partera consejera”: como afirmamos antes, esta era una de las funciones más claras de la partera en el mundo prehispánico; sus consejos no se limitaban a la conducta específica durante el embarazo y el parto, sino que prescribía dietas para la puérpera y el recién nacido, como ocurre hoy con la partera tradicional de Morelos. En contraste con la antigüedad de esta imagen, los programas de planificación familiar y, en general, el adiestramiento moderno dado a las parteras ha dado lugar al surgimiento de otros tipos de terapeutas “tradicionales”: la “partera pastillera” (que, en general, designa a la partera que promueva la planificación familiar y brinda a las usuarias “pastillas” anticonceptivas), o bien la “partera boticaria” que emplea medicamentos de patente, o la “partera promotora” dedicada a labores adicionales de promoción o fomento a la salud, o la “partera empírica diplomada”, “capacitada”, “adiestrada”, adjetivos que aluden al entrenamiento institucional. Otro contraste que puede percibirse entre las parteras ligadas a las tradiciones médicas autóctonas y aquellas que han sido entrenadas por el sistema médico es la edad: en efecto, algunas estrategias institucionales han señalado la necesidad de entrenar mujeres jóvenes para lograr que hagan suyos los contenidos de la medicina moderna, tarea que se supone implica menos contradicciones con el saber, consolidado, de las parteras de mayor edad.

Conforme al enfoque adoptado en esta obra, creemos que los rasgos que conforman la imagen social de la partera deben ser analizados a la luz del modelo mixto de atención a la salud que caracteriza al campo mexicano. Las cifras ofrecidas por la encuesta mencionada y los datos proporcionados por las instituciones de salud que promueven y realizan el entrenamiento de las parteras ilustran con bastante fidelidad la importancia numérica de este tipo de terapeuta. El siguiente cuadro fue elaborado con información registrada por la *Encuesta Rural de Planificación Familiar* realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1981, y la muestra abarcó 8 103 mujeres “de 15 a 49 años de edad que residían, al momento de la encuesta, en localidades con menos de 2 500 habitantes, según el censo de 1970, excepto en aquellas donde no se habla español, en islas o en viviendas no regulares de alojamiento.”⁶

* “CHANECO. Divinidad terrestre y acuática generalmente concebida por distintos grupos indígenas actuales como un ser de un tamaño de un niño, muy oscuro o muy claro.” López Austin, Alfredo: *Cuerpo humano...*, op. cit., Vol. II, pág. 290. La misma encuesta registró algunos padecimientos atribuidos a estos seres: “mal de chaneques”, “aire de chaneques”, “chaneque”, etc. Especialmente por su relación con el mundo acuático, es posible ver en las creencias en los chaneques una asociación con las deidades menores que acompañaban al dios del agua, Tláloc, llamadas *tlaloques*.

6. Martínez Manautou, J. (Ed.): *Planificación familiar...*, op. cit., pág. 290.

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES (CON UET)* QUE RECIBIERON
LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL, ASISTIDAS EN EL PARTO Y
REVISADAS EN EL POSTPARTO SEGUN LUGAR Y PERSONAL QUE
ATENDIO. 1976-1981.**

Lugar de atención	Tipo de atención		
	Prenatal	Parto	Posparto
Casa de la entrevistada	13.5	56.2	31.5
Otra casa	18.6	10.1	5.4
Unidades del IMSS e IMSS-COPLAMAR	14.7	9.9	16.9
Otra unidad pública	19.9	12.4	19.2
Unidad privada	32.5	10.7	25.9
Otro lugar	0.8	0.7	1.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Personal que atendió			
Del IMSS o IMSS-COPLAMAR	14.7	10.7	16.9
De otra institución pública	20.4	13.6	21.0
Privado	34.2	14.4	29.6
Partera rural	29.1	54.4	30.1
Otro	1.6	6.9	1.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0

* UET: Ultimo embarazo terminado.
El cuadro ha sido tomado de: Martínez Manautou, J. (Ed.): *Planificación Familiar...*, op. cit., pág. 302.

Este cuadro es un buen ejemplo del sistema de atención mixta que se percibe en las áreas rurales: en ellas actúan no sólo las parteras tradicionales y entrenadas sino también la medicina privada y varias instituciones oficiales. En interés de nuestro tema debemos destacar que la muestra no incluyó hablantes de lenguas indígenas —que habitan generalmente comunidades donde es notorio el predominio de la medicina tradicional y de la partera tradicional. No obstante, el 66% de los partos fueron atendidos fuera del ámbito de la medicina académica (médicos privados o institucionales), aun cuando muchos de estos servicios son gratuitos (IMSS-COPLAMAR, Secretaría de Salud) y brindaron efectivamente atención durante los períodos pre y posnatal. “La partera es la que más atiende partos en áreas rurales”, señalan los autores. Y agregan: “El adiestramiento de las parteras rurales y los menores costos de la asistencia tradicional son factores que explican en parte esta cobertura”⁷. Si bien lo primero es evidente, la segunda aseveración resulta discutible a la luz de los propios datos, pues no explica por qué un porcentaje importante de las usuarias que han recibido servicio gratuito durante el período prenatal escoge a la partera (tradicional o adiestrada) al momento de dar a luz. Como es sabido, la introducción de programas como

7. *Ibid.*, pág. 303.

el IMSS-COPLAMAR hicieron que por primera vez el servicio médico moderno fuera menos costoso que la atención tradicional, por económica que ésta resultara. Desde nuestro punto de vista, y teniendo en cuenta la información recogida en Morelos, en la elección del terapeuta que atenderá el parto influye decisivamente la imagen social que de él se posea, imagen construida a la luz del quehacer del propio terapeuta, de su trascendencia social, de su carácter de intérprete de la ideología del grupo y de las funciones adicionales que reclama el puerperio (cuidado de los otros niños, realización de ciertas tareas domésticas, etc. que suele realizar la partera en apoyo de la madre). Por lo demás, debe tenerse en cuenta que en la gran mayoría de las unidades médicas rurales y en los centros de salud el personal es notablemente joven (muchos de ellos incluso no son médicos recibidos sino pasantes de medicina en servicio social) y de sexo masculino; es decir, se añan aquí dos factores que no corresponden a la imagen que tradicionalmente se posee del personal comunitario que cumple con la atención gineco-obstétrica y materno infantil.

En los últimos años, prácticamente todos los programas institucionales elaborados por gobiernos, organismos internacionales y agrupaciones no gubernamentales insisten en la necesidad de establecer con precisión los parámetros dentro de los cuales los grupos sociales conceptúan al o a la terapeuta que presta sus servicios en las comunidades a la madre y al niño. Esta información constituye la base para la toma de decisiones de los planificadores, para el diseño de los cursos de entrenamiento y para las labores de asesoramiento a las parteras tradicionales. “Cada sociedad posee sus costumbres, creencias, valores y prácticas propios respecto al nacimiento y la muerte, el embarazo, el cuidado de las madres y los niños y el espaciamiento de los nacimientos. Esos elementos varían no sólo de un país a otro sino entre las subculturas comprendidas en una sociedad heterogénea. Las prácticas de las PTs (parteras tradicionales) *están arraigadas en la propia comunidad en que trabajan*, pero también pueden hallarse variaciones en determinadas prácticas de las PTs de una misma comunidad. En cierto número de países se ha recogido considerable volumen de información acerca de las características sociales y culturales de las colectividades. En cada uno de tales países, un primer paso de esta etapa de las operaciones puede ser el nombramiento de una persona (de preferencia un sociólogo y/o antropólogo) que se encargue de recoger la documentación existente (publicada e inédita) sobre el tema en lo que respecta al país, y en particular a la atención de la madre y el niño y a la planificación familiar. (...) Por ello, una completa búsqueda bibliográfica puede obligar a recoger y examinar las publicaciones pertinentes, extrayendo la información que sea útil para planificar, ejecutar y evaluar el programa de capacitación y empleo de las PTs”⁸. Las autoras del documento anterior recogen las experiencias y la información de diversos países del mundo con miras a señalar los problemas principales del entrenamiento de las parteras tradicionales (las referencias a México, aunque parciales por la naturaleza misma del documento, presentan interés). Es evidente la preocupación por tratar de definir la imagen social de la partera como condición *sine qua non* para abordar las tareas de planificación y adiestramiento. Es preciso señalar que en muchas de las acciones realizadas en nuestro país esta preocupación también es evidente, pero los estudios realizados desde el Sector Salud para cumplir cabalmente con los objetivos planteados son en realidad sumamente escasos y parciales. Sumado a ello, es evidente —como ya lo visualizaba Isabel Kelly hace más de tres décadas— que estas experiencias deben necesariamente enfocarse a los proble-

8. *Parteras tradicionales*, OMS, *op. cit.*, pág. 17.

mas de las regiones y a las diferencias culturales entre los grupos, factores que condicionan de manera decisiva el diseño de las estrategias.

La información recogida en el Estado de Morelos es indicativa de la no existencia de una imagen social única, elemento coherente no sólo con la visión diferenciada que poseen los distintos estratos sociales sino también con las variaciones que se dan entre las mismas terapeutas y que nos ha permitido distinguir tres grupos con características propias. Lo común a todas ellas, sin embargo, sigue siendo el ascendiente que poseen en sus localidades, el reconocimiento a su destreza técnica, el carácter de agente de salud comunitario, su condición de depositaria de los conceptos, creencias y prácticas sobre concepción, esterilidad, embarazo, parto, puerperio, enfermedades y crianza de los niños, su accesibilidad económica, geográfica y cultural, y el hecho nada desdeñable de que no solamente es una terapeuta del mismo sexo que la usuaria sino que comparte casi siempre sus mismas preocupaciones materiales o espirituales.

Hemos esbozado en páginas anteriores la hipótesis de que el tercer grupo de parteras estudiadas aquí —las *parteras empíricas no adiestradas*— serán captadas en el futuro por los programas institucionales de entrenamiento, pasando a engrosar las filas del segundo grupo (las *parteras empíricas adiestradas*), y ello como resultado de la acción conjunta de diversos factores. En efecto, los datos empíricos tienden a mostrar que esa “institucionalización” correrá mas o menos pareja con la regularización de los predios ocupados por los migrantes, y con su inserción en los mercados de trabajo, en la educación, en el beneficio de los servicios básicos, etc., además de la extensión y profundización de las políticas estatales de entrenamiento de agentes comunitarios de salud, planificación familiar, fomento a la salud o atención primaria de salud. Naturalmente, este proceso no está exento de contradicciones: por ejemplo, frente a la importancia concedida por los programas institucionales a la planificación familiar surgen, especialmente en las áreas de cultura más ancestral, sensibles resistencias que en muchos casos tienen como voceros a las propias terapeutas. Los valores tradicionales sobre la extensión de la familia, y la disminución de las tasas de mortalidad infantil explican el notable crecimiento de algunos grupos, a contrapelo de la tendencia dominante a nivel nacional respecto de la reducción de la natalidad⁹. Es precisamente a la luz de estos factores que creemos que debe ser examinada la estrategia general del contacto, el entrenamiento y la supervisión de la partera planteados por las instituciones de salud. En la mayor parte de las comunidades estudiadas la imagen social de la partera no surge solamente como apreciación de sus conocimientos técnicos sino por la valoración de una serie de atributos y funciones que desbordan el marco estricto de la atención médica para situarse en el plano más general de la cultura y de los sistemas ideológicos.

9. Valdez, Luz María, R. Stavenhagen, G. Cabrera, M. de la Paz y N. Hernández: *¿Existe demografía étnica?*, México, UNAM, 1986. (Mesa redonda).

Conclusiones

En numerosos trabajos actuales de salud pública se asevera que la calidad de la atención que un sistema de salud brinda a la madre y al niño constituye un buen indicador de la calidad del sistema en su conjunto. En un nivel de generalidad mayor podría decirse lo mismo de las sociedades. Esta preocupación por lograr un mejoramiento sustancial de la atención gineco-obstétrica y materno infantil —más allá de lo que pueda verificarse en la práctica— es una constante en los planes y programas de los gobiernos y de los organismos internacionales de salud. En concordancia con esto, la investigación en salud ha enfocado gran parte de su atención al estudio de la mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer, la influencia de la dieta en la salud de la madre y del niño, las malformaciones congénitas y una multitud de temas asociados. Así, por ejemplo, Bobadilla, Cerón y Suárez afirman que “la mortalidad perinatal (MPN) es considerada actualmente como un valioso indicador de la eficiencia reproductiva de las mujeres en edad fértil, así como de la cobertura y calidad de los servicios médicos de atención materno-infantil”¹. Parece estar fuera de duda, que es posible establecer una correlación muy estrecha entre factores tales como: nivel socioeconómico, educación, calidad de la nutrición, acceso a servicios médicos, vivienda, trabajo, etc. y el estado de salud de la embarazada, la parturienta, la puérpera y el recién nacido.

Los mismos autores señalan que aquellas regiones que poseen los más altos índices de mortalidad perinatal son precisamente las que muestran un nivel socioeconómico más bajo, y en las que los servicios son menos accesibles y de menor calidad².

A la luz de lo anterior queda claro que no es posible estudiar cualquiera de los aspectos de la atención gineco-obstétrica y materno infantil sin hacer referencia a una problemática social más amplia en la que cada uno de los temas abordados adquiere su sentido. Nuestro libro se ha centrado esencialmente en los temas de creencias, conceptos y prácticas de tres grupos de parteras —tradicionales, empíricas adiestradas y empíricas no adiestradas— que prestan sus servicios a mujeres y niños en el Estado de Morelos. No obstante lo restringido de la muestra y la pequeñez territorial de esta entidad federativa, cre-

1. Bobadilla, J.L., S. Cerón y P. Suárez: “Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad perinatal. Registros vitales en México”, *Revista de Salud Pública*. Vol. 30 No. 1, enero-febrero de 1988, pág. 101.
2. *Ibid.*

emos haber hecho referencia a problemas y situaciones comunes a vastas zonas del territorio nacional en las que se manifiestan condiciones estructurales análogas a las de Morelos y en donde la atención al embarazo, el parto y el puerperio forman parte de un sistema mixto de atención a la salud. La propia distinción entre parteras adiestradas, no adiestradas y tradicionales es consecuencia del desarrollo histórico de distintas estrategias de atención a la madre y al niño, ya sea que se hayan generado en el seno mismo de las poblaciones, ya sea que hayan sido implementadas por el estado o por instituciones no gubernamentales (v.gr. Asociación Pro-Salud Maternal, A.C., Fundación para Estudios de la Población, A.C., etc.). El carácter mixto del sistema considerado en su conjunto está dado no sólo por la actividad de distintos tipos de agentes (médicos institucionales y privados, parteras tradicionales y adiestradas, etc.) sino por la coexistencia de ideas y prácticas que derivan de distintas tradiciones médicas. La distinción que el libro muestra a nivel analítico, en la realidad se presenta menos nítida y la convivencia de los conceptos es mucho más fluida. Sin embargo, creemos que la tipología propuesta para diferenciar a unas parteras de otras, puede ser corroborada en los hechos y que los motivos que condicionan la demanda de atención de unas u otras responden no sólo a la oferta de servicios sino a la percepción que la usuaria tiene de éste y a claves culturales profundas, aunque dinámicas.

¿Qué significa postular la existencia de un sistema mixto como base del análisis de la atención al embarazo y al parto? En primer lugar, tomar conciencia y explicitar una situación que se presenta de hecho en todo el territorio nacional y frente a la cual es posible mostrar que no siempre se logran integraciones armónicas; en segundo lugar pensar que todo proyecto o programa que tienda al aprovechamiento integral de los recursos debe advertir la importancia de la diversidad.

La relevancia cuantitativa de las parteras ha quedado suficientemente probada en diferentes trabajos de antropólogos y salubristas. Creemos haber aportado en los diferentes capítulos del libro los suficientes argumentos y materiales para mostrar su importancia cualitativa, al menos en las regiones estudiadas. México aparece inscrito en una corriente mundial que postula la necesidad de modificar las políticas de salud para lograr mejores niveles de atención para vastos sectores de la población. La creación del Programa IMSS-COPLAMAR y una serie de iniciativas desarrolladas por la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional Indigenista, etc. muestran un interés especial por lograr mejores condiciones de salud para la madre y el niño.

Considerando la estructura demográfica mexicana, adquieren una importancia determinante las condiciones en que se desarrollan la preñez y el parto, la eficiencia de los servicios, la naturaleza de los factores de riesgo, la calidad de la alimentación o los espaciamientos de los nacimientos. Es frente a estos problemas que el estado mexicano ha definido un nuevo perfil para una terapeuta de amplio reconocimiento en las comunidades rurales. La partera tradicional, más o menos integrada a los patrones ancestrales de vida, va camino a convertirse en un agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes, la de la planificación familiar. En otras palabras, se espera que aquélla juegue no sólo un papel técnicamente relevante como "empírica" sino

ideológicamente esencial en la medida en que induzca a sectores importantes de la población a cambiar sus hábitos reproductivos. El hecho de que así sea no implica que se haya meditado suficientemente sobre la trascendencia cultural del fenómeno y del papel de la partera. La escasa atención prestada en los programas de entrenamiento a la dimensión antropológico-médica es prueba de ello.

Esta conversión de la partera tradicional en partera empírica adiestrada y, simultáneamente, su inserción en los programas de planificación familiar como el agente más activo en el contacto con la población, reclama de las instituciones y de los investigadores, por igual, una profunda discusión acerca de los modelos de entrenamiento en la medida en que el nuevo papel que se le asigna toca aspectos decisivos de la cultura, de los sistemas de creencias y de los hábitos reproductivos.

Resulta utópico pensar que estamos en presencia de un fenómeno puramente técnico y en donde es posible la sustitución de prácticas ancestrales sin alterar el sistema de conceptos y creencias a ellas asociado, en especial cuando la función de la partera aparece tan directamente implicada con las tareas del control natal. Amplios sectores del cuerpo médico son conscientes de la distancia que existe entre el freno a la natalidad y a una auténtica planificación familiar. Si en poco menos de tres décadas el sistema oficial de salud ha pasado de plantear la *sustitución* de la partera a su *integración* a los servicios de salud, y en últimas fechas, a su *articulación* con el sistema médico académico, no es posible creer que estos cambios de estrategia afecten solamente el nivel práctico-médico, y ello no sólo porque las poblaciones advierten esta variación en las políticas, sino también, y en especial, porque cada una de estas posturas produce efectos diferentes. Es notorio que la estrategia de la articulación permite un margen mayor de autonomía a la partera y se revela como más respetuosa de las tradiciones culturales. Pero, al mismo tiempo, esa estrategia descarga el peso económico del servicio sobre la población atendida por las parteras adiestradas, gran parte de la cual pertenece a los estratos menos pudientes de la sociedad.

Es necesario revisar también la diferencia que existe entre el modelo tradicional de partera-curandera, que puede afrontar el tratamiento de un buen número de padecimientos, y el de partera empírica adiestrada, cuya actividad aparece constreñida a los embarazos y partos eutócicos. Y ello por dos razones: la primera, porque el modelo de empírica que propone el sistema institucional funciona adecuadamente sólo dentro de un esquema en el que se contempla una derivación oportuna y eficaz ante el embarazo y el parto distócicos; la segunda, porque se desaprovecha un conocimiento —a veces notable y siempre perfectible— que la partera posee como curandera. Esta última característica resulta importante en sí misma y en el contexto de un modelo de atención primaria de salud que busca el aprovechamiento pleno de los recursos comunitarios.

Se ha insistido muchas veces en las limitaciones teóricas y prácticas de la partera tradicional, y una limitación análoga se señala para la partera adiestrada, que debe recurrir al servicio médico ante contingencias que ponen en peligro la vida de la madre y del niño. Todo estudio de campo medianamente profundo advierte la justeza de esta argumentación. Sin embargo, el problema no puede ser analizado sólo desde la óptica de la limitación del servicio. En efecto, el servicio, cualquiera que éste sea, debe enfrentar consecuencias de si-

tuaciones estructurales: como hemos señalado al hablar del alumbramiento, el riesgo que presenta la expulsión de la placenta en una madre desnutrida, pone a los *prestadores de servicios básicos en el medio rural* ante situaciones difíciles de resolver, independientemente de su conocimiento y pericia. Como lo subrayan numerosos estudios sobre nutrición de la embarazada, una mejoría en la calidad de alimentación repercute favorablemente no sólo en el abatimiento de los riesgos en el alumbramiento sino también en el bienestar físico del recién nacido. Un razonamiento semejante puede hacerse a propósito de la marginación en su conjunto.

A lo largo del libro hemos destacado ciertas particularidades en la cultura de las distintas terapeutas encuestadas, comprobación que no hace sino refrendar lo expresado por Isabel Kelly sobre la necesidad de adecuar los programas de salud y las estrategias de entrenamiento de las parteras a las características de las poblaciones, máxime cuando se reconoce la naturaleza pluricultural del país. Si aceptamos esto último como premisa de toda labor de investigación y planificación en salud para el medio rural, quizás debamos renunciar a la formulación de programas generales pensados desde una instancia central; y, aunque resulte más laborioso adecuar cada estrategia a las necesidades regionales y locales, el resultado sea obtener los beneficios de la diversidad.

Apéndice

Plantas medicinales empleadas popularmente en la atención al embarazo y parto

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Alacle | <i>Anoda cristata</i> |
| 2. Albahaca | <i>Ocimum basilicum</i> |
| 3. Altarreina | <i>Piqueria trinervia</i> |
| 4. Alucema | <i>Lavandula spicata</i> |
| 5. Anís | <i>Pimpinella anisum</i> |
| 6. Anís estrella | <i>Illicium verum</i> |
| 7. Arnica | <i>Heterotheca inuloides</i> |
| 8. Axihuitl | (?) |
| 9. Barbasquillo | <i>Dioscorea floribunda</i> |
| 10. Betónica | <i>Lepechinia spicata</i> |
| 11. Cabellos de elote | <i>Zea mays</i> |
| 12. Cabeza de niño | (?) |
| 13. Cachancapatle | <i>Solidago velutina</i> |
| 14. Canela | <i>Cinnamomum ceylanicum</i> |
| 15. Cañafistula | <i>Cassia fistula</i> |
| 16. Capulín | <i>Prunus serotina ssp. capulli</i> |
| 17. Cempasúchitl, Zempoaxóchitl | <i>Tagetes erecta</i> |
| 18. Cirián | <i>Crescentia alata</i> |
| 19. Clavo | <i>Eugenia cariophyllata</i> |
| 20. Cocolmecca | <i>Smilax cordifolia</i> |
| 21. Col | <i>Brassica oleracea</i> |
| 22. Contrayerba | <i>Psoralea pentaphylla</i> |
| 23. Costomate | <i>Physalis coztomatl</i> |
| 24. Cuachalalate | <i>Juliana adstringens</i> |
| 25. Damiana, Damiana de California | <i>Turnera diffusa</i> |
| 26. Encino | <i>Quercus sp.</i> |
| 27. Epazote, Epazote morado | <i>Chenopodium umbrosioides</i> |
| 28. Estafiate | <i>Artemisia ludoviciana</i> |
| 29. Flor de Pascua | <i>Euphorbia pulcherrima</i> |
| 30. Flor de San Diego | (?) |
| 31. Floripondio | <i>Brugmansia candida</i> |
| 32. Fresno | <i>Fraxinus pubescens</i> |
| 33. Garañona | <i>Castilleja canescens</i> |
| 34. Gordolobo | <i>Gnaphalium semiamplexicaule</i> |

35. Hierbabuena
36. Hierba del ángel
37. Hierba del cáncer
38. Hierva dulce
39. Hierba de San Francisco
40. Hierba mora
41. Hierba rasposa
42. Hierba santa
43. Hinojo
44. Hoja sen
45. Huizache
46. Jarilla
47. Laurel
48. Lechuguilla
49. Lengua de vaca
50. Limón
51. Malva
52. Manzanilla
53. Manzano
54. Marrubio
55. Milhojas
56. Mirto
57. Muicle
58. Naranja
59. Nogal
60. Ojo de gallo
61. Orégano
62. Palo de tres costillas
63. Palo dulce
64. Paretaria
65. Pata de león
66. Perejil
67. Pericón
68. Piciete
69. Pingüica
70. Plátano
71. Quina amarilla
72. Quina roja
73. Raiz blanca
74. Retama
75. Romero
76. Rosa de Castilla
77. Sábila

78. Salvia
79. Sanguinaria
80. Santa María

- Mentha arvensis*
Walteria americana
Oenothera rosea
Lippia dulcis
Heimia salicifolia
Solanum nigrum
Tournefortia hirsutissima
Dorstenia contrajerba
Foeniculum vulgare
Senna angustifolia
Acacia farnesiana
Senecio salignus
Litsea glausenscens
Agave americana
Rumex mexicanus
Citrus aurantiifolia
Malva parviflora
Matricaria recutita
Malus sp.
Marrubium vulgare
Achillea millefolium
Salvia microphylla
Jacobinia spicigera
Citrus aurantium
Juglans regia
Anagallis arvensis
Origanum vulgare
Serjania triquetra
Eysenhardtia polystachya
Parietaria pensylvanica
Taraxacum officinale
Petroselinum sativum
Tagetes lucida
Nicotiana glauca
Arctostaphylos pungens
Musa sp.
Cinchona ledgeriana
Cinchona succiruba
 (?)
 (?)
Rosmarinus officinalis
Rosa gallica
Aloe vera
Aloe barbadensis
Salvia officinalis
Ephedra compacta
Chrysanthemum parthenium

81. Tabaco	<i>Nicotiana tabacum</i>
82. Testepanchi	(?)
83. Tianguispepetla	<i>Alternanthera repens</i>
84. Tlacoxóchitl	<i>Bouvardia ternifolia</i>
85. Tlanicpan	<i>Piper sanctum</i>
86. Tlatlascámetl	<i>Montanoa frutescens</i>
87. Tomate	<i>Physalis ixocarpa</i>
88. Totomoxtle	(?)
89. Tripas de Judas	<i>Cissus sicyoides</i>
90. Tripas de tuza	<i>Cuphea aequipetala</i>
91. Verbena	<i>Verbena carolina</i>
92. Yolochichitl	<i>Eupatorium collinum</i>
93. Zapote blanco	<i>Casimiroa edulis</i>
94. Zarzamora	<i>Rubus sp.</i>
95. Zoapatle, Zopacle, Cihuapactli	<i>Montanoa tomentosa</i>

Plantas medicinales utilizadas en los diversos tratamientos contra la esterilidad

1. Alucema	<i>Lavandula spicata</i>
2. Altarreina	<i>Piqueria trinervia</i>
3. Barbasquillo	<i>Dioscorea floribunda</i>
4. Betónica	<i>Lepechinia spicata</i>
5. Cabeza de niño	(?)
6. Cañafistula	<i>Cassia fistula</i>
7. Cirián	<i>Crescentia alata</i>
8. Clavo	<i>Eugenia cariophyllata</i>
9. Cocolmea	<i>Smilax cordifolia</i>
10. Damiana	<i>Turnera diffusa</i>
11. Epazote	<i>Chenopodium ambrosioides</i>
12. Flor de Pascua	<i>Euphorbia pulcherrima</i>
13. Floripondio	<i>Brugmansia candida</i>
14. Garañona	<i>Castilleja canescens</i>
15. Gordolobo	<i>Gnaphalium semiamplexicaule</i>
16. Hierba de San Francisco	<i>Heimia salicifolia</i>
17. Hierba dulce	<i>Lippia dulcis</i>
18. Hierba santa	<i>Dorstenia contrajerba</i>
19. Hinojo	<i>Foeniculum vulgare</i>
20. Hoja sen	<i>Senna angustifolia</i>
21. Jarilla	<i>Senecio salignus</i>
22. Lechuguilla	<i>Agave americana</i>
23. Malva	<i>Malva parviflora</i>
24. Milhojas	<i>Achillea millefolium</i>
25. Mirto	<i>Salvia microphylla</i>
26. Naranja	<i>Citrus aurantium</i>
27. Nogal	<i>Juglans regia</i>
28. Paretaria	<i>Parietaria pensylvanica</i>
29. Palo de tres costillas	<i>Serjania triquetra</i>
30. Palo dulce	<i>Eysenhardtia polystachya</i>
31. Pericón	<i>Tagetes lucida</i>
32. Pingüica	<i>Arctostaphylos pungens</i>
33. Quina amarilla	<i>Cinchona ledgeriana</i>
34. Quina roja	<i>Cinchona succiruba</i>
35. Raíz blanca	(?)
36. Retama	(?)
37. Romero	<i>Rosmarinus officinalis</i>
38. Rosa de Castilla	<i>Rosa gallica</i>
39. Sanguinaria	<i>Ephedra compacta</i>
40. Tianguispepetla	<i>Alternanthera repens</i>
41. Tripas de Judas	<i>Cissus sicyoides</i>
42. Yolóchichitl	<i>Eupatorium collinum</i>
43. Zarzamora	<i>Rubus sp</i>
44. Zoapatle	<i>Montanoa tomentosa</i>

Plantas medicinales utilizadas en el embarazo

1. Alacle	<i>Anoda cristata</i>
2. Altarreina	<i>Piqueria trinervia</i>
3. Arnica	<i>Heterotheca inuloides</i>
4. Cabellos de elote	<i>Zea mays</i>
5. Costomate	<i>Physalis coztomatl</i>
6. Damiana de California	<i>Turnera diffusa</i>
7. Encino	<i>Quercus sp.</i>
8. Estafiate	<i>Artemisia ludoviciana</i>
9. Flor de San Diego	(?)
10. Hierba del ángel	<i>Walteria americana</i>
11. Hierba del cáncer	<i>Oenothera rosea</i>
12. Hierba rasposa	<i>Tournefortia hirsutissima</i>
13. Malva	<i>Malva parviflora</i>
14. Manzano	<i>Malus sp.</i>
15. Muicle	<i>Jacobinia spicigera</i>
16. Sábila	<i>Aloe vera</i> o <i>Aloe barbadensis</i>
17. Tripas de tuza	<i>Cuphea aequipetala</i>
18. Yolochichitl	<i>Eupatorium collinum</i>

Plantas medicinales utilizadas durante el parto

1. Canela	<i>Cinnamomum ceylanicum</i>
2. Epazote	<i>Chenopodium ambrosioides</i>
3. Flor de Pascua	<i>Euphorbia pulcherrima</i>
4. Hierbabuena	<i>Mentha arvensis</i>
5. Hierba santa	<i>Dorstenia contrajerba</i>
6. Manzanilla	<i>Matricaria recutita</i>
7. Santa María	<i>Chrysanthemum parthenium</i>
8. Tabaco	<i>Nicotiana tabacum</i>
9. Tlanicpan	<i>Piper sanctum</i>
10. Totomoxtle	(?)
11. Zoapatle	<i>Montanoa tomentosa</i>

Plantas medicinales utilizadas durante el puerperio, en las enfermedades de la madre y del niño

1. Anís	<i>Pimpinella anisum</i>
2. Anís estrella	<i>Illicium verum</i>
3. Arnica	<i>Heterotheca inuloides</i>
4. Axíhuatl	(?)

5. Barbasquillo
6. Betónica
7. Cañafistula
8. Capulín
9. Cirián
10. Cocolmeca
11. Col
12. Contrayerba
13. Cuachalalate
14. Damiana de California
15. Epazote
16. Flor de Pascua
17. Floripondio
18. Fresno
19. Gordolobo
20. Hierbabuena
21. Hierba del ángel
22. Hierba mora
23. Laurel
24. Lechuguilla
25. Lengua de vaca
26. Limón
27. Malva
28. Manzanilla
29. Marrubio
30. Muicle
31. Ojo de gallo
32. Orégano
33. Palo de tres costillas
34. Palo dulce
35. Paretaria
36. Pata de león
37. Piciete
38. Pingüica
39. Plátano
40. Quina amarilla
41. Quina roja
42. Raíz blanca
43. Rosa de Castilla
44. Sanguinaria
45. Testepanchi
46. Tianguispepetla
47. Tlacojóchitl
48. Tomate
49. Verbena
50. Yolojóchitl
51. Zapote blanco

- Dioscorea floribunda*
Lepechinia spicata
Cassia fistula
Prunus serotina ssp. capulli
Crescentia alata
Smilax cordifolia
Brassica oleracea
Psoralea pentaphylla
Juliana adstringens
Turnera diffusa
Chenopodium ambrosioides
Euphorbia pulcherrima
Brugmansia candida
Fraxinus pubescens
Gnaphalium semiamplexicaule
Mentha arvensis
Walteria americana
Solanum nigrum
Litsea glausenscens
Agave americana
Rumex mexicanus
Citrus aurantiifolia
Malva parviflora
Matricaria recutita
Marrubium vulgare
Jacobinia spicigera
Anagallis arvensis
Origanum vulgare
Serjania triquetra
Eysenhardtia polystachya
Parietaria pensylvanica
Taraxacum officinale
Nicotiana glauca
Arrostaphylos pungens
Musa sp.
Cinchona ledgeriana
Cinchona succiruba
 (?)
Rosa gallica
Ephedra compacta
 (?)
Alternanthera repens
Bouvardia ternifolia
Physalis ixocarpa
Verbena carolina
Eupatorium collinum
Casimiroa edulis

Bibliografía

- Acuña, Héctor: "La salud de los niños: un desafío y una responsabilidad", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 87, No. 4:334-340.
1979
- Aguilera, Carmen: "Una posible deidad negroide en el panteón azteca", *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, UNAM, Vol. XIX.
1971
- Aguirre Beltrán, Gonzalo: *La población indígena de la cuenca del Tepalcatepec*, México, 1952 INI.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo: *Programas de salud en la situación intercultural*, México, 1980 IMSS. (Primera edición, INI, 1955).
- Aguirre Beltrán, Gonzalo: *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, INI.
1980
- Aguirre Beltrán, Gonzalo: *Antropología Médica*, México, CIESAS.
1986
- Alberro, Solange: "La sexualidad manipulada en Nueva España: modalidades de recuperación y de adaptación frente a los tribunales eclesiásticos", en Vs. As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, FCE-SEP/80:238-247.
1982
- Alonso, Aurelia E.: "Aspectos de la asistencia infantil en América antes de la conquista española", *Pediatría de las Américas*, Vol. III: 380-384.
1945
- Alvarez Cordero, Rafael *et al.*: "Estudio sobre uso y conocimiento de medicina herbolaria en población derechohabiente del IMSS en el D.F.", *Cuestión Social*, México, Depto. de Publicaciones IMSS, año 2, No. 7, junio-agosto:49-56.
1984
- Anderson, Bárbara G.: *Obstetricia para enfermeras*, Buenos Aires, Editorial Troquel.
1976

- Andrade B., Augusto y Eliezer, Valle: "Lactancia materna: causas de suspensión en dos ciudades del Ecuador", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 91, No. 5:408-416.
1981
- Anónimo: "Médicos, curanderos y brujos", *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XVIII, 1958 No. 2:91-92.
- Anónimo: "Declaración de los derechos del niño", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 87, No. 4:374-375.
1979
- Anónimo: "Comercialización de sucedáneos de la leche materna", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 91, No. 5:441-448.
1981
- Anónimo: "Parteras tradicionales y planificación familiar", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 96, No. 3:260-266.
1984
- Aráoz, Luis: "El sector agropecuario de Morelos. 1960-1980," en Crespo, H. (Coord.): *Morelos. Cinco siglos de historia regional*, Cuernavaca, UAEM-CEHAM, pp. 311-346.
- Araujo, Galva *et al.*: "Parteras tradicionales en la atención obstétrica del noreste del Brasil", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 96, No. 2:180-181.
1984
- Arias Huerta, J., Solís Urbaday, J.A. y Magaña Niebla, B.: "El papel de la empírica como promotora de salud materno infantil", *I Convención Nacional de Salud*, México, Dir. Gral. de Atención Materno Infantil, SSA., pp. 3-23.
1973
- Arispe, Lourdes: "Mujeres migrantes y economía campesina: análisis de una cohorte migratoria a la Ciudad de México, 1940-1970", en Vs. As.: *La mujer y el desarrollo (III). Mujer y estructura productiva*, México, SEP-Diana, pp. 215-246.
1982
- Arreola, José María: "El temazcal o baño mexicano de vapor", *Ethnos*, Tomo I, No. 2:28-33.
1920
- Avilés F. Margarita: *Plantas empleadas por parteras empíricas del Estado de Morelos*, Cuernavaca, UAEM. (Tesis profesional).
1985
- Báez-Jorge, Félix: "La vida sexual entre los zoques-popolucas de Soteapan", *Anuario Antropológico*, Veracruz, Universidad Veracruzana, Escuela de Antropología, pp. 48-64.
1970
- Báez-Jorge, Félix: "La mujer zoque: pasado y presente", en Villa Rojas, A. *et al.*: *Los zoques de Chiapas*, México, SEP/INI. Col. Antropología Social, pp. 239-259.
1975

- Báez-Jorge, Félix: "Influjos y fases lunares desde la perspectiva zoque", *Boletín del departamento de investigaciones de las tradiciones populares*, México, Dirección General de Arte Popular-SEP, pp. 33-40.
1977
- Barbieri, Teresita de: "Notas para el estudio del trabajo de las mujeres: El problema del trabajo doméstico", en Vs. As.: *La mujer y el desarrollo (III). Mujer y estructura productiva*, México, SEP-Diana, pp. 303-317.
1982
- Barbieri, Teresita de: *Mujeres y vida cotidiana*, México, SEP/80-FCE.
1984
- Bauista, P.: "Native midwifer in South America and Mexico", *St. Louis Journal of Homeopathy and Clinical Reporter*, Vol. 1, pp. 332-340.
1985
- Baytelman, Bernardo: *Etnobotánica en el Estado de Morelos*, México, SEP-INAH.
1979
- Baytelman, Bernardo: *De enfermos y cuaranderos. Medicina Tradicional en Morelos*, México, INAH.
1986
- Benedetti, Washington L.: *Cuidados perinatales en las áreas rurales de América Latina*, Washington, Centro de Perinatología y Desarrollo Humano. (Scientific Publ. No. 713).
1977
- Bobadilla, J.L. et al.: "La investigación de la salud perinatal en México", *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1:3-5.
1988
- Bobadilla, J.L., S. Cerón y P. Suárez: "Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad perinatal. Registros vitales en México", *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1:101-113.
1988
- Borges, Guilherme: "Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas. Una controversia epidemiológica", *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1:14-24.
1988
- Browner, Carole: "Traditional techniques for diagnosis, treatment and control of pregnancy in Cali, Colombia", *XLIII Congreso Internacional Americanista*, Vancouver, agosto. (Ponencia).
1979
- Burnet, Sir Macfarlane y D.O. White: *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Madrid, Alianza Editorial.
1982
- Butterworth, O.: *Tilantongo: comunidad mixteca en transición*, México, SEP-INI. Colección Antropológica Social.
1975

- Cabalion, Pierre: *Ethnobotanique, et remedes traditionnelles de la grossesse et sevrage, dans l'île d'Erromango (Vanatu, Melanesie)*, S/F, mecanuscrito, ORS-TOM.
- Carrasco, Pedro y R. Weitlaner: "El sol y la luna", *Tlalocan*, México, Vol. III, No. 1975 2:169-174.
- Casillas, Leticia: "El uso de recursos médicos en el hogar: estudio de familias urbanas y suburbanas de la Ciudad de México", en Viesca T., Carlos (Ed.): *Estudios de etnobotánica y antropología médica III*, México, IMEPLAM, pp. 95-114.
- Castañeda Camey, X. y G.J. Guadrón Castro: *La medicina tradicional en el ciclo vital tepozteco*, México, INAH-SEP. (Tesis profesional).
- Castellanos, J.: "Políticas y metas regionales de salud: Conceptos básicos y componentes de la atención primaria", en *Atención primaria y estrategia de salud en la seguridad social en América Latina*, México OIT-OPS-CIESS.
- CIESS-OIT: *Atención primaria en la seguridad social en México. La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR*, Ginebra, OIT.
- Comas, J.: "El régimen alimenticio y el mejoramiento indígena", *América Indígena*, 1942 México, I.I.I., No. 2:51-56.
- COPLAMAR: *Necesidades esenciales en México. 4. Salud*, México, COPLAMAR-Siglo 1982 XXI Eds.
- COPLAMAR: *Necesidades esenciales en México. 5. Geografía de la marginación*, México, 1982 COPLAMAR-Siglo XXI Eds.
- Córdova O., Francisco: "Ciclo de vida y cambio social entre los zoques de Ocoatepec y Chapultenango, Chiapas", en Villa Rojas, A. et al.: *Los zoques de Chiapas*, México, SEP-INI. Col. Antropología Social, pp.189-216.
- Corona Olea, H.: "Deidades de la medicina y de los baños", *Boletín del Centro de Investigaciones Antropológicas de México*, México, No. 8:6-8.
- Cosminsky, Sheila: "El papel de la comadrona en Mesoamérica", *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XXXVII, No. 2:305-351.
- Cosminsky, Sheila: "La atención al parto y la antropología médica", en Velimirovic, B. (Ed.): *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Washington, OPS, pp. 132-143.

- Crespo, Horacio: *Tierra y propiedad en el fin del porfiriato*, Vol. I (Inédito). Los volúmenes II y III se encuentran publicados por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Centro de Estudios Históricos del Agrarismo en México.
- Dávalos Hurtado, E. y Romano Pacheco, A.: "Las deformaciones corporales entre los mexicanos", *Revista mexicana de estudios antropológicos*, Vol. XIV:79-101.
- De Miguel, J.M.: "La sociedad estéril: Pautas de control de natalidad", en Kenny, M. y J.M. De Miguel (comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 267-293.
- Dembo, A. e Imbelloni, J.: *Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico*, Buenos Aires, Biblioteca del Americanista Moderno.
- Devereux, Georges: *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI Eds.
- Díaz del Castillo, E.: "Factores socioculturales y médicos que afectan la mortalidad perinatal en México", *Revista Médica de México*, México, Vol. 19, No. 2.
- Díaz del Castillo, E. y H. Flores: "Salud perinatal en México", *Revista Médica de México*, México, Vol. 22, No. 6:391-402.
- Díaz Ronner, L. y M.E. Muñoz Castellanos: "La mujer asalariada en el sector agrícola", 1982 en Vs. As.: *La mujer y el desarrollo (III). Mujer y estructura productiva*, México SEP-Diana, pp. 163-179.
- Dieterlen, Germaine: "Norma y lateralidad en Africa Occidental", en Kourilsky, R. y P. Grapin: *Mano derecha y mano izquierda. Norma y lateralidad*, Buenos Aires, Proteo, pp. 125-134.
- Du Gas, Beberly et al.: *Traditional birth attendants: a field guide to their training, evaluation and articulation with health services*, Geneva, OMS. (OMS offset public. No. 44).
- Dunn y Dobzhansky: *Herencia, raza y sociedad*, México, FCE. 1975
- Eliade, Mircea: *Imágenes y símbolos*, Madrid, Taurus. 1979
- Elmendorf, Mary: "Changing patterns of fertility: the impact of contraceptive technology on a Maya village", *Symposium on Population Research as Applied Anthropology*, Research Institute for the Study of Man, Denver, Colorado.

- Eloesser, Leo: *Guía de enseñanza para el libro "El embarazo, el parto y el recién nacido. 1954 Manual para parteras rurales"*, de Eloesser, Galt y Hemingway, México, Instituto Indigenista Interamericano.
- Esteyneffer, Juan de: *Florilegio medicinal de todas las enfermedades (1712)*, México, 1978 Academia Nacional de Medicina (2 Vols.).
- Evans-Pritchard, E.E.: *Ensayos de Antropología Social*, México, Siglo XXI Eds. 1978
- Fernández de Castro, F.L.: *La obstetricia entre los mexicas*, México, UNAM, Fac. de Medicina. 1963
- Fernández R., Fausto *et al.*: "Participación de la partera rural en el programa de planificación familiar: experiencia de Puebla", *Revista Médica de México*, México, Vol. 22, No. 2:127-132.
- Field, Henry: "Notes on medicinal plants used in Tepoztlán, Morelos, Mex.", *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XIII, No. 4:291-300. 1953
- Fink, Ann Elizabeth: "Nutrition, lactation and fertility in two mexican rural communities", *Social Science and Medicine*, New York, Pergamon Press, Vol. 20, No. 12. 1985
- Fomon, J., Samuel y Ziegler, Ehkard E.: "La leche descremada en la alimentación del lactante", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 87, No. 4:347-351. 1979
- Foster, George M.: *A cross-cultural anthropological analysis of a technical and program*, 1951 Washington, D.C., Smithsonian Institution. (Mimeo).
- Foster, George M.: "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia", en 1980 Kenny, M. y J.M. de Miguel (comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 249-265.
- Foster, George M.: "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana", 1980 en Kenny, M. y J.M. de Miguel (comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 123-147.
- Foster, George M.: "On the origin of humoral medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly*, I:4 (NS). 1987
- Fuller, Nancy y Brigitte, Jordan: *Maya Women and the end of the birthing period: post partum massage and binding in Yucatan*, México. (Mimeo, 12 p.). 1979

- Galinier, Jacques: "N'yúhu. Les indies otomis. Hierarchie social et traditional dans le Sud de la Huasteca", *Etudes Mesoaméricaines. Serie II. Misión Arqueológica y Etnológica Francesa en México*, México, pp. 421-426.
1979
- Gally, Esther: *Manual práctico para parteras*, México, Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman.
1977
- García Quintana, Josefina: "El baño ritual entre los nahuas según el Códice Florentino", *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, UNAM, Vol. VIII:189-213.
1969
- Georgy, P.: "El valor incomparable de la leche materna", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 70, No. 6:570-575.
1971
- Giraud, François: "De las problemáticas europeas al caso novohispano: Apuntes para una historia de la familia mexicana", en Vs. As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, SEP/80- FCE, pp. 56-80.
1982
- Gómez Márquez, A. y M.E. Rosado Patrón: *La relación del carácter y la conducta sexual en la mujer mexicana*, México, UNAM, Fac. de Psicología. (Tesis profesional).
1980
- Gossen, Gary H.: "Two creation texts from Chamula, Chiapas", *Tlalocan*, México, UNAM, Inst. de Investigaciones Históricas, pp. 131-165.
1980
- Gruzinsky, Serge: "La 'conquista de los cuerpos'. Cristianismo, alianza y sexualidad en el altiplano mexicano: Siglo XVI", en Vs.As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, SEP/80-FCE, pp. 177-206.
1982
- Guiteras Holmes, Calixta: "El ciclo de vida", en Lozoya, X. y Zolla, C. (Eds.): *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, pp. 223-233.
1986
- Guss, David M.: "El segundo círculo: la carrera de una mujer entre los marikitaires", *Montalbán*, Caracas, Universidad Católica "Andrés Bello". No. 16:277-295.
1985
- Gyorgy, P.: "El valor incomparable de la leche humana. Aspectos bioquímicos", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 70, No. 6:570-575.
1971
- Hernández, F.: *Historia de las plantas de Nueva España*, México, Editorial Porrúa.
1963
- Hernández, Mercedes *et al.*: "La lactancia en el medio rural. Una encuesta sobre las prácticas de alimentación infantil", en Rivera Dommarco, J. y Esther Casanueva (Comps.): *Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil en México, 1900-1980*, México, IMSS, pp. 145-164.
1982

- Hersch, Paul: *Avance sobre un perfil de nosologías de la medicina tradicional del sur del*
1988 *Estado de Morelos. Dos nosologías de interés: Tlazol y Cashán, Cuernavaca, INAH-Centro Regional Morelos. (Informe mecanografiado).*
- Hollenbach, Elena E. de: "El mundo animal en el folklore de los triques de Copala", *Tlalocan*, UNAM, Inst. de Investigaciones Históricas, pp. 437-490.
- Huerta, J.A. y Keller, A.: "La partera empírica: colaboradora potencial del Programa
1976 Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar", *Salud Pública de México*, México, SSA, Vol. 18, No. 5:883-892.
- Ibach, Thomas, J.: "The man born of a tree: a Mixtec origin mith", *Tlalocan*, México,
1980 UNAM, Instit. de Investigaciones Históricas, Vol. VIII, pp. 243-247.
- Illich, Iván: *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz-
1984 Planeta.
- IMSS-COPLAMAR: *Atención materno infantil*, Colección de manuales del IMSS-
1980 COPLAMAR para Unidades Médicas Rurales, Serie Médica, México, IMSS.
- IMSS: *Guías diagnóstico terapéuticas. Ginecología y obstetricia. Vigilancia prenatal*,
1981 México, IMSS.
- IMSS: *Memoria de descentralización de los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR*,
1987 *al gobierno del Estado de Morelos*, México, IMSS.
- Jelliffe, Derrick, B.: "Guía para la alimentación del niño de corta edad en áreas del Cari-
1969 be", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 69,
No. 6:472-474.
- Jelliffe, Derrick, B. y Patrice E. Jelliffe: "Simposio sobre el valor incomparable de la leche
1971 humana", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol.
70, No. 5:472-474.
- Jelliffe, Derrick, B. y Patrice E. Jelliffe: "El valor incomparable de la leche humana. Pa-
1971 norama general", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washing-
ton, Vol. 71, No. 6:519-529.
- Jelliffe, Derrick B.: "Leche materna y otros alimentos caseros", *Boletín de la Oficina Sa-
1973 nitaria Panamericana*, Washington, Vol. 74, No. 4:356-360.
- Jensen, David: *Fisiología*, México, Interamericana.
1979

- Jordan, Brigitte: "Training courses for traditional midwives in Yucatan, México". *Report. American Public Health Association, (US. Agency for International Development Office of Population)*, march 3-12.
1979
- Jordan, Brigitte: "Modes of teaching and learning: Questions raised by the training of Traditional Birth Attendants". (Draft).
1987
- Klee, Linnea: "Home away from home: the alternative birth center", *Social Science and Medicine*, Vol. 23, No. 1:9-17.
1986
- Keller, A. y J. Arias Huerta: "Parteras Tradicionales y salud de la madre y el niño en el México rural", *Salud Pública de México*, No. 18, pp. 883-892.
1976
- Kelly, Isabel: "El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico", *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XXV, No. 2:109-117.
1955
- Kusin, J. *et al.*: "Traditional infant feeding practices: right or wrong?", *Social Science and Medicine*, Vol. 21, No. 3:283.
1985
- Lagarriaga A., Isabel: "Bases ideológicas de la medicina tradicional de los grupos marginados en México", *Estudios del Tercer Mundo*, México, Vol. 2, No. 4.
1979
- Langer, Ana *et al.*: "El apoyo psicosocial durante el período perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica", *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 1:81-87.
1988
- Langer, Marie: *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático*, Barcelona, 1985 Paidós.
- Leiter Ferrari, W.: *La atención "tradicional" del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*, México, ENAH, INAH-SEP. (Tesis profesional).
1982
- Lellep Fernández, R.: "La lactancia materna: progresión de imágenes en desuso", en Kenny, M. y J. M. de Miguel (Comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 295-308.
1980
- León, Nicolás: *La obstetricia en México*, México, Tip. de la Vda. de F. Díaz de León, 1910 Sucrs.
- León-Portilla, M.: *La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes*, México, UNAM.
1979
- Lévi-Strauss, Claude: *Las estructuras elementales del parentesco*, México, Origen/Planeta.
1985

- Lewis, Oscar: *Life in a mexican village: Tepoztlan reestudied*, Urbana. University of Illinois Press.
1951
- Limón Delgado, A. y E. Castellote: “La medicina popular en torno al embarazo y al parto a principios de siglo”, en Kenny, M. y J. M. de Miguel. (Comps.): *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 227-248.
1980
- Lómnitz, Claudio: *Evolución de una sociedad rural*, México, SEP/80-FCE.
1982
- Lómnitz, Claudio: “La antropología de campo en Morelos. 1930-1983”, en Crespo, H. (Coord.): *Morelos. Cinco siglos de historia regional*, Cuernavaca, UAEM-CEHAM, pp. 395-418.
1984
- López Austin, A.: “La sexualidad entre los antiguos nahuas”, Vs. As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, SEP/80- FCE, pp. 141-176.
1982
- López Austin, A.: *Textos de medicina náhuatl*, México, UNAM.
1984
- López Austin, A.: *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 1984 México, UNAM. (2 Vols.).
- Lozoya, X et al.: *Medicina tradicional y herbolaria. Materiales para su estudio*, México, Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional, IMSS.
- Madsen, W.: *The virgin children. Lige in an aztec village today*, Austin, Texas University Press.
1960
- Maeyer, E. M. de: “Alimentos para lactantes y niños de corta edad”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 76, No. 4:352-362.
1974
- Mallart Guimera, L.: *Médecine & Pharmacopée Evuzok*, Nanterre, Laboratoire D’etnologie et de sociologie comparative.
1977
- Marcos, Silvia: “Mujeres, cosmovisión y medicina: curanderas mexicanas”, *Taller Participación Social de la Mujer, PIEM*, México, El Colegio de México. (Manuscrito).
1986
- Martínez Manautou, J. (Ed.) : *La revolución demográfica en México 1970-1980*, México, IMSS.
1982
- Martínez Manautou, J. (Ed.): *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, México, IMSS.
1986
- Mata, L. J. y R. G. Whatt: “El valor incomparable de la leche humana. Amamantamiento y resistencia del huésped a la infección”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 71, No. 1:60-70.
1971

- Mc Clain, Carol: "Ethno-obstetrics in Ajijic", *Anthropological Quarterly*, No. 48:38-56.
1975
- Mc Kigne: "El valor incomparable de la leche humana. Aspectos económicos", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 71, No. 5:423-431.
1971
- Meillassoux, Claude: *Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo*,
1977 México, Siglo XXI Eds.
- Mellado, Virginia: "Mito y reproducción. Función del sistema de creencias en la atención al embarazo, el parto y el puerperio en el Estado de Morelos", *II Reunión latinoamericana sobre religión popular, identidad y etnociencia*, México, 30 de Mayo al 11 de Junio. (Ponencia).
1988
- Menéndez, Eduardo L.: *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, México, CIESAS.
1982
- Menéndez, Eduardo L.: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autogestión (gestión) en salud*, México, CIESAS.
1984
- Menéndez, Eduardo L.: "Medicina tradicional o sistemas práctico ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención", en Vs. As.: *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS.
1987
- Mier y Terán, M. y C. A. Rabel: *La mortalidad intrauterina en México*, México, UNAM, 1982 Inst. de Investigaciones Sociales.
- Millard, Ann: "Child mortality and economic variation among rural mexican households", 1985 *Social Science and Medicine*, Vol. 20, No. 6.
- Minturn, L. y W. Lambert: *Mothers in six cultures*, New York.
1964
- Minturn, L. y A. W. Weither. "The influence of diet on morning sickness: A cross-cultural study", *Medical Anthropology*, Vol. 8, No. 1:71-75.
1984
- Moedano, Gabriel: "El temazcal, baño indígena tradicional", en Lozoya, X. y Zolla, C. (Eds.): *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, pp. 279-303.
1986
- Moreno, Roberto: "El axolotl", *Estudios de cultura náhuatl*, México, UNAM, Vol. VIII, 1969 pp. 157-173.
- Muriel, Josefina: *Recogimiento de mujeres*, México, UNAM.
1974

- Mutchinick, O., R. Lisker y V. Babinski: "Programa mexicano de 'Registro y vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas externas'", *Salud Pública de México*, México, Vol. 30, No. 1:88-100.
1988
- Newton, Michael: "El valor incomparable de la leche humana. Diferencias psicológicas entre la lactancia natural y la artificial", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 71, No. 4:348-359.
1971
- Newton, Michael: "El valor incomparable de la leche humana. Efectos fisiológicos locales y generales en las madres", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 71, No. 2:164-167.
1971
- Núñez Urquiza, R. M.: "La placenta de madres desnutridas", *Salud Pública de México*, México, Vol. 30, No. 1:54-67.
1988
- Nutini, H.G.: *San Bernardino Contla, Marriage and family structure in a Tlaxcala municipio*, Pittsburgh.
1968
- Ochoa Zazueta, J. A.: *Los kiliwa. Y el mundo se hizo así*, México, INI.
1978
- Oettinger, Marion: *Una comunidad tlapaneca. Sus linderos sociales y territoriales*, México, INI.
1980
- OMS, Div. de salud de la familia: "Atención de salud para la madre y los niños", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 87, No. 4:343-347.
1979
- OMS: *Parteras tradicionales*, Ginebra (No. 74). Publicación en offset.
1979
- OMS: "Algunos hechos en torno a la mujer en la salud III", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 93, No. 6:522-531.
1982
- OMS: "Algunos hechos en torno a los anticonceptivos inyectables", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 94, No. 2:176-194. (Memoria de una reunión de la OMS).
1983
- OMS: "Parteras tradicionales y planificación familiar", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 95, No. 3:260-269.
1984
- OPS: "Guía de orientación y supervisión de parteras empíricas", *Pan American Health Organization. Pan American Bureau, Regional Office of the World Health Organization*, Washington. (Informe de Enferm. No. 12).
1969
- OPS. División de Servicios Integrados de Salud: "Mortalidad infantil en las Américas", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 90, No. 3:272-275.
1981

- Palacios de Westendarp, P.: *Conocimientos y prácticas médicas en una comunidad campesina*, Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro.
1986
- Peredo, Miguel: *Prácticas médicas en América Latina*, México, Ediciones Euroamericanas.
1985
- Pourchet, María J.: “El control de la natalidad entre los indios brasileños”, *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XXXVII, No. 2:337-351.
1977
- Prado, Xóchitl: “Embarazo y parto en la medicina tradicional del area p’urhepecha”, *Relaciones*, Michoacán, Colegio de Michoacán, Vol. V, No. 20:113-120.
1984
- Quezada, Noemí: “Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales”, *Anales de Antropología*, México, UNAM, Inst. de investigaciones antropológicas, Vol. XII:223-242.
1975
- Quezada, Noemí: “Creencias tradicionales sobre embarazo y parto”, *Estudios del Tercer Mundo*, México, CEESTEM, Vol. 2, No. 4:709-722.
1979
- Redfield, R.: *Tepoztlán, a mexican village: A study of folk life*, Chicago, University of Chicago Press.
1931
- Rita, Carla: “Concepción y nacimiento”, en Signorini, I. et al.: *Los huaves de San Mateo del Mar, Oaxaca*, México, INI, pp. 263-314.
1979
- Robinson, Dow: “Textos de medicina náhuatl”, *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. XXI, No. 4:345-353.
1961
- Rodríguez Ramírez, T.: *Labio y paladar hendido en México precolombino y actual*, México, UNAM, Fac. de Medicina. (Tesis profesional).
1967
- Sahagún, Fray Bernardino de: *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, 1985 Editorial Porrúa, col. Sepan cuantos...
- Sánchez Meda, L.: “Deficiencia de hierro en el embarazo y en la infancia”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 70, No. 4:350-359.
1971
- Shein, Max: *El niño precolombino*, México, Ed. Villicaña.
1986
- Siebers, Tobin: *El espejo de Medusa*, México, FCE.
1985

- Shendel, Gordon: *La medicina en México. De la herbolaria azteca a la medicina nuclear*, 1980 México, IMSS.
- Smolensky, E.: "Las prácticas médicas alternativas y la atención de la salud en Buenos Aires", en: *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS, pp. 75-90.
- Soustelle, Jacques: *El universo de los aztecas*, México, FCE. 1982
- SSA: *Reglamento de parteros empíricos capacitados, Diario Oficial de la Federación*, 1976 México, Octubre 20.
- Stacey, Meg: "Review of the captured womb: A history of the medical care of pregnant women. (Ann Gakly and Aaron Antonovski)", *Social Science and Medicine*, New York, Pergamon Press, Vol. 21, No. 7.
- Stepan, Jan: "Patterns of legislation concerning traditional aspects", en Bannerman, R. H. et al.: *Traditional medicine and health coverage*, Geneva, OMS.
- Sullivan, Thelma: "Embarazo y parto: costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicas de los aztecas y su supervivencia en México", *Anuario Indigenista*, Vol. 29:285-292.
- Susser Mervin, W. y William Watson: *La sociología en la medicina*, México, IMSS. 1982
- Thomson, William A.R.: *Guía práctica ilustrada de las plantas medicinales*, Barcelona, 1980 Editorial Blume.
- Tibón, Gutierre: *La triada prenatal (Cordón, placenta y amnios). Supervivencia de la magia neolítica*, México, FCE.
- Tomson, Marian: "El valor incomparable de la leche humana. La conveniencia de la lactancia natural", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 71, No. 3:253-254.
- Valdéz, Luz María, R. Stavenhagen G. Cabrera, M. de la Paz y N. Hernández: *¿Existe demografía étnica?*, México, UNAM. (Mesa redonda).
- Van Den Berghe, Pierre L.: *Sistemas de la familia humana. Una visión evolucionista*, México, FCE. 1983
- Velimirovic, Helga y Boris, Velimirovic: "The role of traditional birth attendants in health services", *Curare*, No. 2:85-96.

- Villa Rojas, A.: "Adiestramiento de personal". *América Indígena*, México, I.I.I., Vol. 15, 1955 No. 4:306-316.
- Virkki, Nilo: "Comentarios sobre el baño de vapor entre los indígenas de Guatemala", 1962 *Guatemala Indígena*, Guatemala, Vol. II, No. 2:71-85.
- Vs. As.: "Efectos de la nutrición materna sobre el crecimiento fetal y el desarrollo del niño", 1977 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 83, No. 1:24-39.
- Vs. As.: "Aplicación de técnicas simplificadas a programas de salud materno-infantil: 1978 Los aspectos nutricionales de alto riesgo", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 84, No. 4:295-304.
- Vs. As.: "Control de crecimiento fetal en zonas rurales: Una alternativa para la utilización de personal no profesional", 1980 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 88, No. 3:197-203.
- Vs. As.: "Tecnología apropiada para la atención del parto", 1981 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 90, No. 1:69-79.
- Vs. As.: "Aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en una población derechohabiente del IMSS en México", 1981 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 90, No. 3:218-227.
- Vs. As.: *Familia y sexualidad en Nueva España*, México, SEP/80-FCE. 1982
- Vs. As.: "La mujer en la salud y el desarrollo I", 1982 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 93, No. 4:327-338.
- Vs. As.: "La mujer en la salud y el desarrollo II", 1982 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 93, No. 5:442-451.
- Vs. As.: "Lactancia materna: Algunos factores psicosociales y biológicos que la influyen", 1983 *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, Vol. 95, No. 1:51-59.
- Vs. As.: *Medicina tradicional y herbolaria. Materiales para su estudio*, México, IMSS. 1984
- Vs. As.: "Family medicine: A medical care alternative for America Latina", 1985 *Social Science and Medicine*, New York, Pergamon Press, Vol. 21, No. 1.
- Werner, David y Bill Bower: *Aprendiendo a promover la salud*, México, Fundación Hesperian y Centro de Estudios Educativos. 1987

- WHO. División of health manpower development: *Traditional birth attendants. An annotated bibliography on their training utilization and evaluation*, Geneva, (HMD/NUR/79.1).
1979
- WHO. División of health manpower development: *Traditional birth attendants. An annotated bibliography on their training utilization and evaluation. Supplement I*, Geneva, (HMD/NUR/81.1).
1981
- WHO. División of health manpower development: *Traditional birth attendants. An annotated bibliography on their training utilization and evaluation. Supplement II*, Geneva, (HMD/NUR/82.1).
1982
- WHO: *Report of the consultation on approach for police development for traditional practitioners, including traditional birth attendant*, Geneva (NUR/TRM/85.1).
1985
- William, Ray A. y Bernard Bergen: "Power and visibility: the invention of teenage pregnancy", *Social Science and Medicine*, New York, Pergamon Press, Vol. 18, No. 1.
1982
- Yoshida-Ando, P. y A. M. Mendoza Pérez: "Estudios sobre recién nacidos de bajo peso al nacimiento y su seguimiento longitudinal", *Salud Pública de México*, México, Vol. 30, No. 1:25-42.
1988
- Young, Kate: "Economía campesina, unidad doméstica y migración", en: *La mujer y el desarrollo (III). Mujer y estructura productiva*, México, SEP-Diana, pp. 181-213.
1982
- Zolla, Carlos: "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud", en Lozoya, X. y Zolla, C. (Eds.): *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios Ediciones, pp. 14-37.
1983
- Zolla, Carlos: "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales", *México Indígena*, México, INI, No. 9:16-19.
1986
- Zolla, Carlos: "Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud", en: *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, CIESS pp. 63-74.
1987
- Zolla, Carlos, S. del Bosque, A. Tascón y V. Mellado: *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS.
1988
- Zolla, Carlos y Cols.: *Atlas de la medicina tradicional de México*. (En preparación).
- Zúñiga, Elena, D. Hernández, C. Menkes y C. Santos: *Trabajo Familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio de las áreas rurales de México*, Editor J. Martínez Manautou, IMSS.
1986

Agradecimientos

Los autores desean expresar su más profundo agradecimiento a las parteras, curanderas y otros terapeutas tradicionales que en forma desinteresada colaboraron en la realización de esta investigación, y cuyos nombres y lugar de residencia consignamos a continuación: Antonia Díaz Carreño (Tlaltizapan), Cira Martínez Omaña (Tepalcingo), Clemente Santos Campos (Tlayecac), Crispina Carrillo de Camarena (Yautepec), Delia Sánchez Medina (Tepoztlán), Gabina Pacheco Trujillo (Tepalcingo), Inés Rendón Ayala (Tepoztlán), Esther Córdova (Tepoztlán), Doña Ino (Miacatlán), María de Jesús (Miacatlán), Modesta Lavana (Hueyapan), Doña Natividad (Miacatlán), Doña Paulita (Jojutla), Rosa Nobarol Ortiz (Xalostoc) y Victoria Ríos Contreras (Jojutla).

Queremos hacer una mención especial para las señoras Modesta Lavana y Victoria Ríos Contreras, reconocidas terapeutas del Estado de Morelos, por su interés, apoyo y participación en el trabajo de campo y cuyos conocimientos permitieron enriquecer esta obra.

Agradecemos a la M. de C. Abigail Aguilar, encargada del Herbario IMSSM, la labor desarrollada en la identificación del material botánico recolectado en el curso de esta investigación.

Así mismo, damos las gracias al pasante en Sociología Carlos Lozada por la ayuda prestada en este estudio.

Dejamos especial constancia de nuestro reconocimiento al Coordinador Delegacional de Planificación Familiar del IMSS en Morelos, Dr. Pedro Federico Gaytán Calles, quien facilitó información que permitió ubicar a algunas parteras que después se convirtieron en informantes para esta investigación.

Por último, agradecemos al Dr. Horacio Crespo, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el permitirnos hacer uso de información inédita sobre particularidades regionales de Morelos.

DIRECTORIO

LIC. RICARDO GARCIA SAINZ
Presidente

LIC. Y C.P. AGUSTIN BARBABOSA KUBLI
Director

DR. CARLOS CAMPILLO SAINZ
*Jefe del Area de Investigación
y Asistencia Técnica*

LIC. JUAN JOSE ZERMEÑO CORDOVA
Jefe del Area de Comunicación

ESTE LIBRO SE TERMINO DE IMPRIMIR
EN MARZO DE 1989
CON UN TIRAJE DE 1,000 EJEMPLARES.
EL CUIDADO DE LA EDICION ESTUVO A CARGO
DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL.

RESPONSABLE DE LA IMPRESION:
SR. EFREN MIRANDA NAVARRO