

Salud e interculturalidad



Esta publicación se realizó gracias al apoyo de la Fundación The John D. and
Catherine T. MacArthur

Grupo de estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos” A.C.

Cuidado de la edición
Ximena Avellaneda Díaz
Angélica Ayala Ortíz
Martha Aparicio Rojas

Diseño y Formación
Soledad Caballero Caballero
Laura Jiménez García

Captura
Martha López

Fotografía portada
Roxana Acevedo

Fotografías interiores
Javier Cruz⁽¹⁾
Manuel Jiménez⁽²⁾
Roxana Acevedo⁽³⁾
Lidia Manrique Rosado⁽⁴⁾
Laura Jiménez⁽⁵⁾

Parteras Huaves de la Clínica de Medicina Tradicional
de San Mateo del Mar, Oaxaca "Ikoods Mondüy Moniün Andeow"⁽⁶⁾

Impreso en México
Julio 2006

Presentación	1
La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud Dr. Roberto Campos-Navarro	4
Introducción	
Algunos conceptos y definiciones sobre la interculturalidad	
Las prácticas médicas populares	
Los especialistas	
Recursos herbolarios	
Recursos simbólicos	
Compromisos	
Bibliografía	
La atención del parto y la antropología médica Sheila Cosmínsky	18
Examen de las publicaciones	
La función de la partera	
El parto	
El baño del puerperio	
Las hierbas	
La familia	
Los masajes	
El cordón umbilical	
El pudor	
La teoría de lo caliente y lo frío	
Programas de adiestramiento	
Conclusión	
Bibliografía	
24 consejos para la elaboración de programas que tengan en cuenta la diversidad cultural Fondo de Población de las Naciones Unidas	40

“Que las instituciones de salud nos apoyen y nos acepten con respeto y dignidad hacia nuestro trabajo. Queremos paz, justicia y respeto para nuestras mujeres indígenas”¹

Tomasa Morales Cruz
Organización de médicos indígenas
tradicionalistas de los Valles Centrales
(OMITVACE-Oaxaca)

El Grupo de estudios sobre la mujer Rosario Castellanos es una organización no gubernamental que trabaja desde hace 29 años en la promoción del bienestar de las mujeres en el estado de Oaxaca, desde una perspectiva de equidad de género en las diferentes regiones y comunidades del estado. Como parte de este esfuerzo el equipo de salud sexual y reproductiva ha dedicado los últimos diez años a la prevención de la muerte materna, desde la incidencia de factores socioculturales que tiene que ver con la condición de las mujeres, indígenas en su gran mayoría.

La presencia de aspectos tales como: desigualdades étnicas y de género, la violencia en la vida de las mujeres, la imposibilidad de tomar decisiones con respecto al propio cuerpo, la relación tan asimétrica que las poblaciones y en particular las mujeres tienen con los servicios de salud, la falta de respeto por parte de algunos servidores a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; nos impulsaron a desarrollar una metodología de sensibilización y capacitación al fenómeno de la muerte materna para personal de salud tanto comunitario como institucional llamada “Paso a paso...cuida el embarazo”, contando con la asesoría del Comité por una Maternidad sin Riesgos.

La utilización de esta metodología claramente propone la perspectiva de equidad de género como el medio para entender la realidad que viven las mujeres indígenas al interior de su núcleo familiar, de su comunidad así como su relación con los servicios de salud. Por otro lado, hace énfasis en la necesidad de un acercamiento intercultural a las comunidades respetuoso de sus características socioculturales para lograr de esta manera generar relaciones horizontales que permitan a las poblaciones y en particular a las mujeres acceder a los servicios de salud a los cuales tienen derecho.

¹Grupo de estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos”, Memoria mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación, Mexico 2002.

La elaboración de esta publicación tiene como objetivo reforzar la visión intercultural de la práctica médica, especialmente de la atención materna y la salud reproductiva que permita sensibilizar al personal médico acerca de la realidad multicultural del estado de Oaxaca, de la existencia del extenso y ancestral patrimonio de conocimientos y prácticas médicas tradicionales que los pueblos originarios poseen y sobretodo de propiciar un acercamiento que tenga en cuenta esta diversidad cultural.

Es nuestra intención que esta publicación complemente el material didáctico del modelo “Paso a paso... cuida el embarazo” y coadyuve en la eliminación de causas que generan la muerte materna en el estado de Oaxaca.

Reconocemos las aportaciones que el Dr. Roberto Campos y sus colaboradores han hecho al sistematizar e impulsar el tema y le agradecemos el permitirnos hacer uso de este material en la presente publicación, la cual confiamos tendrá amplia difusión entre el personal de salud.

Ximena Avellaneda Díaz

Julio 2006





La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud

Dr. Roberto Campos-Navarro¹

¹Médico familiar con maestría y doctorado en Antropología Social. Docente y coordinador de investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Cuando me preguntan
¿Por qué un trabajador de salud debe saber de interculturalidad?
me surgen una serie de imágenes y experiencias.

Una primera imagen que tengo es la de Winícton, un pueblo indígena de los Altos de Chiapas, donde docenas de personas tzeltales esperan su turno para pasar a consulta conmigo para que les interrogué, los explore y les recete algún medicamento. Y que todo esto sería imposible sin la presencia de un traductor porque el doctor sabe poco del idioma de los enfermos.

Es la experiencia de una nutricionista que regaña a las mujeres mayas hospitalizadas que acaban de tener a sus bebés y no toman el agua de sandía que ésta les ofrece porque consideran que es una bebida demasiado fría que se contrapone a su estado corporal aún caliente y que puede provocar frialdad en el útero y hacerlas infértiles.

Es la vivencia de una mujer tzotzil monolingüe en un hospital público de la Ciudad de México, que cuando le van a sacar una placa radiográfica no le permiten ser acompañada por su hermano traductor. Y la sesión se convierte en una tortura para la paciente y para los técnicos que nunca

podieron darse a entender. No fue sino hasta el día siguiente que por fortuna fue una doctora hablante del idioma tzotzil y facilitó el procedimiento y la radiografía estuvo en un rato.

Es el éxito de un médico pasante en servicio social en un pueblo maya de Campeche cuando decide atender los partos de las mujeres en una hamaca, tal y como lo han hecho las parturientas locales y sus parteras durante cientos de años. El médico se adaptó y se ganó la confianza del pueblo, que le suplicaron se quedara a trabajar ya como médico definitivo.

Cuando analizamos y reflexionamos sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes que tienen una cultura diferente, estamos hablando del proceso de interculturalidad en el terreno de la salud. En las siguientes líneas exploraremos algunos puntos relativos a la salud y la medicina en contextos interculturales.

Algunos conceptos y definiciones sobre la interculturalidad

Definimos la interculturalidad como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” (Campos, 2004), de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad, y en ocasiones, la solidaridad.

En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe a la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. El proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, el chofer de ambulancia, el auxiliar de intendencia que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital.

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos,

creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. (Oyarce e Ibacache 1996).

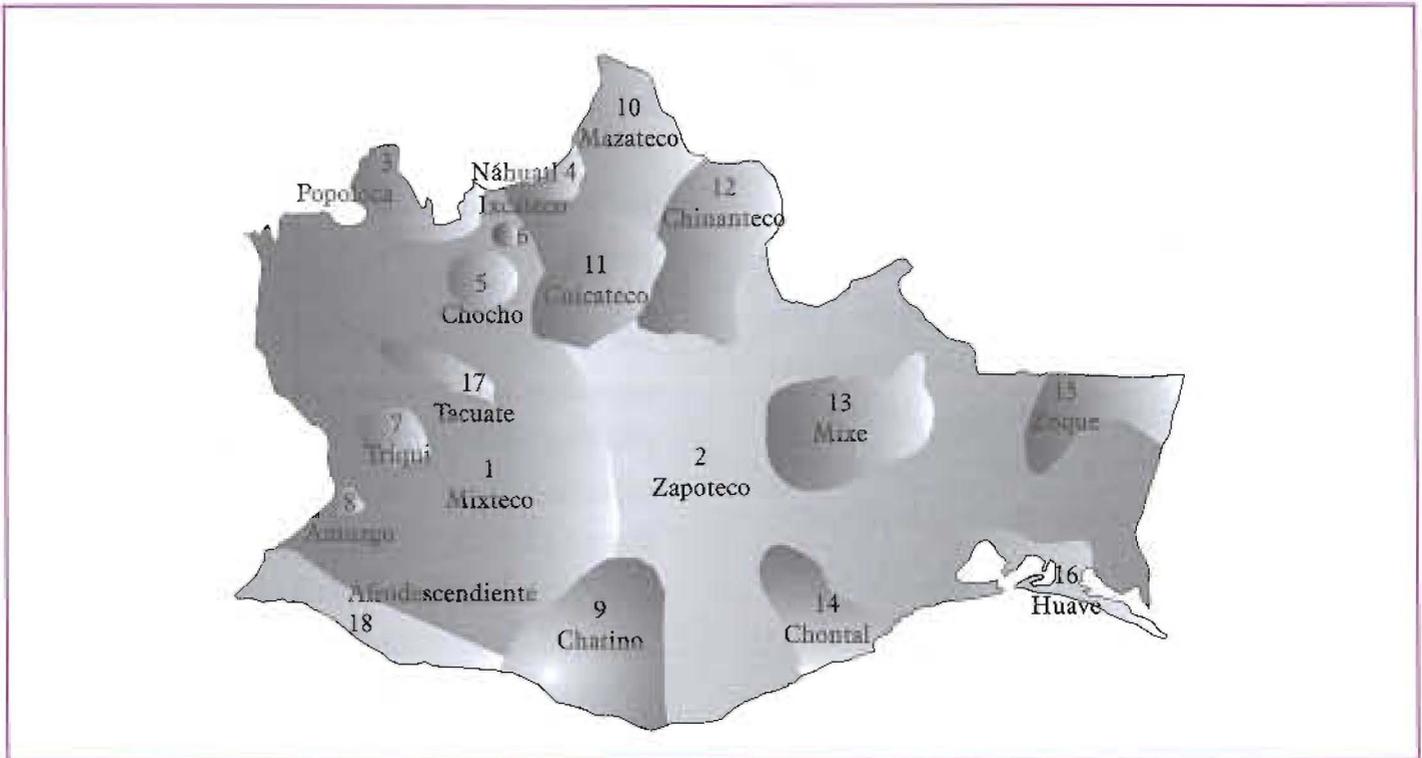
De hecho, todo trabajador de salud con experiencia en zonas rurales, en especial con pueblos indígenas, ha tenido contactos, relaciones y experiencias directas de interculturalidad espontánea, de interculturalidad forzada y muy pocas veces, de interculturalidad adecuada en términos de una preparación y capacitación previa.

¿Es necesaria la capacitación intercultural de los trabajadores de salud?

No solamente es necesaria sino que debería ser obligatoria. Vivimos en un país con más de sesenta pueblos indígenas que constituyen del 10 al 12% de la población total, una mayoría mestiza (con múltiples raíces culturales donde destaca lo español, indígena y en menor medida, lo africano) y multitud de minorías que se han integrado lentamente a la vida nacional (chinos, libaneses, judíos, etc.). Como mexicanos nos reconocemos como un país multiétnico y pluricultural. Por lo que también nuestra formación profesional y no profesional debe ser en ese mismo sentido.

Pensemos en Oaxaca. Es uno de los estados

Grupos étnicos de Oaxaca



más extensos del país. Existen 18 grupos indígenas que representan una tercera parte del total de indígenas que viven en el país. Sus condiciones de pobreza y marginalidad son extremas por lo que la expulsión migracional es obligada a otras partes del país e incluso cada vez más hacia Estados Unidos. Y los que se quedan viven con índices elevados de morbilidad y mortalidad, especialmente materno-infantil. En los últimos años, se han implementado cientos de unidades médicas rurales, centros de salud y hospitales. Y la gente asiste con restricciones, con reservas o de plano ni siquiera asiste ¿Por qué?

Uno de los motivos, es el escaso o nulo manejo de la interculturalidad en salud. Se

diseñan y construyen unidades médicas y hospitalarias sin consultar con los pueblos a los que se pretende servir. Centrados en el enfoque biológico/orgánico de la enfermedad, no se enseña antropología médica a los estudiantes de enfermería, estomatología y medicina en las escuelas y facultades respectivas. En las instituciones públicas de salud (concentradas en aspectos financieros y administrativos) no les interesa la capacitación de su personal, y menos, en un tema desconocido como es la interculturalidad.

No obstante, señalamos que el ejercicio de la medicina intercultural entendida como: “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los

enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes” (Campos-Navarro en Duarte et al, 2004), es un imperativo ético personal que no únicamente depende de las instituciones donde el personal de salud se encuentra adscrito sino también del propio trabajador.

El ejercicio de una medicina intercultural la consideramos como un compromiso primero personal, y luego institucional. Es el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que debo tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales. Sirviendo al paciente es que sirvo a la institución. Si mi trabajo me resulta satisfactorio es porque la gente que atiendo me lo señala, y es independiente de los premios y sanciones que establece mi institución.

En este sentido, la interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (Citarella et al, 2000) y por ello, las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas. Por validación

cultural se entiende “aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social” (Alarcón et al, 2003) y esto no implica que el trabajador de salud comparta el sistema de creencias y prácticas del paciente, pero si lo respete, tolere y comprenda. Por negociación cultural se quiere expresar el conjunto de interacciones que surgen entre los usuarios y el personal de salud para llegar a mutuos acuerdos relativos al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere (lo que se ha denominado ahora como adherencia terapéutica).

Una vez definidos los términos de interculturalidad, de salud y medicina interculturales, pasemos a revisar algunos aspectos prácticos en relación a las creencias y prácticas de los enfermos en México.

Las prácticas médicas populares

Durante mi formación profesional como médico, la Facultad de Medicina de la UNAM (pero podría ser cualquiera de las existentes en toda América Latina) no se nos brindó ningún elemento de conocimiento y comprensión de la cultura médica popular. Por el contrario, los profesores despreciaban y ridiculizaban cualquier creencia y práctica

proveniente de los grupos sociales indígenas y populares equiparándolas con “tonterías”, “supersticiones”, y en el mejor de los casos, como saberes empíricos carentes de todo sustento científico.

Al paso de los años, y con la experiencia adquirida con grupos mestizos e indígenas del centro y sureste del país, empecé a comprender que nuestra gente poseía una inmensa riqueza en los recursos humanos, materiales y simbólicos de sus medicinas locales.

He aprendido que las razones por las cuales las personas campesinas y de los sectores populares asisten a las instituciones médicas, sean en su modalidad privada, o bien, corporativa pública, es por el reconocimiento de problemas de salud que rebasan sus estrategias de autoatención y de sus curanderos.

En las zonas rurales e incluso urbanas de América Latina, la automedicación (es decir, el consumo de medicamentos sin receta médica) es elevada. Las tiendas de abarrotes, los comercios de autoservicio ofrecen docenas de productos farmacéuticos que no requieren control de las autoridades sanitarias competentes. Los encargados de las farmacias o boticas ofrecen sobre todo en fines de semana- consulta gratuita recomendando “x” o “y” medicina, sin control ni supervisión alguna. La venta de hierbas medicinales se realiza en cualquier

local de los miles de mercados fijos y móviles a todo lo largo y ancho de México.

Pero, ¿Cuáles son los motivos por los que la gente busca a sus médicos indígenas tradicionales? ¿Por qué recorren distancias a veces considerables para consultarlos? ¿Qué son y qué significado tienen los llamados síndromes culturalmente delimitados (culture-bound syndromes) en la medicina tradicional mexicana?

En primer lugar, debemos aclarar que la gente no asiste con los curanderos o médicos tradicionales por ignorancia, oscurantismo, superstición o fanatismo. En muchos lugares rurales de México asisten porque ellos son los únicos terapeutas que viven cotidianamente en la región, pues a pesar de las estrategias gubernamentales de extender la cobertura de servicios médicos modernos, no se logra cubrir todo el territorio. Por otro lado, aunque hubiera disponibilidad de centros de salud, unidades médicas y hospitales rurales, éstos no lograrían satisfacer la demanda completa de los usuarios. Sí constituyen un recurso importante para la resolución de problemas de salud pero no deben entenderse como si fueran la solución única y total.

Existen enfermedades (disease) o padecimientos (illness) que únicamente tienen salida resolutive a través de los terapeutas tradicionales. Aquí deben mencionarse los denominados síndromes

culturalmente delimitados, también llamados de filiación cultural o dependientes de la cultura. Constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que sólo pueden ser entendidos, comprendidos y tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades mentales (DMS-IV), estos síndromes dependientes de la cultura que se hallan en América Latina y los migrantes de origen hispano en Estados Unidos son los siguientes: ataque de nervios, muina o bilis, locura, mal de ojo, nervios, brujería o mal puesto y susto o espanto. Existen otras entidades patológicas frecuentes no relacionables con los trastornos mentales como son el empacho, la caída de mollera, aires, y otras.

Una investigación con terapeutas tradicionales efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1984 encontró que las diez principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional mexicana en las áreas atendidas por el IMSS en zonas rurales corresponde en orden decreciente a mal de ojo, empacho, susto-espanto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea, torceduras, brujería y anginas (Zolla et al, 1988:12).

Además no hay que olvidar que un elevado número de partos en regiones indígenas de Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Campeche y Yucatán todavía son resueltos por las parteras y comadronas.



(1)

Los especialistas

En función de las actividades desarrolladas por los terapeutas tradicionales encontramos tres variedades principales: curanderos, adivinos y hechiceros.

En la categoría de curanderos (o médicos tradicionales) se incluyen todos aquellos que realizan ceremonias y rituales con un alto contenido de simbolismos curativos. En las regiones indígenas ocupan un elevado rango de la jerarquía social e incluso pueden considerárseles como sacerdotes: es el marakame entre los huicholes, el jit'eberi de los yaquis y mayos-yoremes, el h'men en toda la Península de Yucatán. Existen otros que curan de maleficio (y neutralizan la hechicería), los que curan con hierbas o yerbateros, los que atienden los partos (especialmente mujeres), los que arreglan el cuerpo mediante masajes y maniobras físicas (sobadores, masajistas, fregadores y hueseros), los espiritualistas que "ceden su materia corporal" para que penetre un "espíritu sanador" y diversos terapeutas para afecciones como "aires", mordeduras de víboras, empacho, caída de mollera, mala suerte, nervios y muchas otras enfermedades.

En la categoría de adivinos se abarca a todos aquellos terapeutas que utilizan recursos y procedimientos excepcionales para lograr un diagnóstico, un tratamiento o el pronóstico de una determinada enfermedad. Aquí aparecen los que usan los granos de maíz, los naipes, los hongos, el tabaco y otros elementos. La clarividencia y la cartomancia entrarían en este rubro.

Finalmente, aparecen los hechiceros cuyas actividades malévolas son temidas por la

mayoría de la población campesina y en especial indígena. Estos practicantes no son exclusivos del medio rural pues la hechicería y sus operadores actúan también con cierta frecuencia en los medios urbanos.

Aparte de la anterior clasificación de terapeutas tradicionales en base a su funcionalidad, también los podemos establecer considerando el grado de influencia social: el curador que sólo ejerce dentro de los límites del círculo familiar (hermana, madre o abuela) o sea, a nivel doméstico; aquel que realiza curaciones a vecinos de una determinada población (experto de vecindad); el curandero que es conocido y consultado en una región delimitada; el curandero urbano, luego el curandero que brinda atención a gente de un estado, departamento o provincia y finalmente el curandero "internacional" que tiene demanda de enfermos procedentes de diversos países.

Otra clasificación tiene que ver con la ubicación rural-urbana de los curanderos. La mayoría de estudios antropológicos se han enfocado en el curanderismo rural e indígena, no obstante las investigaciones urbanas se han incrementado en los últimos años. El antropólogo norteamericano Irwin Press reconoce la existencia de un denominado "complejo curanderil urbano" que se caracteriza por la heterogeneidad de estilos que despliegan los curanderos

Recursos herbolarios

urbanos en cuanto el lenguaje, la indumentaria, el trato con los pacientes, el ambiente del consultorio, etc., por la creciente tendencia hacia la mercantilización, por la brevedad de la consulta y la constante apelación a la confianza o fe que solicita el curandero a sus enfermos.

Otra manera de categorizar a los curanderos es de acuerdo al grado de tecnología empleada. En este sentido para el antropólogo Eduardo Menéndez existen curanderos con un mayor despliegue de recursos técnicos como los realizados por las parteras, los hueseros y los sobadores, en cambio otros apelan a la utilización de recursos simbólicos que sería el caso de las rezanderas, ensalmadores, marakames y otros que utilizan más los rituales y los procedimientos ceremoniales por encima de las técnicas físicas.

Por la gran variedad de regiones ecológicas, compleja topografía, diversidad de suelos, climas y heterogeneidad geográfica que permite una gran riqueza biológica, después de la India, China e Indonesia, México ocupa el cuarto lugar mundial en cuanto a la biodiversidad de especies vegetales y ello se refleja en la utilización de las plantas medicinales en los hogares mexicanos. Por supuesto, los curanderos tienen en la herbolaria medicinal, un relevante recurso terapéutico.

En el Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana (Argueta y Cano, 1994) se captaron 3103 especies, distribuidas en 1000 especies, 482 géneros y 154 familias. Casi una tercera parte son originarias de Mesoamérica, un 17% del resto de América, 16% son foráneas y un 38.5 su origen es



impreciso. De las 1000 especies, un 27.7% son árboles, 28.2% arbustos, 45.2% hierbas y 5.7% son plantas trepadoras.

Los estudios etnobotánicos de Lozoya, Aguilar y Camacho (1987) permiten vislumbrar, de acuerdo a su acopio y consumo, un "cuadro básico" de medicamentos herbolarios.

Para los trastornos digestivos se emplean como espasmolíticos la manzanilla (*Matricaria recutita*) y la hierbabuena (*Mentha piperita*), como laxantes el ricino (*Ricinus communis*) y el tamarindo (*Tamarindus indica*), como antidiarréicos la guayaba (*Psidium guajava*) y aguacate (*Persea americana*) y como desparasitantes el epazote (*Chenopodium ambrosioides* L.) y estafiate (*Artemisa ludoviciana*).

Para los problemas respiratorios se utiliza como antitusígenos el sauco (*Sambucus mexicana*) y el gordolobo (*Gnaphalium semiamplexicaule*), como broncodilatadores el eucalipto (*Eucalyptus globulus*) y tomillo (*Thymus vulgaris*).

Para el tratamiento de las afecciones de la piel y traumatismos, como agentes antimicrobianos la malva (*Malva parviflora*) y la verbena (*Verbena carolina*), como antiinflamatorios la hierba del golpe (*Oenothera rosea*) y el árnica (*Hetherotheca inuloides*) y como cicatrizantes la sábila (*Aloe barbadensis*) y el maguey (*Agave*

para el alivio de enfermedades cardiovasculares se tienen como hipotensores al zapote blanco (*Casimiroa Edulis*) y al chayote (*Sechium edule*) y como cardiotónicos al yoloxóchitl (*Talauma mexicana*) y la flor de manita (*Chirantodendron pentadactylon*).

Para el tratamiento de los síntomas de la diabetes y trastornos metabólicos, como hipoglucemiantes el nopal (*Opuntia* sp) y la tronadora (*Tecoma stans*) y para disminuir el colesterol el yumel (*Guatteria gaumeri*) y el tejocote (*Grataegus pubescens*).

Para la curación de padecimientos urinarios, como diuréticos los pelos de elote (*Zea mays*) y cola de caballo (*Equisetum hyemale*) y para los cálculos renales la gobernadora (*Larrea tridentata*) y hierba del sapo (*Eryngium comosum*).

Finalmente, para el tratamiento de disfunciones del aparato reproductor femenino, el zoapatle (*Montanoa tomentosa*) y la ruda (*Ruta chalapensis*).

Recursos simbólicos

Si bien las plantas medicinales ocupan un espacio muy amplio y valioso de los recursos de la medicina tradicional mexicana, ésta no se reduce a la herbolaria. También deben considerarse los recursos animales (ya sean empleados directamente o a través de

productos secundarios como los huevos de gallina, la miel o la leche) y todos aquellos importantísimos recursos no materiales que se emplean para lograr la curación del enfermo y aliviar sus malestares: las palabras, las actitudes y movimientos estereotipados del curandero.

El proceso de secularización que caracteriza a la medicina occidental o biomedicina en función de la terapia farmacológica y las prácticas quirúrgicas, ha subordinado la relevancia de la palabra que cura, las oraciones que confortan, las "limpias" que purifican, las maniobras corporales, entre otros elementos curativos fundamentales.

Los recursos simbólicos apelan en lo ideológico al cambio de la persona, estimula procesos psicológicos, endócrinos y neurológicos escasamente conocidos por la medicina occidental pues rebasan su orientación reduccionista de tipo biológico.

La mayoría de los terapeutas tradicionales -sino es que todos- emplean oraciones, conjuros, bendiciones, señales religiosas, movimientos estereotipados, indumentaria especial.

Cabe mencionar que algunos recursos herbolarios, animales y minerales tienen un empleo simbólico que rebasa sus características naturales. Así el ramo de pirul (*Schinus molle* L.), el chamiso (*Casearia nitida* L.), el geranio o malvón (*Pelargonium*

domesticus L.H. Bailey), los huevos de gallina, los sapos, las veladoras, el alumbre -entre otros muchos productos- son frecuentemente utilizados en todo el país para la realización de "limpias".

Compromisos

Con todo lo escrito hasta aquí sobre interculturalidad y prácticas médicas populares, ¿Qué podemos hacer cuando nuestras escuelas y nuestras instituciones no se han interesado por estos temas?

Existen dos respuestas, una a nivel individual y otra colectiva. En la primera se trata de un compromiso personal de capacitarse mediante la lectura de artículos, folletos y libros que traten sobre el pueblo o pueblos indígenas en los que trabajo o voy a trabajar. Saber lo más posible de los aspectos demográficos, epidemiológicos, botánicos y etnográficos de la región. Desde 1994 se publicó la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana con 14 tomos, algunos de los cuales abordan los saberes médicos tradicionales de cada pueblo indígena del país. Por lo general, se encuentran en las bibliotecas de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) ubicados en varias partes de Oaxaca y del país.

Por otra parte, conocer de primera mano, las creencias y prácticas de las gentes con las

cuales estoy conviviendo, y eso significa compartir mi tiempo con los pacientes y amigos indígenas. Con respeto y sin burla, indagar y escuchar, preguntar y observar.

Reconocer y aceptar la cultura del otro que está frente a mí. No imponer mis formas de pensamiento, mis prejuicios, ni tampoco satanizar. Escuchar y comprender, validar y negociar. En todo caso, si hay tiempo, escribir y sistematizar. Pasar de una interculturalidad pasiva, espontánea o forzada, a un proceso intercultural asumido en forma activa y adecuada, lo que llamamos una interculturalidad apropiada.

En la segunda respuesta de tipo colectivo, se trata de la capacitación institucional. Lograr que el tema sea visible en las escuelas formadoras de personal de salud, que se incluya la antropología médica en la currícula como materia obligatoria.

Lograr que la institución de salud para la que trabajo (Secretaría de Salud, IMSS u otra) incluya la salud intercultural como una válida estrategia operativa en los diversos programas del sector, sobre todo, en aquellos que permitan una reducción de los índices de mortalidad materna e infantil, en los programas para abatir las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el paludismo, y en la prevención de enfermedades de contacto sexual, en especial, el SIDA.

Además, si estamos comprometidos con la

interculturalidad, debemos luchar porque los centros de salud, las unidades médicas rurales y los hospitales (rurales, regionales, integrales, de concentración, etc.) se realicen adecuaciones particularizadas a cada cultura local y regional y se introduzcan modificaciones que beneficien a los enfermos y sus familiares. Se trata de hospedaje a los familiares (y que no duerman en el suelo), alimentación propia de la región (sin introducir elementos foráneos como los refrescos o pan industrializado), temazcales para el tratamiento pos-parto de la mujeres, algunas hamacas en lugar de camas en las regiones donde se utilizan en forma cotidiana, utilización de plantas medicinales y empleo de médicos tradicionales cuando se requiera, uso de horarios congruentes con la vida campesina, etc.

Si enlazamos nuestro compromiso personal con el compromiso colectivo, podremos tener la enorme satisfacción -como trabajadores de salud-, de que nuestras acciones tengan calidad y calidez en términos interculturales.



(3)

ARGUETA, ARTURO Y CANO, LETICIA (COORDS.)

1994 Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana. Instituto Nacional Indigenista. México

ALARCÓN ET AL

2003 Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Med. Chile 131(9):1061-1065

CAMPOS-NAVARRO, ROBERTO

2004 La interculturalidad en la práctica del doctor Albert Schweitzer. Gac. Med. Mex. 140(6):643-652

CITARELLA, LUCA ET AL

2000 Medicinas y cultura en la Araucanía. Editorial Sudamericana. Santiago de Chile.

DUARTE-GÓMEZ; BRACHET-MÁRQUEZ; CAMPOS-NAVARRO Y NIGENDA, G.

2004 Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Sal. Pub. Méx. 46(5):388-398

LOZOYA, X; AGUILAR, A. Y CAMACHO, R.

1987 "Encuesta sobre el uso actual de plantas en la Medicina Tradicional Mexicana". Rev. Med. IMSS 25(4):283-291

OYARCE, ANA EIBACACHE, JAIME

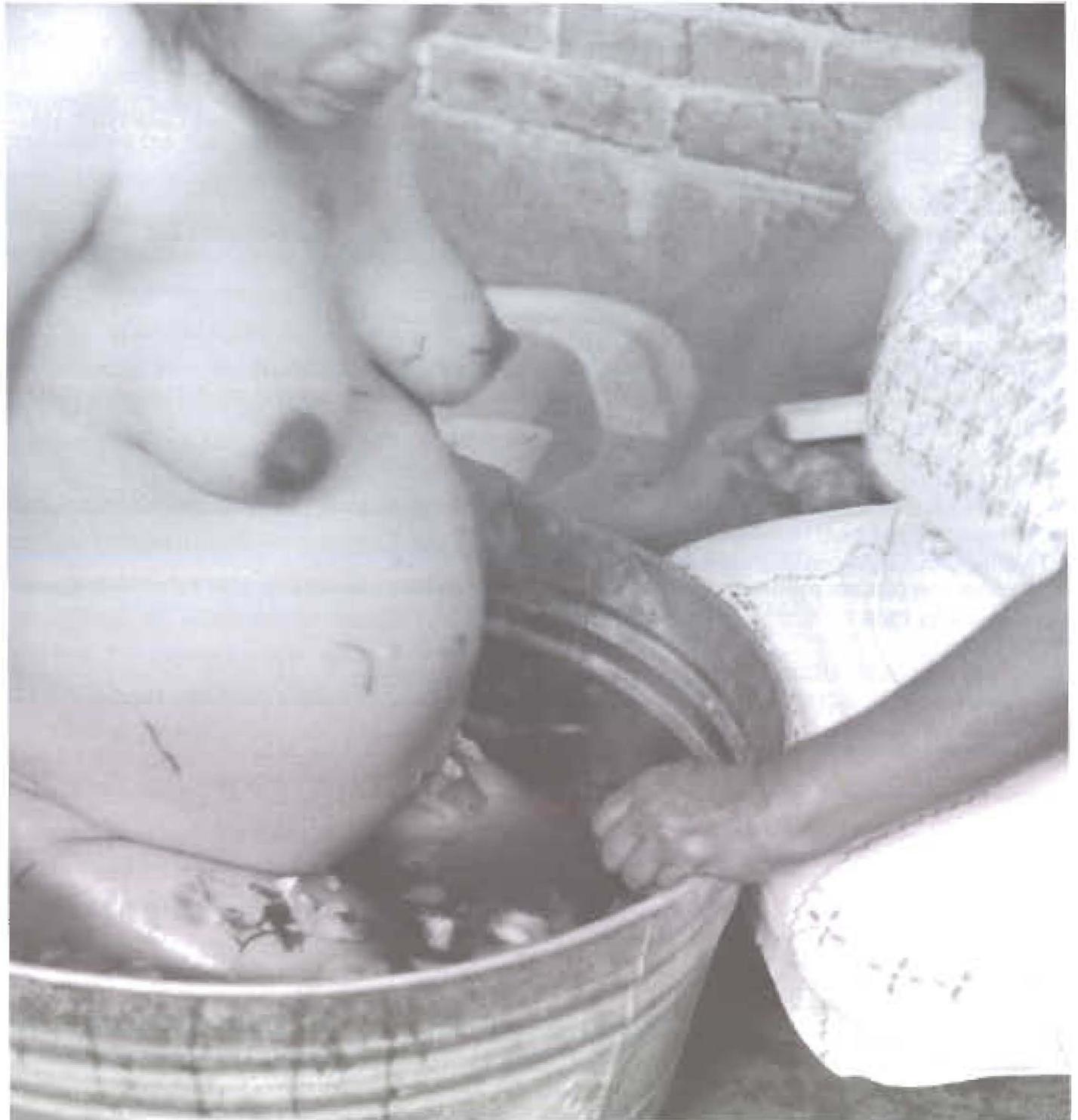
1996 Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas. Puerto Saavedra, Chile

ZOLLA, C., DEL BOSQUE, S, TASCÓN, A., MELLADO, V. Y MAQUEO, C.

1988 Medicina tradicional y enfermedad. Centro Interamericanos de Estudios de Seguridad Social. México

ZOLLA, CARLOS Y ARGUETA, ARTURO (COORDS.)

1994 Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. Instituto Nacional Indigenista. México.





La atención del parto y la antropología médica

Sheila Cosminsky¹

¹En R. Campos (comp), La antropología médica en México, Tomo 2. Antologías Universitarias. Instituto Mora, UAM, México 1992.

La atención del parto y la antropología médica

El parto no sólo constituye un proceso biológico universal sino que también se ajusta a ciertas normas socioculturales. Cada sociedad tiene sus maneras de tratar y organizar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre como para el hijo. En ella se incluyen las creencias y prácticas relativas a la atención prenatal y posnatal; la atención del parto, dieta, medicinas y hierbas; restricciones del comportamiento; mecanismos de apoyo psicológico y social, y especialistas que asisten a los partos. El examen de algunas de estas prácticas desde una perspectiva antropológica, en las poblaciones de la zona fronteriza mexicano-estadounidense, revela los cambios que se están registrando con el impacto de la medicina moderna, especialmente en lo que concierne a los programas de adiestramiento de obstetricia.

Se trata principalmente de una perspectiva comparada, biocultural (o sociobiológica) e integral. Kelly¹ ha insistido en que los programas de capacitación en obstetricia deben enfocarse desde un ángulo antropológico, incluyendo como puntos de referencia fundamentales las creencias y prácticas locales relacionadas con la atención del embarazo, el parto, el periodo puerperal, así como la función que corresponde al

especialista o partera de la localidad. Además, varios investigadores² han sugerido la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud con arreglo a las categorías siguientes: beneficiosas (elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y “adoptar en el campo de la educación para la salud”);³ inofensivas o neutras (prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que deben ignorarse), perjudiciales, procedimientos que ejercen efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse, e inciertas o neutras (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosos o perjudiciales), lo que dificulta su clasificación. En el caso de esta última categoría es necesario realizar una investigación a fondo, pero mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye. Ahora bien, estas recomendaciones rara vez se han seguido.

A continuación figura una descripción de la función de la partera tradicional y,

¹I. Kelly “An anthropological approach to midwifery training in Mexico”, *J. Trop. Pediat.*, núm. 1, 1956, pp: 200-205

²I. Kelly, op. cit.; D.G. Jelliffe y F. J. Bennett, “World-wide care of the mother and newborn child”, *Clin. Obstet. Gynecol.* núm. 1962, pp. 64-4; C. Williams y D. Jelliffe, *Mother and child health: delivering the services*, Oxford University Press, Londres, 1972; H. W. A. Voorhoeve, “Traditional native and western medicine side by side in tropical countries”, *Trop. Geog. Med.*, núm. 18, 1966, pp. 77-79; P. C. Chen, “An Analysis of customs related to childbirth in rural malay culture” *Trop. Geog. Med.*, núm. 25, 1973, pp.197-204, y M. de Lourdes Verderese y L. Turnbull, *The traditional birth attendant in maternal child health and family planning*, OMS, 1975 (publicación offset núm. 18).

³C. Williams y D. Jelliffe, op. Cit.

utilizando la mencionada estructura, un análisis de ciertas prácticas y programas de capacitación en obstetricia de México y Guatemala, considerando su efecto sobre esas prácticas.

Examen de las publicaciones

Un examen de las publicaciones realizado anteriormente⁴ reveló la existencia de varias

tropiezan diversos investigadores para obtenerla, en especial los antropólogos del sexo masculino que se sirven para ello de informantes de su mismo sexo. No obstante, ciertos estudios recientes sobre el tema de la atención a partos reflejan un interés creciente,⁵ surgido a consecuencia de una serie de factores: la difusión de los programas de atención de la salud maternoinfantil y las tentativas para reducir las tasas de mortalidad de la madre y el niño;



(6)

descripciones etnográficas de las prácticas y creencias con respecto al parto, sin embargo, se encontró que eran muy pocos los estudios sobre la función de la partera indígena y los programas de capacitación en obstetricia o sobre los efectos de esos programas en la atención tradicional a partos o en la salud maternoinfantil. Una explicación de esta falta de información es la dificultad con que

⁴ S. Cosminsky, "The role of the midwife in Middle America", Actas, Congreso Internacional de Americanistas, INAH, México, septiembre de 1974, y Cosminsky, "Cross-cultural perspectives on midwifery", en F. Grolling y H. Haley (comps.), *Medical anthropology*, Mouton, La Haya, 1976.

⁵ M. Verderse y L. Turnbull, op. cit.; B. Jordan y N. Fuller, "Mother and midwives: contemporary maya indian childbirth practices in Yucatán", trabajo presentado en la Asociación Antropológica Mexicana, 1974; L. Paul, "Recruitment to a ritual role: the midwife in a maya community", *Ethos*, núm. 3, 1975, pp. 449-467; L. Paul y B. Paul, "The maya midwife as sacred specialist", *Am. Ethnol.*, núm. 2, 1975, pp. 707-726; E. Rogers y D. Solomon, *Traditional midwives as family planning communicators in Asia*, East-West Communication Institute, Honolulu, 1975; A. Niehof y A. Haysir, *Family planning project*, Universidad Estatal de Leyden, Indonesia, 1975 (Serpong Papers, num. 25), y E. Boer, "Integration of traditional midwives in family planning", trabajo presentado en la 75 Reunión de la Asociación Americana, Washington, noviembre de 1976.

el empleo o la incorporación de parteras tradicionales en los programas de planificación familiar; el interés creciente en el estudio de las funciones de la mujer, y las dudas que suscitan ciertas prácticas obstétricas y ginecológicas occidentales, especialmente algunas de las que se emplean en Estados Unidos.

Haire⁶ hizo un estudio comparado de las técnicas y procedimientos obstétricos en los países que acusan tasas de mortalidad infantil inferiores a las correspondientes a Estados Unidos, nación que en este aspecto ocupa el 17º lugar del mundo. La propia autora sugiere que las parteras muy bien preparadas constituyen una importante fuente de atención obstétrica para las mujeres normales en países que exhiben una tasa baja de mortalidad infantil. Al parecer, el apoyo emocional ofrecido a las madres durante el periodo prenatal y el parto va acompañado de una disminución de la angustia y el temor y de una necesidad de intervención obstétrica y de medicación durante el parto propiamente dicho.⁷

Asimismo, parece ser un factor menos en la mortalidad neonatal y en la atención de mejor calidad.⁸ Ciertas prácticas obstétricas norteamericanas como la posición supina o ginecológica en el parto, la separación de la madre de su familia, el empleo de fórceps, los posibles efectos patológicos de la inducción química del parto y episiotomías habituales

se están poniendo en duda, y criticando tanto por los profesionales como por el público de Estados Unidos.⁹ Algunas de esas prácticas, como la posición supina en el parto, se están fomentando como parte de varios programas de adiestramiento en otros países. Es indispensable considerar la cuestión de cuáles son las clases de prácticas y enseñanzas en materia de obstetricia más benéficas en lugares en que se observan elevadas tasas de nacidos muertos y mortalidad perinatal, infantil y materna.

La función de la partera

En muchas de las comunidades hispanoamericanas, la partera (comadrona o empírica) asiste a la parturienta durante la gestación, el parto y el periodo puerperal. Si bien la mayoría de los mexicanos-norteamericanos y muchas mexicanas tienen los hijos en el hospital, la partera sigue aconsejándolas, y desempeña importantes funciones prenatales y posnatales. La partera tradicional o indígena suele ser una mujer de cierta edad (40 años o mayor) y goza

⁶D. Haire "The cultural warping of childbirth", International Childbirth Education Association News, 1972

⁷D. Haire, op. cit. y D.G. Fairs "Relieving pain and discomfort in labour: the role of the midwife", Nurs Times, núm. 62, 1966, pp. 599-600

⁸B. Levy, et al., "Reducing neonatal mortality rates with nurse-midwives", Am. J. Obstet. Gynecol., núm. 109, 1971, pp. 50-58.

⁹D. Haire, op. cit.; S. Arms, *Inmaculate deception*, Houghton Mifflin, Boston, 1975

de gran respeto por sus conocimientos que pueden ser obstétricos y rituales. Generalmente adquiere sus conocimientos mediante el aprendizaje con otra partera o por experiencia propia y, a menudo, en respuesta a un llamamiento sobrenatural, sueños o visiones. Así pues, su formación difiere considerablemente de la enseñanza médica oficial de tipo occidental.

Los conocimientos y la comprensión que posee forman parte de su ambiente sociocultural, de la misma manera que las prácticas obstétricas occidentales corresponden a una estructura cultural mayor, basada en otros valores y organizadas de diferente manera. Comparte con su clienta el mismo idioma, conceptos corporales, valores y goza de la confianza de ella y de sus familiares. Puesto que normalmente la comadrona es una mujer, la parturienta se siente con más libertad para explicarle cualquier problema cuando la examina, que si la atendiera un tocólogo; también se recurre con frecuencia a la partera para que aconseje respecto a los abortos. La partera examina externamente la posición del niño, da masajes a la madre, ofrece consejos e instrucciones y, a veces todo ello va acompañado de un ritual.

La continuidad de la atención y el apoyo durante la gestación, el parto y el puerperio pueden también contribuir a mitigar las angustias de la mujer.

Si bien es cada vez mayor el número de partos hospitalarios, los nacimientos en el hogar atendidos por una partera siguen siendo comunes y preferidos en muchos lugares. En contraste con la posición horizontal o supina durante el parto, utilizada en los hospitales de Estados Unidos, se emplea con frecuencia la posición de rodillas o en cuclillas. Aunque la posición supina permite al tocólogo o a la partera ver más fácilmente al niño, puede resultar más difícil para la madre, pues contrarresta la fuerza de gravedad, obligándola a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al niño. Además, la posición vertical va acompañada, generalmente, de una distensión progresiva de los tejidos, lo que puede facilitar el parto. El doctor Caldeyro-Barcia, director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, y presidente de la Federación Internacional de Ginecólogos y Tocólogos, considera que “la posición supina es la peor posición concebible para la mujer en todo el proceso del parto, salvo la de estar colgada por los pies”.¹⁰

Sin embargo, los programas de adiestramiento obstétrico continúan

¹⁰ R. Caldeyro-Barcia, citado por S. Arms, en op. cit., p. 83.

fomentando la práctica de la posición supina y condenando a la posición tradicional. Una partera que había participado en uno de esos cursos advirtió a las mujeres gestantes a las que visitaba, y que habían dicho que preferían la posición de rodillas, que no las atendería si no se colocaban en posición supina.¹¹ Esta actitud podría también intensificar la tensión emocional y la ansiedad de la madre y dar lugar a un parto más difícil. Otras parteras observadas parecían ser más flexibles: sin dejar de fomentar la posición supina, tal como se les enseñó en los cursos de capacitación, por lo común permitían a la paciente la posición que prefería y le resultaba más fácil, que generalmente era la de rodillas. El esfuerzo mayor que debe hacerse para expulsar al niño



(3)

aumenta a su vez la necesidad de interferencias químicas o instrumentales y episiotomías.¹²

El personal médico debe darse cuenta de que esta práctica refleja un complejo cultural, desarrollado en un contexto occidental relacionado con la tecnología médica, la “medicalización” del parto, interferencia química en todo el proceso del parto, el valor atribuido a la eficacia, la relación jerárquica paciente-médico y la conveniencia del tocólogo.¹³ En las familias rurales que no disponen de instalaciones especiales ni de modos auxiliares tecnológicos, la posición horizontal puede dificultar el parto y crear más ansiedad. Así pues, se condena y elimina una práctica tradicional beneficiosa, a favor de otra cuyas ventajas no han sido demostradas, se están poniendo muy en duda y, en realidad, pueden ser más perjudiciales.

El baño del puerperio

El baño del puerperio y el empleo del calor, en forma de baño caliente en agua de hierbas o de vapor, es una práctica común en los países hispanoamericanos.

¹¹G. Pérez Ramírez, “Parteras empíricas: la primera evaluación”, *El Médico*, núm. 25, 1975, pp. 40-43.

¹²NO. Newton, “Birth rituals in cross-cultural perspectives: some practical applications”, en: D. Raphael (comp.), *Being female: reproduction, power and change*, Mouton, La Haya, 1975.

¹³B. Jordan y N. Fuller, op. Cit.

Se considera parte de una serie de restricciones y actividades dietéticas y del comportamiento que constituyen lo que se denomina la dieta. Kay¹⁴ señala que constituye también un rito. También se utiliza el baño de sudor después del parto en numerosos lugares de México y Guatemala, si bien esta práctica ya ha sido abandonada en algunas comunidades.¹⁵ El baño tiene las ventajas no sólo de la higiene física sino también de la limpieza ritual, así como del apoyo y atención emocional psicológico. Las parteras alegan que el baño aumenta la lactación, evita el “enfriamiento”, protege a la mujer de un aire, mitiga los dolores posnatales y promueve la curación. El número de baños posnatales varía de varios a uno al final del periodo puerperal restringido (que puede ser de una semana a 40 días). El personal médico occidental en particular se ha opuesto al baño de sudor por su efecto debilitante y como posible causa de hemorragias, pero no se ha efectuado ningún estudio que corrobore esta opinión. Por otro lado se han investigado los posibles efectos favorables que las parteras atribuyen al baño de sudor.

Las hierbas

Con frecuencia se administran a las embarazadas hierbas e infusiones especiales, tanto en el caso de un parto prolongado y

laborioso como para calmar los dolores puerperales.¹⁶ Algunas de estas hierbas, como el *cihuapatle* (*Montanoa tomentosa*) empleada por los aztecas y muchos mexicanos de hoy, han demostrado ser eficaces y causar efectos oxitócicos.¹⁷ Cuando se usan en exceso estas hierbas pueden causar lesiones al útero y al feto¹⁸ que, junto con la supuesta ignorancia de las parteras, es la razón de que hayan sido desautorizadas por los médicos. Madsen¹⁹ da cuenta de que en Tepepan, México, las parteras no administran ninguna medicina herbaria para activar el parto porque los médicos les han advertido que una dosis excesiva podría matar a la madre y al niño. En cambio los tocólogos y farmacéuticos prescriben el empleo de medicinas patentadas incluidos oxitócicos, anestésicos y analgésico, muchas de las cuales ejercen efectos también desconocidos o potencialmente nocivos sobre los fetos²⁰ Las parteras emplean cada vez más medicinas de patente, que les han sido dadas a conocer en los programas de capacitación.

¹⁴M. Kay, “Pospartum bath: a rite of pasaje”, trabajo presentado en The American Association for the Advancement of Science, Rock Mountain Division, 1967.

¹⁵L. Paul, op. cit., y C. Madsen, A study of changes in mexican folk medicine, Middle American Research Institute, Universidad de Tulane, Nueva Orleans, 1965, pp. 89-138.

¹⁶S. Cosmisnky, op. cit.

¹⁷G. Schendel, Medicine in Mexico, Universidad de Texas, Austin, 1968, y B. Ortiz de Montellana, “Empirical azteca medicine”, Science, vol. 188, núm. 4185, 1975, pp. 215-216

¹⁸M. Fernández, “Parteras empíricas mazahuas: rol tradicional y relaciones con la medicina occidental”, Actas, Congreso Internacional de Americanistas, INAH, México, septiembre de 1974

¹⁹C. Madsen, op. cit.

²⁰D. Haire, op. cit. y S. Arms, op. Cit

Si bien tanto las hierbas como las medicinas cuando se utilizan en cantidades excesivas pueden resultar nocivas o causar efectos secundarios, si se usan en la medida adecuada pueden resultar medicamentos eficaces. Es necesario adentrarse más en la investigación y análisis de esas hierbas. A pesar de las dificultades que encierran, podrían determinarse científicamente las dosis apropiadas y emplear las prácticas tradicionales (en lugar de desautorizarlas totalmente) en beneficio de la madre y el hijo.

La familia

En la práctica médica moderna, a menudo se ignora la importancia que reviste la familia en el proceso de parto. El niño ejerce un evidente efecto sobre la estructura familiar, no sólo en los lugares en que el parto en el hogar es lo común sino en cualquier comunidad. Entre los hispanoamericanos, la familia normalmente participa en todas las fases de la gestación. En el periodo prenatal, la embarazada, especialmente si es primípara, pide consejo a su madre o a otro familiar de cierta edad, como parte del sistema popular de referencia. Cuando acude a un consultorio o al médico, suele ir acompañada de un familiar o una amiga (sin embargo, la partera por lo común, atiende a domicilio). En muchas comunidades de México y Guatemala, el padre y los familiares

de sexo femenino presencian y asisten al parto, lo que contrasta marcadamente con el acostumbrado aislamiento de los partos hospitalarios.²¹ Durante el puerperio se supone que los niños mayores han de ayudar a su madre, y los parientes y padrinos acuden a la casa, llevan el caldo de pollo y ayudan en los quehaceres domésticos.

Los masajes

La partera puede administrar masajes en cualquier fase de la gestación y, si se aplican con suavidad y firmeza resulta beneficioso, en cambio un procedimiento brusco podría ser perjudicial. El simple contacto físico, suave, de la partera ayuda a tranquilizar a la madre. Casserly, un partero, señala que los masajes durante el parto mantienen la circulación de la sangre, permiten la relajación de la musculatura pélvica y evitan las rasgaduras externas e internas; asimismo promueven la secreción de la hormona relaxina que da flexibilidad a los ligamentos y músculos, con la consecuente reducción de las posibilidades de que se rasgue el peritoneo.²²

El cordón umbilical

El cordón umbilical normalmente se corta

²¹S. Cosminsky, "The role of...", op. cit.

²²"Mister midwife of San Diego", *Prevention Magazine*, 1972.

después de la expulsión de la placenta, en contraste con la práctica común en Estados Unidos. Las parteras creen que si el cordón se corta antes el niño no sobrevivirá. Independientemente de las razones a que se debe la práctica, es probable que resulte beneficiosa en el sentido de que garantiza un mayor suministro de sangre y oxígeno para el niño. Si el cordón se corta antes de que deje de latir, se cierra la afluencia de sangre esencial.

cera caliente de velas. Se podría hacer una investigación para determinar si existe alguna diferencia en la incidencia de tétanos o en la mortalidad en una zona en que distintas parteras emplean ambos métodos o en que las propias parteras hayan modificado las técnicas. La cauterización seca y esteriliza el cordón.

En los lugares en que resultan difíciles las condiciones de asepsia, esa práctica es



(5)

Algunos de los métodos tradicionales de cortar y curar el cordón, como el de cauterizarlo con la llama o una navaja caliente, han sido objeto de críticas por parte del personal médico. En los programas de adiestramiento se enseña a las parteras a emplear tijeras desinfectadas y alcohol.

González y Béhar²³ señalan que en ciertas zonas de Guatemala apenas ocurren casos de tétanos del recién nacido, gracias a la práctica de cauterizar el cordón y aplicar la

beneficiosa, de fácil adaptación y probablemente mejor que el empleo de alcohol exclusivamente, que desinfecta temporalmente el cordón pero lo deja húmedo, con lo cual se facilita la proliferación de bacterias. Se observó a una partera de Guatemala que combinaba ambas

²³N. S. González y M. Béhar, "Child-rearing practices, nutrition, and health status", *Milbank Mem. Fund. Q.*, núm 44, 1966, pp. 77-96.

prácticas, es decir, cauterizaba el cordón con la llama de una vela, aplicaba alcohol y mertiolato al muñón, lo espolvoreaba con talco y luego lo cubría con una tela blanca.

Esta combinación (más que una sustitución) es probablemente el mejor procedimiento, y debería considerarse la adopción de combinaciones semejantes para los programas de adiestramiento.

El pudor

El valor que se da al pudor (vergüenza, modestia) constituye un importante factor que puede afectar a la ansiedad de la paciente y su comunicación con el médico durante todas las fases del proceso del parto.²⁴ La sociedad enseña a las muchachas a ser pudorosas, y sienten vergüenza o turbación cuando no se siguen las normas de la modestia. El examen de un médico, especialmente el reconocimiento ginecológico y obstétrico, y las preguntas acerca de la gestación y las relaciones sexuales crean situaciones embarazosas. La falta de intimidad y la desnudez durante esos exámenes pueden provocar angustia.

Las mujeres se sienten también incómodas al formular preguntas sobre el embarazo o al pedir aclaraciones al médico. El personal de salud debe saber percibir la importancia de ese valor. Así pues, hay que permitir cierta intimidad a la mujer cuando se desviste y

facilitarle alguna prenda con que cubrirse.

En la medida de lo posible para los reconocimientos y exámenes de las clientes hispanoamericanas hay que utilizar para las entrevistas enfermeras, parteras, enfermeras obstétricas y médicos del sexo femenino. Puesto que generalmente las mujeres no pueden conseguir médicos de su mismo sexo (si bien ahora ya van aumentando), algunas de ellas se sienten menos incómodas si eligen a un médico de edad avanzada, al que identifican menos con el sexo contrario y lo respetan más.

La teoría de lo caliente y lo frío

Muchos hispanoamericanos clasifican los alimentos, las medicinas y las enfermedades en calientes, frías y templadas.²⁵ Estas categorías indican propiedades innatas de las sustancias, a menudo juzgadas por el efecto que ejercen sobre el organismo humano o su exposición al sol, al agua o a la temperatura física, por ejemplo, las sustancias frías producen gas y las calientes hacen sudar o sentir calor. Un organismo sano es el que está

²⁴S. Scrimshaw, "Women's modesty: one barrier to the use of family planning clinics in Ecuador", en J. Marshall y S. Polgar (comps.), *Culture, natality and family planning*, Carolina Population Center, Chapel Hill, 1976.

²⁵G. Foster, *Culture and conquest*, Quadrangle Books, Chicago, 1960; M. Logan "Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine", *Hum. Organiz.*, Núm. 32, 1973, pp. 385-395, y S. Cosminsky "Changing food and medical beliefs and practices in a Guatemalan community", *Ecol. Food Nutr.*, núm. 4, 1975, pp. 183-191.

bien equilibrado; la enfermedad se debe al exceso de calor o de frío dentro del cuerpo. El tratamiento se basa en un principio de oposición. Las enfermedades calientes se tratan con sustancias frías o templadas y se evita los extremos. Los alimentos o medicinas nuevos deben incorporarse de manera progresiva en el sistema.

Se considera que la mujer gestante se encuentra en un estado muy caliente. En consecuencia debe evitar ciertos alimentos y medicinas que pueden ser irritantes para ella o para el feto. Harwood²⁶ informa de que ciertas puertorriqueñas de Nueva York no quieren tomar suplementos de hierro porque están clasificadas como calientes. Una posible solución a este problema consiste en “neutralizar” la prescripción tomando el hierro con una sustancia fría, como el jugo de fruta.

Después del parto, la mujer se encuentra en un estado frío, y debe permanecer bien abrigada y tomar alimentos calientes o templados. Se supone que ha de evitar las sustancias frías, pues existe la creencia de que éstas impedirían la circulación de la sangre y la lactación, y además enfriarían la leche, lo que sería perjudicial para el lactante. Comparten estas creencias incluso mujeres que tienen los hijos en el hospital. Si la comida hospitalaria no coincide con sus restricciones dietéticas puede ocurrir que la mujer la rechace o que por lo menos esta

circunstancia le cause ansiedad. Algunas de estas restricciones durante la gestación y la lactancia como la prohibición de consumir ciertos alimentos fríos, entre ellos algunas verduras, huevos y otras sustancias proteínicas pueden ser nocivas. Por otro lado, algunas son beneficiosas, como la de comer caldo de pollo y verduras clasificadas como “calientes”. El caldo de pollo es nutritivo y al mismo tiempo el pollo en sí es un alimento ritual que marca una crisis de la vida y un cambio de estado.

El médico o la enfermera han de tratar de comprender el concepto local de la clasificación de frío y caliente. Determinados alimentos se clasifican de



(3)

²⁶A. Harwood, “The hot-cold theory of disease: implications for treatment of puerto rican patients”, JAMA, núm. 216, 1976, pp 1153-1158.

distintas maneras según el individuo y la comunidad. El tratamiento probablemente será más satisfactorio si se comunica dentro de la tradición de la paciente y con respeto a sus propias creencias. En realidad, muchas de las clasificaciones pueden respaldar el régimen prescrito por el médico, en lugar de oponerse a él, y así deben emplearse. En caso de contradicción, se puede recurrir a la “neutralización”, por ejemplo, mezclar un alimento “caliente” con otros “fríos”, o viceversa, a fin de acomodar una determinada práctica.

Programas de adiestramiento

Kelly²⁷ sugiere que los principales campos en que la partera indígena necesita adiestramiento son los siguientes: principios fundamentales de higiene y asepsia; consejos y cuidados prenatales y posnatales, e identificación de casos más allá de sus conocimientos que, si es posible, deben ser enviados al médico. Se destaca también la necesidad de que en los programas de adiestramiento se tengan en consideración las creencias y prácticas locales. Casi todos los programas han incorporado los tres primeros de estos aspectos; sin embargo, de ellos, pocos han tenido en cuenta la cultura local, salvo en tratar de cambiar las prácticas que el personal médico del programa considera potencialmente perjudiciales. Los gobiernos de México y Guatemala,

reconociendo la importante función que desempeña la partera y la escasez de instalaciones hospitalarias y tocólogos, han patrocinado varios programas de esta naturaleza. En 1973 se inició la primera fase de un nuevo curso de adiestramiento en México: esta fase consistía en que grupos de parteras realizaran visitas de cinco días a la ciudad de México; la segunda fase se desarrolló en varios centros de salud de diferentes estados. En junio de 1974, habían participado en esos cursos, que incluían también información sobre la planificación de la familia, 7 762 parteras. Una de las parteras diplomadas afirmaba que ya aconsejaba a las madres que comieran toda clase de alimentos, a diferencia de antes, que les advertía que no debían consumir cerdo ni alimentos “fríos”. Asimismo advertía a las mujeres que debían colocarse en posición supina para el parto, pues si se colocaban de rodillas como era su costumbre no las asistiría. Al terminar el curso, la partera recibía un estuche que contenía una bata, un tapabocas y otro material, más un certificado de promotora de salud.²⁸

Fernández²⁹ examina uno de esos programas llevados a cabo en el sector mazahua, en México. Se exigía a todas las parteras la prestación previa de servicios durante tres años, porque así ya contaban con la aceptación de sus respectivas comunidades.

²⁷I. Kelly, op. Cit.

²⁸G. Pérez, op. cit.

²⁹B. Ortiz de Montellana, op. Cit

El curso, que duró dos semanas, se ofreció en el centro regional de salud, con la asistencia de 100 parteras, quienes recibían como incentivo 50 pesos diarios (cuatro dólares), además se les proporcionaba gratuitamente alojamiento y alimentos. El plan de enseñanzas se concentraba en la anatomía y fisiología del parto y el embarazo, conceptos de asepsia, identificación de las limitaciones de las parteras y envío de los casos anormales o con complicaciones a los servicios hospitalarios o al médico, nutrición maternoinfantil y atención del recién nacido. Puesto que el curso se ofreció en español, varias de las parteras no lo entendieron muy bien. Sin embargo las parteras indígenas manifestaron sus deseos de asistir a otro curso semejante, en su propia lengua, mazahua, aún sin ninguna remuneración.³⁰

El doctor Arias Huerta,³¹ subdirector de la División de Salud Maternoinfantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, ha puesto de relieve la importante función que pueden desempeñar las parteras “empíricas” como promotoras de la salud maternoinfantil y, en consecuencia, la necesidad de desarrollar programas de adiestramiento encaminados a mejorar sus conocimientos teóricos y prácticos. El propio autor hace hincapié en el personal médico y, “por encima de todo, debe enseñar concretamente lo que no se debe hacerse”.

El gobierno de México ha emprendido

también programas para utilizar a las parteras tradicionales en actividades de planificación familiar. Rogers,³² quien ofrece varias sugerencias sobre campos que requieren investigación, resume la importancia de estos programas de selección, adiestramiento, sistemas de recompensa y supervisión. Muchas de las parteras en servicio activo, especialmente en el medio rural, son analfabetas, hablan sólo su lengua indígena y tienen más de 40 años. Los requisitos para las parteras deben ajustarse a la realidad. Las de edad más avanzada gozan de mayor respeto de la comunidad y asisten a un mayor número de partos. Es muy poco lo que se ha hecho para la planificación, ejecución y evaluación de los programas.

La celebración de cursos de adiestramiento en partos, patrocinados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala data por lo menos de 1952. La entrevista de un grupo de parteras tradicionales que había participado en los cursos reveló varios inconvenientes: muchas de las asistentes tomaron el curso ya que si no lo hacían serían encarceladas o multadas; el curso tuvo una duración excesiva (en un caso las clases ofrecidas dos veces al mes se prolongaron durante más de un año); los gastos corrían a cargo de las alumnas (bata, guantes, báscula) así como el transporte; el idioma (las parteras hablaban

³⁰Ibid.

³¹J. Arias Huerta, “El papel de la empírica como promotora de salud maternoinfantil”, trabajo presentado en la Conferencia Nacional de Salud, México, 1973.

³²E. Rogers y D. Solomon, *op. cit.*



(3)

quiché) utilizado fue el español, si bien se facilitó un intérprete. La instrucción propiamente dicha se refería al procedimiento adecuado para lavarse las manos, el empleo de ropa blanca limpia, desinfección de las tijeras, cálculo del tiempo del parto, prevención de los esfuerzos precoces para la expulsión del niño, emplear la posición supina, evitar el empleo de hierbas, cortar el cordón de manera adecuada, inmediatamente antes de la expulsión de la placenta, el uso de alcohol en el cordón en lugar de la cauterización, prohibición de baños de sudor después del parto y asegurarse de que la dieta de la madre estuviera bien equilibrada (no se hizo tentativa alguna para acomodar la dieta a las creencias de los alimentos “calientes” y “fríos”).

Las parteras también recibieron instrucciones en el sentido de enviar al médico o al hospital cualquier caso de posibles complicaciones, como la



(4)

presentación transversa o de nalgas del feto, los partos múltiples, el parto demorado y las hemorragias.

El gobierno de Guatemala ha iniciado un nuevo programa de adiestramiento que se diferencia de los que acabamos de describir en que se invita en un momento determinado a la mujeres que estén interesadas, pero principalmente a las parteras locales de un pueblo u hospital más cercano (generalmente en la capital del departamento) donde reciben el equivalente de dos dólares por día, alimentos y alojamiento mientras dura el cursillo; al terminar el curso, cada partera recibe una bolsa que contiene instrumentos, apósitos y antisépticos, así como una licencia de partera. Como en los cursos anteriores se usó el idioma español, independientemente de la lengua materna de las parteras. En la instrucción se destacan esencialmente los mismos aspectos: la asepsia y la higiene, el parto en posición supina, el envío al médico o

al centro local de salud de los casos complicados, la nutrición materna y la crítica de la mayoría de las prácticas tradicionales.

Además, la partera aprende a llevar a sus clientas al centro de salud para la atención prenatal; si bien este procedimiento es beneficioso para las mujeres que viven cerca del centro, en muchos casos no es práctico debido a las distancias que hay que recorrer y al costo o la falta de medios de transporte. Después de terminar el cursillo las parteras se reúnen de vez en cuando con el personal médico de su pueblo y discuten los problemas que les han planteado sus clientas. Por ejemplo, una partera estaba convencida de que la retención de la placenta fue debida a que la madre se encolerizó (es decir, se enfermó a causa de la cólera); el médico le explicó el problema en función de la desnutrición de la madre.

Ciertas misiones religiosas han patrocinado otros programas. Las enfermeras del centro de salud de la misión católica de Santa Lucía, Utatlán, Guatemala, ofrecieron en 1974 un curso en cinco meses para adiestrar a parteras nuevas. Las enseñanzas consistían en grupos de 20 disertaciones presentadas en español y traducidas al quiché, con una sesión complementaria de repaso celebrada una vez al mes. Sin embargo, la población local no tenía mucha confianza en siete de las 18 mujeres que siguieron el curso y recibieron la licencia de parteras: ninguna de ellas era partera tradicional o empírica;

ninguna había asistido todavía un parto, ni realizado prácticas de observación de partos, ni tampoco había actuado de ayudante ni poseía experiencia clínica, salvo las observaciones en el consultorio prenatal.

Al igual que los demás, este programa insistía en la posición supina en el parto (porque así la partera podía ver mejor y se evitaba el peligro de que el niño cayera de cabeza contra el suelo, lo que podía causarle lesiones cerebrales); la desautorización de las hierbas y baños de sudor; la higiene del hogar de la paciente al prepararse para el parto, y el envío de ciertos casos al médico y al centro local de salud (una partera explicó que, en el caso de complicaciones, “la monja nos dijo que llamáramos al médico o que mandáramos a la mujer al hospital”, que está a una distancia de 30km). Las críticas de las prácticas tradicionales y la imposición de las de tipo occidental caracterizaban al curso entero.

Todos estos programas de adiestramientos indican que en los últimos 25 años ha variado muy poco el contenido de los cursos de atención de partos (salvo la incorporación de la planificación de la familia en los programas recientes de México) o la manera de presentarlos (generalmente disertaciones con algunas demostraciones). Ninguno de ellos revela cierta conciencia o consideración de las prácticas y creencias locales relativas al parto, ni de los métodos tradicionales de adiestramiento, como el aprendizaje, ni tampoco se trata de hacer ninguna

adaptación. En general, todos ellos manifiestan una actitud negativa frente a las prácticas tradicionales, sin tener en cuenta los posibles efectos beneficiosos o demostrar los perjudiciales. A pesar de que se ha sugerido la utilización de la antropología en los programas de adiestramiento, especialmente cuando se trata de las costumbres locales y el contexto social,³³ hasta la fecha nada se ha hecho.

Los programas de adiestramiento han ejercido un efecto ambiguo sobre la situación de la partera. Fernández³⁴ informa que el programa del sector mazahua en México dio más prestigio a muchas de las parteras tradicionales en el seno de la comunidad.

Además, las técnicas modernas y las medicinas que emplea pueden aumentar las posibilidades de un parto satisfactorio. Sin embargo, la medicina occidental puede también rebajar la condición de la partera indígena. El personal hospitalario, los médicos especialistas y las instructoras tienden a asignarle una categoría baja, considerándola ignorante, supersticiosa y peligrosa³⁵, aunque goce del respeto local.

La partera adquiere una mayor dependencia de la medicina occidental cuando recibe instrucciones de utilizar remedios patentados en lugar de hierbas y de enviar al médico los casos con complicaciones.

A medida que aumenta esta dependencia disminuye su autoridad y la hace dudar de su propia idoneidad. Mongeau, quien realizó un estudio entre parteras empíricas que habían participado en programas gubernamentales de adiestramiento en el sur de Estados Unidos, presenta información a ese respecto.³⁶ La condena de las prácticas tradicionales y las actitudes etnocéntricas por parte de numerosos miembros del personal médico frente a la cultura de la partera pueden disminuirle también su amor propio y la imagen que se ha formado de sí misma, con la consecuente pérdida de confianza.

La condición más elevada de ese personal, y su poder para conceder o retener la licencia para ejercer la profesión, aumenta las presiones. “Cualquier método de comunicación debe aplicarse de manera que no menosprecie la inteligencia de la partera tradicional.”³⁷ Por añadidura, la instructora:

“debe preparar por todos los medios que los procedimientos establecidos no presenten amenazas importantes para la autoestima ya vacilante de las parteras tradicionales. Ello puede lograrse evaluando en forma debida la cantidad y contenido de la información

³³I. Kelly, *op. cit.* y M. Verderese y L. Turnbull, *op. Cit.*

³⁴M. Fernández, *op. cit.*

³⁵G. Schendel, *op. Cit.*

³⁶B. Mongeau, H. L. Smith y A. Maney “The “grany” midwife changing roles and functions of a folk practitioner”, *Am. J. Soc.*, núm. 66, 1961, pp. 497-505.

³⁷M. Verderese y L. Turnbull, *op. Cit.*

que se ofrezca a estas personas, a fin de que no fracase, en especial las primeras tentativas”.³⁸

Conclusión

En muchos lugares, los médicos y los recursos para la atención del parto son escasos o están mal distribuidos. Hay una necesidad apremiante de formar personal auxiliar capacitado y establecer otros métodos de atención durante el proceso del parto, en los que se puede utilizar como base al personal tradicional y la cultura. La evaluación de las prácticas locales debe incorporarse en los programas de adiestramiento.

Es preciso continuar e incorporar en los programas, con el respaldo del personal médico, ciertas prácticas beneficiosas, incluida la posición vertical en el parto, la cauterización del cordón umbilical, los masajes suaves, el baño después del parto, el amamantamiento y ciertas prácticas dietéticas, como el consumo de caldo de pollo. Las prácticas neutras o inofensivas, como el ritual al deshacerse de la placenta y el cordón umbilical o las oraciones y ceremonias para la protección contra el mal, deben ignorarse, ya que no ejercen ningún efecto médico negativo. Por otro lado, estas prácticas pueden tener efectos psicológicos y sociales que calmen la angustia de la madre, facilitando así el parto o un rápido establecimiento.



(6)

En cambio, ciertas prácticas nocivas, como el empleo de instrumentos cortantes o trapos sucios o contaminados para el cordón, y ciertas restricciones dietéticas prenatales y posnatales deben corregirse mediante la educación, el adiestramiento y las demostraciones en lugar de recurrir a una franca oposición. Las prácticas de efecto indeterminado, como el empleo de ciertas hierbas, deben ser investigadas con más detenimiento, pero sin condenarlas hasta obtener pruebas concluyentes de sus efectos nocivos.

³⁸Ibid

La introducción de cambios en determinados aspectos de las prácticas obstétricas, principalmente la asepsia y la higiene, pueden contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad infantil y a mejorar la salud materno-infantil. Hay que procurar con todo empeño que no se abandonen unas prácticas beneficiosas a favor de otras perjudiciales.

Se debe poner de relieve que existen ciertas limitaciones y dificultades inherentes para el análisis del empleo de las prácticas beneficiosas, nocivas e inofensivas. Los diversos criterios que se emplean para hacer la evaluación de dichas prácticas pueden ser subjetivos y adolecer de ciertos prejuicios. Por ejemplo, la autora considera, por razones ya expuestas en este trabajo, que la posición tradicional de rodillas durante el parto es beneficiosa. Por otra parte, Kars, en un estudio sobre parteras okamba realizado en Kenia, clasifica la posición como neutra.³⁹

Por lo general, la evaluación se basa en normas derivadas del modelo biomédico occidental. Aun así, los criterios varían y pueden incluir la salud de la madre, la salud del niño, mortalidad diferencial y la comodidad del tocólogo. Hay en realidad pocas prácticas que puedan clasificarse sobre bases absolutas (tal como la contaminación de los instrumentos cortantes); casi todas son, relativamente, más o menos beneficiosas o perjudiciales en comparación con otras.

Los programas de adiestramiento se basan en una estructura biomédica que contrasta notablemente con el concepto tradicional sobre el embarazo y el parto. El hospital pone de relieve el ambiente estéril, las formalidades, las relaciones impersonales y la eficacia tecnológica. Por lo común, el parto va acompañado de anestesia, medicación, inducción de los trabajos de parto, rasuración de la región vaginal y episiotomías habituales. En realidad, algunas de estas prácticas pueden aliviar los dolores en el parto. Asimismo, promueven un parto mejor y más rápido y facilitan la labor del tocólogo, pero no son médicamente esenciales. Por otro lado, la presencia de elementos extraños, como los ambientes estériles, los aparatos, el aislamiento de la paciente y la separación de la familia, la impersonalidad y el predominio de los tocólogos, pueden intensificar la ansiedad de la mujer y contribuir a que el parto sea más difícil, lo que a su vez puede aumentar la necesidad de medicación.

Es preciso incorporar en los programas de adiestramiento de atención del parto, así como en las enseñanzas para los médicos, enfermeras y parteras que prestan servicios de instructores en esos programas, una conciencia y sensibilidad de las diferencias

³⁹C. Kars, "The use of modern and traditional forms of maternity care among the okamba in Kenya", tesis, Universidad de Leyden, Países Bajos, 1974.

culturales en las características del proceso del parto y la incorporación de los conceptos de adaptación biológica y cultural, etnocentrismo y relativismo cultural en el adiestramiento médico podría resaltar algunos de los valores culturales, y podría compensar la actitud de condescendencia frente a la cultura tradicional que predomina en estos programas.

Son muy pocos los estudios de evaluación realizados sobre las prácticas de atención de partos o sobre programas de adiestramiento. Los que han evaluado esas prácticas⁴⁰ solo han considerado los efectos físicos medidos por las tasas de mortalidad y morbilidad. Debe considerarse también el aspecto social y económico, de tipo emocional o afectivo. La antropología médica puede desempeñar un importante papel en el establecimiento de una serie de criterios más amplios, con lo que se pueden evaluar estas prácticas.

Además de las sugerencias de Kelly antes mencionadas,⁴¹ en un enfoque antropológico debería considerarse también el valor de las creencias y prácticas, masajes, oraciones y rituales, selección y validación sobrenatural, aprendizaje, señales de nacimiento y presagios para mitigar (o aumentar) las ansiedades de la madre, prestación de apoyo social y servir de medida de control social.

Si bien estas prácticas a menudo son

consideradas por el personal médico occidental como problemas que deben eliminarse, no constituyen simplemente supersticiones, sino tentativas para hacer frente a la crisis biológica del parto. Tienen varios propósitos y están relacionadas con otros aspectos de la estructura social. Una perspectiva antropológica integral debería destacar esas relaciones y sus efectos sobre la salud materno-infantil.



⁴⁰ P. C. Chen, *op. cit.*; J. Gordon, H. Gideon y J. Wyon, "Childbirth in rural Punjab", *Am. J. Med. Sci.*, núm. 247, 1964, pp. 344-357, y Gordon, Gideon y Wyon, "Midwifery practices in rural Punjab", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, núm. 93, 1965, pp. 734-742

⁴¹ J. Kelly, *op. Cit*

Bibliografía

- ARIAS HUERTA, J., "El papel de la promotora empírica como promotora de salud materno-infantil", trabajo presentado en la Conferencia Nacional de Salud, México, 1973
- ARMS, S. *Inmaulade deception*, Houghton Mifflin, Boston, 1975.
- BOER, E. "Integration of traditional midwives in family planning", trabajo presentado en la 75 Reunión de la Asociación Antropológica Americana, Washington, noviembre de 1976.
- COSMINSKY, Sheila, "The role of the midwife in Middle America", Actas, Congreso Internacional de Americanistas, INAH, México, septiembre de 1974.
- "Changing food and medical beliefs and practices in a Guatemalan community", *Ecol. Food. Nutr.*, núm. 4, 1975.
- "Cross-cultural perspectives on midwifery", en F. Grolling y H. Haley (comps.), *Medical Anthropology*, Mouton, La Haya, 1976.
- CHEN, P.C. "An analysis of customs related to childbirth in rural Malay culture", *Trop. Geog. Med.*, núm. 25, 1973.
- FAIRS, D.G. "Relieving pain and discomfort in labour: the role of the midwife", *Nurs Times*, núm. 62, 1966.
- FERNÁNDEZ, M., "Parteras empíricas mazahuas: rol tradicional y relaciones con la medicina occidental", Actas, Congreso Internacional de Americanistas, INAH, México, septiembre de 1974.
- FOSTER, G., *Culture and conquest*, Quadrangle Books, Chicago, 1960
- GONZÁLEZ, N.S. y M. BÉHAR, "Child-rearing practices, nutrition, and health status", *Milbank Mem. Fund. Q.*, núm. 44, 1966
- GORDON, J., H. GIDEON Y J. WYON, "Childbirth in rural Punjab", *Am. J. Med. Sci.*, núm. 247, 1964.
- , "Midwifery practices in rural Punjab", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, núm. 93, 1965.
- HAIRE, D., "The cultural warping of childbirth", *International Childbirth Education Association News*, 1972.
- HARWOOD, A., "The hot-cold theory of disease: implications for treatment of Puerto Rican patients", *JAMA*, núm. 216, 1971.
- JELIFFE, D.G., y F. J. BENNETT, "World-wide care of the mother and newborn child", *Clin. Obstet. Gynecol.*, núm. 5, 1962.
- JORDAN, B., Y N. FULLER, "Mothers and midwives: contemporary Maya Indian childbirth practices in Yucatan", trabajo presentado en la Asociación Antropológica Mexicana, México, 1974.
- KARS, C., "The use of modern and traditional forms of maternity care among the Okamaba in Kenya", tesis, Universidad de Leyden, Países Bajos, 1974.
- KAY, M., "Postpartum bath: a rite of passage", trabajo presentado en The American Association for the Advancement of Science, Rocky Mountain Division, 1967.
- KELLY, I., "An anthropological approach to midwifery training in Mexico", *J. Trop. Pediat.*, núm. 1, 1956.
- LEVY, B., et al. "Reducing neonatal mortality rates with nurse-midwives", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, núm. 109, 1971.

- LOGAN, M., "Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine", *Hum. Organiz.*, núm. 32, 1973.
- MADSEN, C., *A study of changes in mexican folk medicine*, Middle American Research Institute, Universidad de Tulane, Nueva Orleans, 1965.
- MEAD, M., y N. NEWTON, "Cultural patterning or perinatal behavior in child-bearing", en S. Richardson y A. Guttmacher (comps.), *Childbearing-its social and psychological aspects*, Williams and Wilkins, Nueva York, 1967.
- "MISTER MIDWIFE OF SAN DIEGO", *Prevention Magazine*, 1972.
- MONGEAU, B., H. L. SMITH, Y A. MANEY, "The 'granny' midwife: changing roles and functions of a folk practitioner", *Am. J. Soc.*, núm. 66, 1961.
- NEWTON, N. "Birth ritual in cross-cultural perspectives: some practical applications", en D. Raphael (comp.), *Being female: reproduction, power and change*, Mouton, La Haya, 1975.
- NIEHOF, A., Y A. HAYSIR, *Family planning Project*, Universidad Estatal de Leyden, Indonesia, 1975 (Serpong Papers, 25).
- ORTIZ DE MONTELLANA, B., "Empiric aztec medicine", *Science*, vol. 188, núm. 4185, 1975.
- PAUL, L., "Recruitment to a ritual role: the midwife in a maya community", *Ethos*, núm. 3, 1975.
-----, y B. PAUL, "The maya midwife as sacred specialist", *Am. Ethnol.*, núm. 2, 1975.
- PÉREZ RAMÍREZ, G., "Parteras empíricas: la primera evaluación", *El Médico*, núm. 25, 1975.
- ROGERS, E., Y D. SOLOMON, *Traditional midwives as family planning communicators in Asia*, East-West Communication Institute, Honolulu, 1975.
- SCHENDEL, G. *Medicine in Mexico*, Universidad de Texas, Austin, 1968.
- SCRIMSHAW, S., "Women's modesty: one barrier to the use of family planning clinics in Ecuador", en J. Marshall y S. Polgar (comps.), *Culture, natality and family planning*, Carolina Population Center, Chapel Hill, 1976.
- SHAW, N. STOLLER, *Forced labor*, Pergamon Press, Nueva York, 1974.
- VERDERESE, MA. DE LOURDES, Y L. TURNBULL, *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning*, OMS, 1975 (publicación en offset núm. 18.)
- VOORHOEVE, H. W. A., "Traditional native and western medicine side by side in tropical countries", *Trop. Geog. Med.*, núm. 18, 1966.
- WILLIAMS, C., Y D. JELIFFE, *Mother and child health: delivering the services*, Oxford University Press, Londres, 1972.
- WOOLFORK, W., Y J. WOOLFORK, *The great American birth rite*. Dial Press, Nueva York, 1975





24 consejos para la elaboración de programas que tengan en cuenta la diversidad cultural

Fondo de Población de las Naciones Unidas¹

¹ Estos consejos se basan en las investigaciones llevadas a cabo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas sobre la integración de las perspectivas culturales en su programación.
www.unfpa.org

INVIERTA TIEMPO EN CONOCER LA CULTURA EN QUE USTED ESTÁ DESEMPEÑANDO SUS FUNCIONES



Comprender cómo los valores, las prácticas y las convicciones afectan al comportamiento humano es fundamental para elaborar programas eficaces. En ninguna otra parte es más importante esta comprensión que en el campo de las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres y sus efectos sobre la salud reproductiva y los derechos reproductivos.

ESCUCHE LO QUE LA COMUNIDAD TIENE QUE DECIR



Antes de elaborar un proyecto, averigüe qué esperan lograr los miembros de la comunidad. Solicitar sus opiniones sobre diferentes aspectos de un proyecto, desde la estrategia general hasta mensajes concretos de promoción, puede fomentar la aceptación local y crear un sentido de pertenencia con el proyecto.

DEMUESTRE RESPECTO



Esfuércese por mostrar que usted entiende y respeta los papeles y las funciones de los líderes y grupos comunitarios, y evite las actitudes o formulaciones que puedan percibirse como paternalistas.

SEA PACIENTE



Tal vez sea necesario dialogar mucho y fomentar la toma de conciencia para persuadir a los demás para que acepten nuevas formas de pensamiento, especialmente las que ponen en entredicho las convicciones estrechamente vinculadas a la identidad individual y social.

Dedique todo el tiempo que sea necesario a aclarar las cuestiones y abordar cualesquiera dudas. Si no se resuelven las dudas, es posible que vuelvan a surgir más tarde y afecten al progreso.



LOGRE EL APOYO DE LAS ESTRUCTURAS DE PODER A ESCALA LOCAL

Convencer a los que ejercen el poder en una comunidad, trátense de organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de mujeres, líderes religiosos o ancianos, puede ser un primer paso fundamental para ganarse la aceptación a nivel de las comunidades. Asegúrese de que su primer encuentro transmita un mensaje positivo.



FOMENTE LA INCLUSIÓN

La mejor manera de disipar la desconfianza es mediante un proceso transparente de consultas y negociaciones con todas las partes.



PROPORCIONE EVIDENCIAS SÓLIDAS

Utilizando datos basados en evidencias, muestre lo que pueden lograr las intervenciones programáticas, como salvar la vida de mujeres. Además de la promoción, esa información puede utilizarse para aclarar concepciones erróneas y obtener apoyo de los encargados de formular las políticas y de aquellos que hacen parte de las estructuras de poder local, incluidos los líderes religiosos. La credibilidad de las pruebas es particularmente importante cuando las cuestiones que se debaten son controvertidas.



CONFÍE EN LA OBJETIVIDAD DE LA CIENCIA

Abordar las cuestiones que tengan en cuenta la diversidad cultural en el contexto de la salud reproductiva puede ayudar a calmar las tensiones que pueden estar asociadas con ellas. Una perspectiva técnica o científica puede facilitar los debates y la aceptación de esas cuestiones.



EVITE EMITIR JUICIOS DE VALOR

No emita juicios sobre el comportamiento o las convicciones de la gente. En lugar de ello, ponga a un lado sus propios valores cuando esté estudiando los pensamientos y sueños de otras personas, y la forma que consideran mejor para lograrlos.



MIDA SUS EXPRESIONES

Sea cuidadoso en el uso de palabras o conceptos que puedan ofender. La expresión “planificación de la familia” puede tener connotaciones negativas en algunas sociedades. En lugar de ello, enmarque las cuestiones en el contexto más general de la salud reproductiva y el mejoramiento de la salud de las familias.



TRABAJE CON ALIADOS LOCALES

Confíe en asociados locales que tengan la legitimidad y la capacidad de influir en la comunidad y movilizarla. Esos asociados tienen la ventaja añadida de saber qué resulta más aceptable para la población local. La importancia de los grupos de mujeres no debe ser subestimada.



ASUMA EL PAPEL DE FACILITADOR

No suponga que tiene todas las respuestas. Renuncie al control y escuche a otras personas cuando expresen sus puntos de vista, compartan su experiencia y formen sus propias ideas y planes. En un entorno cargado de diferencias étnicas y religiosas, asumir el papel de facilitador envía un mensaje de neutralidad.



CUMPLA SUS PROMESAS

Hacer lo que dice que hará es una forma poderosa de fomentar la confianza.



CONOZCA A SUS ADVERSARIOS

Comprender la forma de pensar de quienes se oponen a sus puntos de vista puede ser la clave para el éxito de las negociaciones. Analice la forma de razonar en que basan sus argumentos y dispóngase a entablar un diálogo permanente y constructivo.



ENCUENTRE UN TERRENO COMÚN

Incluso en el seno de instituciones aparentemente monolíticas hay diferentes escuelas de pensamiento. Busque los campos de interés común la reducción de la mortalidad materna e infantil, por ejemplo que pueden proporcionar puntos de entrada para trabajar con asociados no tradicionales.



DESTAQUE LO POSITIVO

Cuando aborde las prácticas tradicionales perjudiciales, destaque que en todas las sociedades existen prácticas perjudiciales y prácticas positivas. De esta manera se pueden reducir las tensiones en torno a cuestiones especialmente espinosas o controvertidas.



UTILICE LA PROMOCIÓN PARA PRODUCIR CAMBIOS

Las medidas jurídicas por sí solas no son suficientes por lo general para producir cambios. Aunque esencial, la legislación debe ser apoyada por una amplia campaña de promoción, en que participen personalidades que influyen en la opinión pública y estructuras de poder a escala local. Las campañas de promoción bien planificadas son particularmente importantes cuando los objetivos de los proyectos puedan provocar controversias religiosas o culturales.



CREE OPORTUNIDADES PARA LA MUJER

Brinde a las mujeres la oportunidad de demostrar su capacidad mediante diversos programas de desarrollo. Esto puede contribuir a debilitar las falsas creencias basadas en aspectos culturales acerca de los estereotipos de género.



FOMENTE LA CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD

Refuerce el sentido de identificación con los proyectos y garantice la sostenibilidad mediante el fortalecimiento de las habilidades de los miembros de la comunidad, incluidos los proveedores de servicios de salud y los grupos de pares que actúan como educadores.



DIFUNDA SU MENSAJE POR CONDUCTO DE LA CULTURA POPULAR

En muchas partes del mundo, la música y la danza son expresiones culturales de gran popularidad. Utilícelas para comunicar nuevas ideas, y asegúrese de incluir a los jóvenes en el proceso creativo.



DEJE QUE LAS PERSONAS HAGAN LO QUE MEJOR HACEN

A menudo, una función apropiada de los líderes tradicionales o religiosos consiste en movilizar a las comunidades o ayudar a modificar la opinión pública. Busque su participación en esos campos, mientras que los aspectos técnicos de los programas de salud reproductiva se reservan para los trabajadores de la salud.



CULTIVE LAS ASOCIACIONES

Para cultivar las relaciones se necesita una inversión de energía, paciencia y tiempo. No permita que desaparezcan sólo porque un proyecto ha terminado. Mantener las asociaciones más allá un ciclo de programación permite que se fortalezca la confianza y maduren las relaciones, con lo que aumentan las posibilidades de obtener resultados positivos a largo plazo.



CELEBRE LOS LOGROS

Señalar los logros a la atención de los demás y dar a conocer los resultados satisfactorios puede crear un sentimiento de orgullo y fortalecer la participación de las comunidades.



NUNCA SE DESALIENTE

Lograr cambiar las actitudes y los comportamientos puede ser un proceso lento y desesperante, especialmente en sociedades cerradas. No espere lograrlo todo de una vez. Incluso los pequeños cambios son importantes y pueden perdurar más a largo plazo.





Rosario Castellanos a.c.

Constitución 301 . Centro . Oaxaca, Oax.
C.P. 68000 . México . A.P. 633
Tel: (951) 51-4-69-27 . Fax: (951) 51-6-68-10
E-mail: casamuj@prodigy.net.mx
www.casamujer.org
Atención al público: Lunes a Viernes
9:00 a 14:00 hrs. y de 17.00 a 20:00 hrs.