



**regiones**  
suplemento de antropología...

publicación mensual, año I, número II  
11 de octubre de 2005

**Desencuentros en torno  
al significado del embarazo**  
Liliana Cordero Marines

**La experiencia del dolor de parto**  
Claudia Guerrero Lara

---

**S Ó L O E N L Í N E A**  
[www.elregional.com.mx/suplementos](http://www.elregional.com.mx/suplementos)

**Mortalidad materna e infantil:  
un problema por resolver**  
Livia González Ángeles

Las instituciones de salud como espacios de choque y negociación

## Desencuentros en torno al significado del embarazo

Liliana Cordero Marines \*

Las instituciones de salud, en la labor de mejorar las condiciones de la población, invariablemente tropiezan con la gran diversidad de conocimientos y prácticas médicas locales de quienes las visitan. Ambos conocimientos se relacionan continuamente, y dan lugar a una construcción con límites difusos, sujetos a negociación entre los actores sociales, sus circunstancias y su cultura.

Un buen ejemplo de lo anterior es el Hospital de la Mujer. Ubicado en la Ciudad de México, tiene como característica principal atender solamente a población femenina que requiera algún servicio ginecológico. Es un hospital de concentración, es decir, cualquier situación con las características arriba mencionadas que no pueda ser resuelta en alguno de los Centros de Salud u hospitales públicos del país, es canalizada a este lugar. Esta particularidad y las precariedades en el servicio que brinda, lo convierten en un hospital dirigido a población de escasos recursos. Debido a la gran demanda que tiene, la pluralidad de población femenina que lo visita es inmensa; llegan mujeres de todo el país, de cualquier edad, etcétera. El nivel de escolaridad oscila entre la primaria y la secundaria; sin embargo, hay visitantes sin la primaria, otras que llegaron hasta la preparatoria y, en muy raras excepciones, a la universidad. A algunas sí les alcanza para pagar los gastos hospitalarios, mientras que otras “se las ven duras” para lograrlo. Unas acuden acompañadas por sus familiares y amigas, otras por sus esposos o parejas. Hay quienes van completamente solas.

Casi la mitad de las visitantes acude al hospital a pedir atención durante sus embarazos. La mayor parte de estas mujeres embarazadas tiene entre 15 y 25 años de edad; sin embargo, las edades más frecuentes son 18, 19, 20 y 22 años. Generalmente su primer embarazo había sucedido entre los 17 y los 19 años de edad. Casi todas conocen los métodos anticonceptivos y los usan o han usado. No obstante, muy pocas lo hacen habitualmente. Lo anterior suele relacionarse con que la mujer ya tiene dos o más hijos y no desea tener más. Lo más común es hallar mujeres que, a pesar de conocer los anticonceptivos, decidieron usarlos por primera vez después de haber tenido a su primer hijo. Y una que otra, ni siquiera piensa usarlos en el futuro.

Cuando un crisol reproductivo como el arriba descrito intenta emprender un diálogo con el sistema de salud —en nuestro caso, el Hospital de la Mujer—, se ve envuelto en un sin número de experiencias contradictorias. Las mujeres y sus respectivas situaciones de embarazo son expuestas a múltiples regaños y constantes cuestionamientos acerca de sus saberes sobre la maternidad y la vida reproductiva. Lo anterior genera situaciones hostiles y desagradables para aquellas que acuden a estos centros hospitalarios, a quienes les causa angustia, incomodidad o insatisfacción durante el servicio recibido. Al no existir comprensión entre ambas partes, la comunicación es coartada: se deja a las mujeres —las más de las veces— excluidas del proceso de atención y del tratamiento al que es sometido su cuerpo.

Estas contradicciones, que a primera vista podrían parecer responsabilidad del personal médico, tienen en gran parte su origen en los lineamientos que rigen la salud reproductiva a nivel mundial. La salud reproductiva fue erigida como íntimamente ligada a la política del desarrollo y el control poblacional.<sup>1</sup> Asimismo, se asoció de manera directa la pobreza con el aumento de la población, y no, por ejemplo, con la desigual distribución de

los recursos. Desde fines de la década de los setenta hasta la actualidad, se sigue considerando que no será posible vencer la pobreza “a menos que destinemos más recursos a las mujeres y la salud reproductiva”, pues “para las mujeres y los hombres, la salud reproductiva y la salud sexual constituyen (...) la posibilidad de tener más opciones en la vida y mayores medios de acción, así como la oportunidad de escapar a la pobreza. Los alumbramientos demasiado precoces, demasiado tardíos o demasiado próximos entre sí plantean riesgos en magnitud”.<sup>2</sup>

Estas premisas rigen la atención que los médicos brindan en materia de salud reproductiva, orientación que los lleva a ver con “malos ojos” aquellos embarazos no planeados, que suceden en mujeres “jóvenes” —desde la perspectiva del sistema de salud— y que no han hecho un uso “adecuado” de los métodos anticonceptivos. Debido a que la consulta médica es uno de los espacios privilegiados donde se lleva a cabo el proceso de captura, intervención y disciplinamiento de los cuerpos, los médicos sienten que es su deber encausar la vida reproductiva de estas mujeres, alineándola — mediante descalificaciones o regaños— a los parámetros marcados por un ideal reproductivo universal, concebido como una necesidad para todas las mujeres en cualquier parte del mundo.

Pero, ¿es verdad que todas tenemos las mismas necesidades, perspectivas y visiones de lo bueno, lo malo o lo conveniente? Sin duda hay muchas mujeres que comparten el ideal reproductivo que difunde el sistema de salud, pues lo juzgan como fundamental en el óptimo desarrollo de sus vidas. Pero para muchas otras, esta verdad no es del todo evidente. En el Hospital de la Mujer me encontré con mujeres “jóvenes” que, efectivamente, hubieran preferido embarazarse “más grandes”. Sin embargo, había otras de la misma edad que consideraban que ese había sido el momento perfecto para embarazarse, situación que las tenía muy contentas. Incluso manifestaban conciencia y responsabilidad ante tal evento. Había quienes manifestaban que el embarazo había contribuido a diluir conflictos familiares o de pareja. Para otras, el embarazo significaba una realización como mujeres. No veían en él una carga, al contrario: era una meta que habían esperado desde niñas. Alguna comentó que ella y su esposo sentían que nunca les iba a sobrar dinero para poder decidir cuándo y cuántos hijos tener, pero tenían claro que debían “echarle muchas ganas”. Estos testimonios, igualmente válidos cada uno de ellos, provienen de maneras particulares de entender el mundo y muestran que la realidad, la verdad y lo evidente no tienen siempre el mismo

significado. Revelan que la realidad social no es plana, ni lineal ni homogénea.

Así pues, la omisión de las diferencias culturales, sociales, religiosas o económicas, contribuye a que las prácticas de la gente que acude a este tipo de instituciones no sean definidas o calificadas en función de sí mismas, sino en función de qué tan cercanas o distantes se encuentran con respecto a las normas dictadas por las instituciones y la cultura hegemónica. Con este tipo de incompatibilidades, las mujeres —y más aún las pobres— se ven obligadas a problematizar la constitución de su descendencia, a adoptar una práctica anticonceptiva entre cada nacimiento o un método definitivo una vez alcanzado el número ideal de hijos. El sistema de salud, a través del ideal reproductivo, moldea el conjunto de alternativas referentes a la sexualidad y la salud de las mujeres, pues las considera únicamente como sujetos reproductores. Por ello es necesario advertir el peligro de que semejantes medidas de salud fortalezcan la discriminación de ciertos sectores de la población.

Ahora bien, a pesar de que las campañas de salud reproductiva han generado un continuo de información al promover y privilegiar la planificación familiar mediante la anticoncepción, esta información siempre será asimilada de manera desigual, incluso al interior de un mismo sector de la población. El hecho de que algunas mujeres reconozcan haber conocido los métodos anticonceptivos antes de embarazarse y optaran por no usarlos, revela que la anticoncepción no es un valor “siempre deseable”, y que la problemática alrededor de su uso o rechazo, está más relacionada con lo que las mujeres conciben como esencial para el desarrollo de sus vidas, y no tiene tanto que ver con la información, la escolaridad o la pobreza.

Las instituciones, entonces, no se instalan sobre una *tabula rasa*, sino sobre una gama de creencias y prácticas culturales, lo que las convierte, más que en espacios de absorción de conocimientos y prácticas, en espacios de choque y negociación, donde se enfrentan distintas maneras de ver el mundo. Por lo tanto, el límite de las instituciones de salud comienza allí donde se topa con la existencia de otras formas de entender la salud y de organizar la vida.

Desde mi particular punto de vista, es posible concluir que la razón principal del profundo “desencuentro” entre el sistema de salud y las usuarias que acuden al hospital, está en ignorar que las clases populares son también productoras de significados y no sólo receptoras de mensajes; en el olvido de que las personas y sus prácticas no son sólo cifras estadísticas o el resultado de condiciones previamente dadas, sino actores libres, conscientes, capaces de modificar y tomar las riendas de sus propias vidas. Por ello, es importante tener en cuenta la gran cantidad de significados que se dejan fuera al implementar medidas homogeneizadoras en materia de salud. Pero sobre todo, del error tan grave que se comete al juzgar las prácticas de los individuos sin tomar en cuenta su contexto sociocultural.

### Notas

<sup>1</sup> En 1979 se crea, en la Organización Mundial de la Salud, el concepto salud reproductiva, con el objetivo de usarlo como marco de referencia en materia de regulación de la fecundidad y ayudar a definir las acciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (<http://unfpa.org/sistemap/sistema-esp.htm> y <http://www.unfpa.org/rh/index.htm>).



Las fotografías que se incluyen en este número fueron realizadas entre 1990 y 2000, en el marco de los proyectos *Parteras tradicionales* y *Etnobotánica: plantas medicinales*, este último a cargo de Margarita Avilés y Macrina Fuentes, del Centro INAH Morelos.

\* Licenciada en Etnología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

El caso de las mujeres de Temalac, una comunidad guerrerense

# La experiencia del dolor de parto

**Claudia Guerrero Lara \***

El dolor es un fenómeno de sentido para el individuo y la colectividad. La cultura organiza su experiencia, interpretación y expresión conforme a las construcciones culturales y usos sociales vigentes. Estudios de diversas disciplinas y desde posturas teóricas y metodológicas distintas, han documentado las diferencias étnicas y sociales en las respuestas, expresiones e incluso en la percepción del dolor. En el caso de las diferencias de género, se ha establecido que estos contrastes se deben a que los comportamientos y conceptos sobre la salud y la enfermedad, están vinculados con las imágenes de feminidad y masculinidad.

En Temalac, una comunidad rural de origen nahua ubicada en la región del Alto Balsas del estado de Guerrero<sup>1</sup>, las mujeres recurren a la práctica de distintas racionalidades médicas; sin embargo, para ellas algunos valores culturales nahuas continúan configurando su experiencia del dolor y otorgando sentido a sus vidas. El valor, traducido en fuerza para el parto y coraje para resistir los dolores, constituye un principio trascendente para enfrentar la vida, junto con la reciprocidad y la moderación, normas fundamentales en la vida comunitaria de Temalac. Estos tres principios, que son interdependientes, se reflejan en la vida cotidiana de las mujeres de dicha comunidad y nutren los conocimientos, ideas y prácticas implicadas en la atención del parto.

En la última fase del trabajo de parto, la mayoría de las mujeres experimenta dolores por las contracciones uterinas. Sin embargo, lo que puede experimentar una mujer durante el nacimiento de sus hijos depende de su umbral del dolor, de su trayectoria y experiencia maternal y de las circunstancias en que ocurren estos eventos (las prácticas a las que se recurre durante la atención, el contexto social del que participa). Esta



**Como parte de los proyectos de Parteras y Etnobotánica, se abrieron espacios de intercambio y rescate de conocimientos, terapias, prácticas y creencias no sólo en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto, sino de otros padecimientos como el empacho.**

experiencia también se nutre de los valores y las representaciones culturales vigentes en el grupo social al que se pertenece.

### Las mujeres de Temalac

Por tratarse de una comunidad marginada en todos los sentidos y aislada —hasta cierto punto— de la cultura moderna del cuidado del cuerpo, de la maternidad planificada y asistida, y de la atención “medicalizada” del parto, podría suponerse que la conceptualización y la experiencia del parto de sus mujeres, así como las representaciones y prácticas relativas a su atención, conservan elementos culturales nahuas. Bajo esta suposición, este trabajo refleja una serie de investigaciones etnológicas y etnohistóricas sobre la concepción del cuerpo y la cosmovisión de los nahuas antiguos, en tanto el parto y el dolor son eventos psicofisiológicos que se sustentan en una versión cultural del cuerpo, sus componentes y funcionamiento.

Para dar cuenta de cómo la cultura —en tanto un sistema vivo de principios y valores— se refleja en las experiencias y su percepción en las mujeres, realicé trabajo de campo en la comunidad durante un año aproximadamente. Mi estancia y convivencia en el mundo cotidiano de Temalac, especialmente en las esferas femeninas, me permitió observar los contextos en los que estas mujeres se desenvuelven y viven eventos como el nacimiento de sus hijos, aquellos entornos en los que aprenden a sentir y a concebir su vida. Esta interacción en escenarios cotidianos y rituales, en los que ellas tienen un papel fundamental, me dio acceso a su confianza, gracias a la cual pude realizar algunas entrevistas semiestructuradas en 12 encuentros personales, en los que me relataron sus experiencias. Además, con la idea de comprender la visión “desde adentro” y explorar lugares comunes, se organizaron tres grupos focales con mujeres de distintas edades, cuya

temática se centró en las prácticas y representaciones en torno al ciclo reproductivo femenino, aunque también se dirigía a explorar sus “sentires” y experiencias en torno al nacimiento de sus hijos.<sup>2</sup>

Las mujeres protagonistas tenían una edad de 30 años y eran madres de seis hijos en promedio. Todas ellas tenían historias mixtas de atención del parto, esto es, habían recurrido a distintas prácticas en la atención de los partos de sus hijos; dos de ellas habían experimentado cesárea. Su edad en el primer parto era de 18 años.

La mayoría de los nacimientos, tanto en Temalac como en la comunidad vecina de Copalillo, son atendidos en casa, casi siempre con la ayuda de una partera tradicional o “entrenada”.<sup>3</sup> Los recursos de atención se han diversificado conforme las transformaciones sociales y culturales han alcanzado a incidir en las vidas de estas mujeres, por ejemplo, debido a su emigración a los Estados Unidos. Esta ampliación del abanico de posibilidades de atención se ha visto reflejada en la diversificación de las experiencias del parto. El 30% de las mujeres han sido atendidas en casa por una partera tradicional; 17% se atendieron ellas mismas o con un poco de ayuda de algún familiar; otro 17% fueron atendidas por una partera entrenada; el 25% en un hospital de Estados Unidos, y sólo una mujer se atendió en el Centro de Salud Comunitario.

### Mocihuaquetzque

Entre los relatos y las experiencias que las mujeres compartieron en las sesiones de grupo focal, se puede distinguir un complejo de principios de la cultura nahua, presente en la vida cotidiana de estas mujeres (en sus interacciones) y que le da sentido a sus experiencias de dolor durante el parto: la moderación, el valor y la reciprocidad.

El sufrimiento es parte de la concepción nahua de la vida, por lo que los dones divinos (el placer) deben disfrutarse sin abusar. De ahí que un valor trascendente dentro de esta manera de ver la vida humana fuera la moderación.

“... Oye bien hija mía...: no es un lugar agradable la tierra; no hay contento, no hay alegría. Se dice que sólo hay alegría con cansancio, alegría con aflicción sobre la tierra. Así lo andan diciendo los viejos: para que no estemos viviendo en lloros por Siempre... Nuestro Señor se dignó darnos la risa,

\* Licenciada en Etnología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Salud Pública.



**Gráfica donde se muestran algunas especies recolectadas para la atención y el tratamiento de mujeres en etapas de embarazo y parto, y de algunos otros padecimientos.**

el sueño y nuestro sustento, nuestra fuerza. Todo esto embriaga la vida sobre la tierra para que nadie ande llorando..." (Sullivan, 1998: 47).

En congruencia con esta visión, el parto se concebía como batalla de la mujer ante la muerte: *oacico in imiquizzpan: in ye mixxihuiznequi*, quiere decir "llegó (la mujer) al tiempo de muerte, ya quiere parir" (López Austin, 1996: 46). De ahí que para enfrentar el parto, los nahuas consideraban necesaria la fuerza, y aquellas mujeres muertas durante el parto, las *mocihuaquetzque* o "mujeres valientes", compartían el mismo cielo que los guerreros muertos en batalla: "Mi hija, la batalla es tuya, ¿qué podemos hacer por ti? Aquí están tus madres, la tarea te corresponde sólo a ti. Toma tu escudo, mi hija, mi pequeña, eres Quaucíhuatl, trabaja con ella. Esto quiere decir, isaca toda tu fuerza para ser como Quaucíhuatl, Cihuacóatl, Quilaztli!" (Sullivan, 1998: 48).

Para las mujeres de Temalac, el parto es un proceso natural en el que el valor, representado por la capacidad de resistir haciendo "fuerza", es una herramienta central para enfrentar con éxito el trabajo de parto y el miedo que provoca.

Los primeros dolores son ignorados. La mujer resiste y procura no expresar sus sensaciones. Es vergonzoso, dentro de su apreciación de la vida, mostrar el dolor. Es preciso moderarse. Además, como consecuencia de la imagen del parto como una batalla, para ellas sólo los dolores previos a la expulsión del bebé son los significativos, pues es el momento de comenzar a "hacer fuerza". "...Y hasta me da vergüenza de que me duele, pero me aguanto. No le digo nada (al marido). Dice: '¿Qué, no te duele?'; le digo: 'no'. Sentí que se quebraban mis pies del dolor, porque yo sentía aquí en mi vientre ya se vino a atorar".

Las mujeres de Temalac se refieren a los dolores del parto como parecidos a los cólicos menstruales, pero mucho más intensos, y acompañados de una sensación de calor y sudoración. Ellas afirman sentir como una espina cuando ya se acerca el nacimiento, como un calambre que se expande hacia las piernas,

entumiéndolas. Sienten que se desprenden del cuerpo y la cintura se "parte". Ante estos dolores, la actitud más apropiada es asumirlos y tolerarlos haciendo fuerza. El "echar fuerza" significa desechar el miedo y esforzarse a pesar del dolor para expulsar al bebé. De esta forma se acorta el tiempo del trabajo de parto, se hace más tolerable el dolor y se asegura el éxito de la batalla: la expulsión del bebé. Los dolores del parto son considerados como parte de la experiencia, necesarios para lo que es vital: que nazca su hijo. Dice una partera: "Le puede uno decir: '¡Ándale, apúrate para que nazca rápido!, porque si aquí vamos a estar, también te está doliendo, también con el dolor estás. ¡Date valor! —le digo— ¡echa fuerza!'".

La experiencia de la maternidad es considerada en Temalac como esencial en el ciclo vital de la mujer, en el que el dolor que lo acompaña es inherente a su vida: "cuando ya es su hora de nacer, hay que echar un poquito de fuerza. De que duele, duele, a esa hora vas a sentir que te vas a morir... De por sí vas a tener que aguantar solita... Nomás valor, duele mucho... Es la vida de la mujer".

La maternidad da sentido a la vida de mujer. Vale la pena a pesar del dolor físico y el sufrimiento. De ahí que sea minimizado: "Ella les dice: '¡Apúrate y échale fuerzas, si ya nació, dale sus nalgadas. Ahorita estás sufriendo por ella o por él, qué cosa va a ser!...' Así les dice... Sí, dice: 'ya nació el bebé, mira, ¿no te dije? Ahora mira, también te gusta, bien grande, bien gordito...'".

Sin embargo, el valor es insuficiente para enfrentar el parto y la vida, el apoyo social expresado en reciprocidad es necesario. El compromiso común hace la vida más fácil. En el caso del parto, la reciprocidad expresada en el apoyo de las allegadas a la puerpera para que descanse durante 40 días, se considera esencial para la recuperación de la mujer, pues incluso puede adquirir un padecimiento mortal: el mal de caxanque.<sup>4</sup>

## Como conclusión

La comprensión del parto como una batalla y del dolor como el enemigo a vencer que dignifica a las mujeres, da cuenta de la relación que establece la comunidad de Temalac con el sufrimiento a partir de las condiciones marginales en las que viven, de su concepción de la vida. En este contexto, puede comprenderse que los valores expresados en los relatos de las mujeres sobre su experiencia del parto (moderación, reciprocidad y valor) sean trascendentes para su aprehensión del mundo, mientras que para nosotros, "los otros" pueden ser como un prisma para entender su propio mundo.

## Bibliografía

- Estadísticas Vitales*, Cuaderno 4, INEGI, 2001, México.
- López Austin, Alfredo, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones, México, 1991.
- Sullivan, Thelma D., "Embarazo, parto y deificación de las mujeres muertas de parto. Traducción del náhuatl al inglés de los textos del Códices Florentino. Libro VI FF 128v-143v", en: *Arqueología Mexicana*, Vol. V, No. 29, México, 1998, pp. 42-49.

## Notas

- <sup>1</sup> De aproximadamente 1000 habitantes, pertenece al municipio de Atenango del Río.
- <sup>2</sup> Aproximadamente ocho mujeres, pues algunas tuvieron participación en las tres sesiones y casi un 30% de las participantes varió conforme a la sesión.
- <sup>3</sup> Aunque no conozco las cifras locales, hago estas afirmaciones a partir de información del Centro de Salud Comunitario, y por inferencia de las tendencias estadísticas municipales: 51% de los nacimientos registrados en Atenango del Río fueron atendidos en el domicilio de la mujer, y en el municipio vecino de Copalillo, el 84%. V. *Estadísticas Vitales*, Cuaderno 4, Guerrero, INEGI, 2001.
- <sup>4</sup> El caxanque o aflojadura ocurre a causa de frío o grandes esfuerzos (cargar cosas pesadas), generalmente después del parto (cuando los huesos "están flojos") o por tener relaciones sexuales a los pocos días después del parto. Sus síntomas son la debilidad, carencia de "fuerza", dolor de huesos y articulaciones, diarrea y pérdida de peso. Para el tratamiento del "caxan de hombre" se utiliza un baño de asiento con el vapor de cocimiento de una gallina negra; para el "caxan de quehacer", fomentos en las articulaciones con infusión de caxancapaxtli o atlina.



El proyecto *Parteras tradicionales* tiene como objetivo la coordinación, promoción y el conocimiento de las experiencias en las prácticas, tradiciones y recursos para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio entre las parteras de Morelos.

**El Regional**  
 DE REGIONES DEL SUR Y DEL NOROCCIDENTE DEL SUR

**Director fundador:** Efraín Ernesto Pacheco Cedillo  
**Director general:** Eolo Ernesto Pacheco Rodríguez  
**Subdirector editorial:** Carlos Gallardo Sánchez  
**Coordinador de suplementos:** Bonifacio Pacheco Cedillo

*Regiones, suplemento de antropología social... es una publicación mensual editada por El Regional del Sur y por el colectivo Antropólogos en Fuga y Cía.*

**Coordinación general:** Livia R. González Ángeles, Pilar Angón Urquiza, Adriana Saldaña Ramírez, Mariana González Focke, David Alonso Solís Coello  
**Coordinación de este número:** Adriana Saldaña Ramírez  
**Edición:** Livia R. González Ángeles y J. Gerardo Ochoa F.  
**Portada:** pixo.com.mx  
**Fotografías:** Margarita Avilés, proyecto *Parteras tradicionales y Etnobotánica: plantas medicinales*  
**Formación y corrección de estilo:** J. Gerardo Ochoa F.

supleregiones@yahoo.com.mx,  
 regiones@gmail.com  
 www.elregional.com.mx/suplementos

La estrategia gubernamental Arranque Parejo en la Vida

# Mortalidad materna e infantil: un problema por resolver

Livia R. González Ángeles \*

Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles mediante una buena atención médica.

(SSA, 2002)

## Arranque Parejo en la Vida

La mortalidad materna e infantil en México ha sido reconocida como uno de los principales puntos de rezago en materia de salud y desarrollo social. A pesar de constituir un problema que puede evitarse con una cobertura y calidad de servicios de salud adecuados, la tasa de mortalidad no ha logrado reducirse al porcentaje deseable por concentrarse, mayoritariamente, entre la población que no cuenta con seguridad social y que se ubica en las áreas de mayor marginalidad.

Con el fin de disminuir la muerte materna e infantil, el gobierno del país estableció en 2001 la estrategia denominada Arranque Parejo en la Vida (APV), en la que se integran un conjunto de acciones y programas alrededor de metas de largo y mediano alcance. El principal propósito de la estrategia es "lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad" (SSA, 2002)<sup>1</sup>.

Para fortalecer la cobertura y la calidad de atención, así como para garantizar un embarazo saludable y un parto y puerperio seguros, APV diseñó una red de servicios de salud y de apoyo social que se instrumenta a partir de componentes sustantivos y estratégicos denominados "4 x 4 = 16 acciones", que se dirigen principalmente a mujeres y niños que viven en condiciones de alta marginalidad.

Los componentes sustantivos están relacionados con las metas que se pretende alcanzar a través de diferentes niveles de atención y organización, mientras que los componentes estratégicos se vinculan con las actividades a realizar a fin de lograr dichos objetivos.

### Componentes sustantivos

1. Embarazo saludable
2. Parto y puerperio seguros
3. Recién nacido sano
4. Niñas y niños bien desarrollados

### Componentes estratégicos

1. Desarrollo humano
2. Redes sociales de participación comunitaria
3. Estructura de servicios
4. Monitoreo y evaluación

## La red de servicios

Como ya se mencionó, APV estableció una red de servicios de salud y de apoyo social que se planteó como una estrategia organizacional para facilitar la cobertura y la calidad de atención, así como los procesos de referencia y contrarreferencia en la prevención y manejo de complicaciones obstétricas y pediátricas.

La red de servicios de salud incorpora la atención desde el primer nivel, y comprende parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles, encargadas de llevar el control prenatal y detectar embarazos de riesgo que deban ser referidos. Además, este nivel incluye a las denominadas Clínicas Sí Mujer, consideradas unidades de salud que deben contar con el personal capacitado y el equipo necesario para atender embarazos normales y partos de bajo y mediano riesgo; deben brindar atención los 365 días del año las 24 horas del día.

En un segundo nivel de atención se encuentran los Hospitales Sí Mujer, que son unidades regionales a las que deben ser transferidas las mujeres embarazadas con riesgo. Estos hospitales deben contar con un Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (Mater) y con un Servicio Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad (Sindis), donde se les brinde atención a niños recién nacidos con complicaciones o defectos de nacimiento. Finalmente, en este mismo nivel se



**Parteras tradicionales se ha realizado en forma conjunta con instituciones como la Secretaría de Salud de Morelos, el Centro de Investigación Biomédica del Sur, el IMSS y el INAH, cada una de las cuales ha intervenido con tareas precisas y realizando actividades propias.**

cuenta con las Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada, que son espacios comunitarios en los que se hospeda y se brinda atención y cuidados a mujeres embarazadas en riesgo y a sus hijos hasta el evento obstétrico o parto.

Para complementar la red de servicios de salud es necesario que operen los servicios de apoyo social en forma coordinada; estos se refieren a la inclusión de la población y las instituciones "en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y las acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer la salud materna y perinatal" (SSA, 2002). Por tal razón, se ha buscado involucrar a las autoridades tanto comunitarias como municipales, a las y los usuarios y a los actores organizados, para apoyar a las mujeres en el desarrollo de su embarazo; por ejemplo, en el caso de que se requiera el traslado de una mujer embarazada cuando deba ser referida a un nivel de atención distante.

Lo anterior constituye, a grandes rasgos, la manera en la que debe operar la red de servicios de salud y apoyo social para que la estrategia APV proporcione una cobertura y calidad de atención adecuadas.

## Las carencias de APV

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, realizó en 2004 una serie de investigaciones en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y a nivel federal, con respecto al diseño, la asignación de recursos y la instrumentación de programas que buscan reducir las tasas de mortalidad materna en México.

La estrategia APV, así como su capacidad para cumplir las metas de disminución de mortalidad materna en mujeres pobres, fue uno de los aspectos analizados por el grupo de investigadoras de Fundar. Desde su perspectiva, APV es una estrategia con serias deficiencias, pues, para empezar, se implementó "sin antes haber establecido una política para superar las desigualdades en las condiciones básicas para su efectivo funcionamiento"<sup>2</sup>, además de que no ofrece algo distinto a la atención maternal e infantil que ya se otorgaba. En el análisis que hacen de las condiciones básicas de salud insertas en lo que llaman la "dinámica APV", exponen las mayores debilidades de la estrategia

Al depender de la iniciativa privada para cubrir los requerimientos básicos, APV pone en peligro "una continuidad efectiva y eficiente de los servicios que otorga". De este modo, se carece de infraestructura y equipo necesarios para brindar atención adecuada. Según un análisis de Fundar, en los tres primeros años del actual gobierno hubo una disminución en la asignación presupuestal para la construcción de infraestructura básica, lo que sin duda también afectó la entrada de recursos a la estrategia APV.

\* Licenciada en Antropología Social. Colabora en el proyecto Evaluación del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.



**Entre los proyectos que se han desarrollado con parteras, se pueden contar Plantas medicinales empleadas por parteras tradicionales del Estado de Morelos; El baño de temascal: un instrumento terapéutico y un rasgo cultural; Masajes y manteadas empleados por parteras tradicionales en diversos problemas de salud, entre otros.**

Para Fundar, una de los puntos más débiles de APV tiene que ver con el hecho de no contemplar la contratación de personal de salud dedicado únicamente a la estrategia, pues el personal encargado del primer nivel de atención para población no derechohabiente, opera simultáneamente en varios programas, lo que debilita la atención específica que puede otorgarse a mujeres en etapa de embarazo o puerperio y a sus hijos. Además, destaca que la atención se sustenta, en gran medida, en el trabajo de los auxiliares de salud, quienes operan solamente en una localidad. Esto constituye un gran problema, pues resulta prácticamente imposible colocar un médico 24 horas diarias en cada localidad. Aquí cabe recordar que APV se planteó como una estrategia dirigida a mujeres y niños que habitan en condiciones de alta marginalidad. En estas circunstancias, “el problema estriba en la dispersión de la población marginada y en las grandes distancias que se deben recorrer para

recibir atención médica”. En relación con lo anterior, la estrategia no resuelve el problema de transporte en caso de emergencias obstétricas por confiar en que, de ser necesario, los habitantes de las comunidades o las autoridades locales aportarán un vehículo, sin tomar en cuenta que muchas veces no se cuenta con ninguno.

En su análisis, Fundar arroja datos sobre otro tipo de carencias de la estrategia APV. Entre ellos se encuentran los relacionados con los recursos financieros y la dificultad de tener acceso a la información sobre su aplicación. Por tal motivo, recomienda que el total de recursos financieros, materiales y humanos sea registrado y que APV cuente con una rendición de cuentas cabal.

Como hemos visto, la opinión de Fundar sobre APV dista mucho de ser favorecedora; sin embargo, están conscientes de que esto se debe a “una realidad de carencias marcadas” y no a la estrategia en sí. Por lo mismo, concluyen que “es necesario fortalecer las capacidades humanas,

materiales y financieras de este programa, para asegurar que cumpla con los objetivos planteados”.

### **Mortalidad materna e infantil: ¿un problema de desigualdad económica?**

Es común que los investigadores sociales y algunos de los miembros de la sociedad civil se quejen abiertamente en contra de los proyectos y programas de gobierno, con el argumento de que no toman en cuenta las realidades sociales de las localidades y las personas a las que están dirigidos. Se dice que para que un programa o estrategia funcione adecuadamente, lo primero que se debería de hacer es implementar una política que ayude a reducir las desigualdades en las condiciones básicas. Sólo así, opinamos algunos, se logrará disminuir la pobreza y las condiciones de marginalidad; ello llevaría, evidentemente, a la reducción en la tasa de mortalidad infantil y materna, entre otras cosas.

Resulta totalmente cierto que la pertenencia a ciertos grupos sociales genera condiciones que favorecen la ocurrencia de muertes maternas e infantiles. Es indiscutible que las tasas de mortalidad materna e infantil más altas se registran en localidades marginadas, ya sean indígenas, rurales o urbanas. Lo que no resulta tan claro “es por qué cuando operan ‘condicionantes’ similares, los resultados son diferentes” (Bronfman, 2003: 17).

Hemos estado tan preocupados en hacer notar la existencia y la necesidad de abatir los diferenciales que ya de por sí resultan obvios, que se nos ha escapado el hecho de que, en una misma localidad, hay familias que presentan mayores casos de mortalidad que otras, aún cuando comparten las mismas condiciones sociales y económicas de vida.

Al parecer, además de pedir soluciones para reducir ese tipo de desigualdades, debemos empezar a buscar el motivo por el cual la muerte infantil y materna se distribuye de forma inequitativa dentro de los grupos “no privilegiados”. De esta manera se logrará estrechar el cerco que permita definir, con mayor precisión, a los grupos de alto riesgo dentro de los sectores que presentan las mayores tasas de mortalidad.

Para concluir, una cita que mueve a la reflexión:

...el número de miembros del hogar modifica el nivel de riesgo de la mortalidad infantil. Los hogares con pocos miembros tienen un nivel de riesgo significativamente mayor. Este hecho arroja nueva evidencia de que no necesariamente la familia pequeña vive mejor. (Minujin, et. al., en: Bronfman, 2003: 26).

### **Bibliografía**

- Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”, Secretaría de Salud, 2002, consultado en: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- Mortalidad Materna: un problema sin resolver, Fundar. Centro de Análisis e Investigación, consultado en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)
- Presupuesto Público y Mortalidad Materna. Seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida, Fundar. Centro de Análisis e Investigación, consultado en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)
- Bronfman, Mario, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, CRIM-UNAM, Cuernavaca, 2003.

### **Notas**

- <sup>1</sup> Consultado en [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- <sup>2</sup> Consultado en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)



**La realización de proyectos como el de Etnobotánica ha permitido el redescubrimiento de los potenciales curativos de innumerables especies vegetales que permiten una buena rehabilitación de mujeres embarazadas y en etapa de parto, así como otras enfermedades.**

