

¿Un modelo único de desarrollo para la obstetricia mexicana?\*

**Madeleine Akrich\*\***

### **Los límites de la modernización mexicana**

El artículo de Lerner, Quesnel y Samuel "Constitución de la descendencia y proceso de integración de las mujeres rurales al sistema médico"<sup>1</sup> describe, basándose esencialmente en encuestas cuantitativas, el movimiento de fondo que está transformando de manera radical los métodos de seguimiento del embarazo y atención del parto en México. Gracias al desarrollo del sistema médico, un número creciente de mujeres recibe atención médica y da a luz en el marco de estructuras médicas dotadas de importantes medios técnicos. En el campo obstétrico, el sistema médico mexicano se desarrolla, sin ninguna ambigüedad, en competencia con las formas tradicionales: no existe aparentemente vínculo alguno entre las estructuras médicas y las parteras tradicionales, no obstante el objetivo principal de los agentes de salud parece consistir en lograr captar al conjunto de la clientela de estas últimas. En la práctica, las mujeres buscan localmente, por sí solas, complementariedades entre ambos sistemas, ya que algunas de ellas, a la vez que siguen recurriendo a la partera, son simultáneamente atendidas por médicos. Sin embargo, el objetivo del sistema médico oficial consiste en realidad en lograr, a corto plazo, garantizar a todas las mujeres el acceso al sistema médico. Este objetivo es, de hecho, compartido implícitamente por los autores del artículo, cuyas reflexiones se articulan en torno a la cuestión de los factores determinantes que permiten explicar el mayor o menor grado de adhesión de las mujeres a este sistema.

Aun cuando el artículo no aporta elementos sobre este punto, ya que es evidente para los autores, cabe suponer que los resultados del sistema médico en términos de mortalidad y morbilidad, tanto para la madre como para el niño, son mejores que los que obtienen las parteras.<sup>2</sup> Si bien no se trata de cuestionar la existencia de un sistema mé-

\* Comentario publicado en la revista *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, núm. 1, marzo de 1999; fue traducido con la autorización de la autora y de la revista.

\*\* Madeleine Akrich, socióloga, Centre de sociologie de *l'innovation*, École des Mines, 60, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, Francia.

<sup>1</sup> Publicado en este número de *Estudios Demográficos y Urbanos*.

<sup>2</sup> Sería incluso conveniente, con el fin de llevar a cabo esta comparación, cuestionar la capacidad de estas parteras para canalizar, en caso necesario, a las mujeres hacia

dico capaz de garantizar el manejo tanto del embarazo como del parto, cabe plantearse, a manera de hipótesis, algunas preguntas sobre su forma, su funcionamiento y la naturaleza de sus intervenciones: ¿Podemos considerar que existe un modelo único de manejo al que todo país, preocupado por garantizar una máxima seguridad a las futuras madres y a los niños, deba aspirar? ¿Debe este manejo apoyarse forzosamente en la exclusión de las formas tradicionales de seguimiento? ¿Se debe, a semejanza de lo sucedido en la mayoría de los países desarrollados, promover una medicina perinatal basada principalmente en la utilización intensiva de técnicas?

En el caso de México estas preguntas cobran sentido, ya que la lectura detenida del artículo de Lerner *et al.*, conduce a cuestionarse sobre el grado de aceptación del sistema médico tal y como les es propuesto actualmente a las mujeres. Los autores enfatizan justamente el papel crucial de la primera experiencia de las mujeres en la determinación de sus trayectorias reproductivas posteriores. Lo anterior se constituye frecuentemente en una demanda eventual por parte de ellas: en efecto, al tratarse de una experiencia muy particular, las mujeres se encuentran, antes de haberla vivido hasta el final de su vida reproductiva, en una situación marcada, en mayor o menor grado, de incertidumbre, que resulta sensible a la influencia de otros actores quienes, dada su supuesta experiencia o capacidad profesional, están en mejores condiciones de determinar sus necesidades. La primera experiencia debe por lo tanto entenderse como una prueba del escenario propuesto por el entorno familiar, social y médico de la mujer: si esta experiencia se desarrolla en "buenas condiciones", es decir, deriva en un bebé sano y una madre sin traumatismos importantes, esta

---

una verdadera atención médica: en la práctica, ambos sistemas están en cierta forma vinculados y es posible que los logros de cada uno de ellos se vean afectados por los logros del otro. Cuando, por ejemplo, las parteras envían demasiado tarde a las mujeres con problemas al hospital, las estadísticas del sistema médico pueden verse afectadas; si, por el contrario, son capaces de discriminar de manera correcta entre fisiología y patología, ellas contribuyen, mediante la atención a mujeres que no presentan problemas particulares, a mejorar los resultados del hospital, en la medida en que permiten la concentración de los medios técnicos y humanos en los casos problemáticos; es sin embargo indispensable que exista un hospital cerca ya que, en caso contrario, estas mujeres se convierten en víctimas de las fallas del sistema médico. En el libro de Jordan (1993), observamos una controversia en torno a la responsabilidad de los problemas en el caso de una mujer transferida al hospital: la partera considera que la ruptura de membranas realizada por el obstetra provoca un problema en el cordón y por consiguiente el sufrimiento del bebé, en tanto que el obstetra juzga que la partera envió a la mujer al hospital demasiado tarde.

última optará en general por reproducirla durante un segundo nacimiento, aun cuando el análisis minucioso revele, en su caso personal, la existencia de ciertas insatisfacciones. En este sentido, el hecho de que 25% de las mujeres encuestadas beneficiadas de un seguimiento medicalizado durante su primer embarazo duden de reiterar esta experiencia en su segundo embarazo, debe ser considerado, a su vez, como un indicador importante de ciertas insatisfacciones, aun cuando 50% de estas mujeres termine, al cabo de cierto tiempo, por reintegrarse al sistema médico. Los autores sugieren dos tipos de explicaciones para dar cuenta de este fenómeno. Por una parte, la frialdad, el anonimato, el carácter poco personalizado de las relaciones establecidas entre las mujeres y el personal médico, como elementos que desalientan a algunas de ellas. Por otra parte, el temor que ellas expresan en cuanto a los efectos del uso abusivo de los recursos médicos (“sobremedicalización”), temor que se agudiza, sobre todo, ante la posibilidad de que les sea practicada una cesárea, intervención que en el ámbito hospitalario llega a representar en promedio 25% de los nacimientos. Más allá de este fenómeno que involucra a mujeres que están, *a priori*, en favor del sistema médico, el artículo pone en evidencia la existencia de una franja de población que, por motivos económicos y culturales, se encuentra marginada por este sistema. Dentro de este contexto, en vez de tratar de cambiar a las mujeres para adaptarlas al sistema, sería probablemente más acertado cuestionarse sobre las posibles modificaciones en la organización de la asistencia médica que permitirían tomar en cuenta estas reticencias y dificultades. ¿No existe acaso un término medio entre un sistema tradicional, bien aceptado por cierto sector de la población, como sería el de las mujeres mayores de edad y/o de menores recursos, pero sin lugar a dudas menos eficaz en términos de mortalidad y morbilidad, y un sistema que, al igual que el que predomina en el vecino país estadounidense, debe situarse entre los más tecnificados si consideramos, por ejemplo, las tasas de cesárea?

#### Otra forma de “medicalización”: el ejemplo holandés

En el estudio que hemos realizado (Akrich y Pasveer, 1996) sobre la organización obstétrica holandesa, a nuestro juicio se presentan ciertas características interesantes en relación con el problema mexicano, tal y como lo plantea el artículo de Lerner *et al.* Esta organización está basa-

da en una muy rigurosa separación entre fisiología y patología. La fisiología está a cargo de las parteras; o cuando la densidad de población es muy baja y no permite la subsistencia de un consultorio de parteras por parte de los médicos, la patología compete únicamente a los médicos obstetras, especializados y dedicados a la medicina clínica. Cuando una mujer está embarazada debe elegir un consultorio de parteras (generalmente constituido entre dos y cuatro parteras) ubicado cerca de su casa, y durante todo el embarazo la paciente será atendida por las parteras del consultorio seleccionado, quienes se alternarán en las consultas, de tal manera que antes de dar a luz, la futura madre pueda conocerlas a todas. Generalmente, la partera toma las muestras necesarias (orina, sangre) para realizar los análisis de rutina.

Cabe señalar dos elementos importantes: la proximidad geográfica y social (o sea el seguimiento del embarazo tiene lugar en el entorno inmediato de la mujer, en un lugar que le es muy familiar) y la continuidad (la mujer trata siempre con un pequeño grupo de interlocutoras que se responsabilizan de su seguimiento global y para quienes es importante establecer una relación de confianza con ella). Este elemento de confianza es en efecto crucial en el momento del parto, que se desarrolla exclusivamente bajo la supervisión de la partera de guardia, ya sea en el domicilio de la parturienta o en el hospital, pero bajo un régimen particular conocido como policlínico: la mujer que selecciona este método de alumbramiento permanece en su domicilio durante el inicio del trabajo de parto, y, una vez que la dilatación alcanza una etapa bastante avanzada, se traslada con la partera al hospital, del que sale unas cuantas horas después del nacimiento del bebé. En todos los casos, la partera está autorizada a utilizar tan sólo unos cuantos instrumentos para la supervisión y manejo del parto: un estetoscopio fetal, que coloca de manera intermitente sobre el vientre de la mujer para escuchar el corazón del bebé, el material para, de ser el caso, efectuar y suturar una episiotomía, y un tanque de oxígeno para reforzar la respiración del bebé o de la madre.

Los partos a domicilio o en policlínica representan cerca de 55% de los nacimientos en Holanda; el 45% restante es atendido por obstetras en ámbitos hospitalarios y corresponde a los casos de "patologías", no necesariamente muy graves, pero que constituyen factores de riesgo que justifican un manejo más técnico. El paso de la fisiología a la patología está reglamentado por una lista de indicaciones que constituye un riguroso dispositivo de coordinación entre las parteras y los obstetras: en cualquier etapa del embarazo o del parto, al detectar una patología la partera

debe informar y consultar al médico obstetra; si la patología resultara suficientemente seria, la mujer deberá recibir atención médica durante todo el embarazo en el hospital y sólo podrá dar a luz en este ámbito. Esta organización alcanza, globalmente, resultados en términos de mortalidad y morbilidad comparables a los de los países que han elegido una vía más “medicalizada”;<sup>3</sup> por el contrario, la tasa de intervenciones (cesárea, episiotomía, fórceps, etc.) es claramente inferior en Holanda, país en el que se registran tres veces menos cesáreas que en México.

Si el análisis propuesto en el artículo anterior es correcto, vemos claramente cómo una organización de este tipo permitiría superar algunas de las dificultades que el sistema médico mexicano presenta. En primer término, la organización de los sistemas de salud está en cierta forma descentralizada y construida, en principio, como un sistema de proximidad: por razones de seguridad, la mujer debe elegir un consultorio de parteras situado a menos de media hora de su domicilio. Además, por lo menos en los casos fisiológicos, la personalización de las relaciones entre parteras y mujeres es importante e inherente a sus prácticas. De hecho, éstas se caracterizan por dos “reglas” más o menos explícitas: por una parte, la mujer constituye un informante clave para la partera, de lo que se desprende un cierto grado de atención otorgado a sus observaciones y una tendencia a incitarla a explicar cómo se siente, a lograr que comunique los sucesos recientes, etc.; por otra parte, la partera informa de manera relativamente implícita todo lo relacionado con un análisis netamente médico de la situación: el embarazo y el parto son considerados como continuidad de la vida cotidiana y esa continuidad se mantiene mediante repetidas referencias implícitas al aspecto médico. No se trata, por lo tanto, de un seguimiento no medicalizado; por el contrario, al revelar su capacidad desde el punto de vista médico, la partera establece una relación de confianza con los padres, lo que le permite relegar los aspectos médicos a un segundo plano, aunque ella los tendrá constantemente presentes. A primera vista se puede pensar que una práctica de este tipo puede articularse más fácilmente, en los planos cultural y social, a las necesidades de las poblaciones actualmente marginadas por el sistema médico mexicano. Finalmente, las bajas tasas de intervención son capaces de desvanecer las inquietudes de las mujeres que, si bien están a *priori* en favor de recibir una atención “medicalizada”, se ven desalentadas ante la perspectiva de una cesárea.

<sup>3</sup> E incluso mejores que los de Francia.

### ¿Qué tipo de articulación puede establecerse entre parteras y obstetras?

Con una organización de este tipo, las prácticas de las tocólogas se asemejan a las de las parteras en ciertos aspectos: proximidad, personalización, atención, "paciencia" durante el parto, escasa instrumentalización, etc. ¿Pero esto permite acaso imaginar que, mediante una cierta formación, las parteras pudieran convertirse en tocólogas en el sentido holandés del término? En Holanda, las antecesoras de las parteras actuales se impusieron a las parteras tradicionales (Marland, 1994): a principios de siglo, los médicos, alarmados ante los daños que, en su opinión, causaban las comadronas, crearon escuelas para parteras con el fin de eliminar paulatinamente a las comadronas y sustituirlas por mujeres jóvenes educadas y formadas dentro de las reglas de higiene, y con un cierto caudal de conocimientos médicos.

¿Cabe partir del mismo punto de vista que el establecido por los médicos holandeses de principios de siglo? Sin pretender en lo absoluto mistificar los conocimientos tradicionales, debemos aceptar que con bastante frecuencia se les ha condenado de manera ligera. En tanto que en los países occidentales se descubren nuevamente las virtudes de las prácticas tradicionales, tales como las posiciones "suspendidas", los masajes, etc., sería una lastima permitir la extinción de los conocimientos y habilidades de estas parteras mexicanas, sin llevar a cabo evaluación alguna. ¿Qué grado de realismo podemos por lo tanto atribuir a un proyecto que combinaría mestizaje de conocimientos y coordinación del cuerpo médico? El nivel de capacitación actual de las parteras mexicanas constituye uno de los elementos clave en la evaluación de las posibilidades de esta integración.

El artículo de Lerner *et al.* aporta pocas precisiones a este respecto, probablemente debido a que los autores adoptaron la perspectiva de los "reformadores" y a que, por consiguiente, ignoran a estas parteras, de hecho ampliamente marginadas por el sistema médico, al igual que por sus pacientes.<sup>4</sup> Sin embargo, para tener una idea más precisa de este fenómeno, disponemos del estudio (ya un tanto anticuado debido a que data de mediados de los años setenta) de la antropóloga americana B. Jordan, quien comparó el nacimiento en cua-

<sup>4</sup> Es en otros artículos de estos autores y de otros colaboradores del proyecto de investigación donde este tema es incorporado de manera explícita. Véase Lerner y Quesnel, 1994 y Yanez, 1997. (Nota del traductor).

tro culturas diferentes: Holanda, Suecia, Estados Unidos y México (Yucatán). Su descripción de la actividad de las parteras mayas lleva a una representación mucho más ambigua que la que produce el artículo de Lerner *et al.* De hecho, desde esa época la práctica de estas mujeres aparece como resultado de una hibridación entre conocimientos médicos “modernos” y conocimientos que, por comodidad, llamaremos “tradicionales”. Sin embargo, dado que ya hemos empezado a minimizar el uso de este calificativo, no existe razón alguna que permita suponer que el origen de los conocimientos era, en esa época, más “puro” que en la actualidad. Como lo demostró Goody (1979), es la visión moderna, dotada de un gran número de instrumentos de medición del tiempo, la que ha construido la oposición entre modernidad y mundo tradicional, siendo que este último se considera supuestamente estático por la intemporalidad. La partera que nos describe Jordan practica ciertamente todo tipo de masajes que la obstetricia moderna desconoce, y trata a “sus” mujeres de manera diferencial, sin embargo también esteriliza sus instrumentos, utiliza gorra, tapabocas, bata y guantes quirúrgicos durante el parto, prescribe vitaminas al igual que los médicos y es capaz de aplicar inyecciones. Asimismo, afirma haber sido formada por un médico (muchas parteras mexicanas sostienen lo mismo) y haber asistido en México a un curso para parteras organizado por el gobierno. Más aún, resulta claro que, ante la duda de poder atender debidamente un parto, remite a la mujer al hospital.

Si aceptamos lo que dice Jordan, un sistema médico que incluyera a este tipo de parteras en su organización y articulara su intervención con la de otros actores del sistema –gracias a los procedimientos que podrían inspirarse en las prácticas holandesas–, se presenta como factible. Es sin embargo necesario reconocer que la manera en que el mecanismo del sistema actual descalifica a estas parteras revela también la magnitud del trabajo por efectuar, si se quiere lograr este objetivo.

Es muy probable que el cuerpo médico mexicano se forme dentro de la escuela occidental dominante, cuya orientación está precisamente basada en la indefinición de las fronteras entre la fisiología y la patología: dentro de este marco, y como ha sido demostrado, entre otros por Arney (1982), el embarazo y el parto se presentan como situaciones de riesgo que requieren de un seguimiento continuo y de la permanente disponibilidad de importantes medios tanto técnicos como humanos. Además, esta “indefinición o imprecisión” de fronte-

ras se ve acompañada por una jerarquización de los conocimientos y de las capacidades, dando preferencia a quienes son capaces de manejar la patología avanzada y que supuestamente deberían también conocer mejor la fisiología: este prejuicio no favorece el reconocimiento de una capacidad inherente a las parteras, ni la integración de algunos de sus conocimientos al sistema médico.

Más aún, la organización del trabajo y la coordinación entre los profesionales requiere del uso de un gran número de tecnologías. Tomemos como ejemplo el *monitoring* (monitoreo), es decir el sistema de registro continuo que percibe las contracciones del útero y el ritmo cardíaco del niño. A pesar de algunos inconvenientes –por ejemplo, la limitación de los movimientos y la libertad de postura de las mujeres– y de las controversias que existen en torno a su eficacia real, sigue siendo utilizado de manera masiva durante los partos. Una serie de motivos muy comprensibles lo justifica. En primer lugar, como está vinculado a una impresora que dibuja de manera continua el trazo de las curvas, el *monitoring* permite a la partera atender varios partos de manera simultánea: bastan en efecto unos cuantos instantes para detectar eventuales problemas que se hubieran presentado durante la última media hora. En segundo lugar, permite también la coordinación entre los diferentes prestadores de servicios, ya sea para turnarse o para discutir un diagnóstico a partir de un documento o información común; y, finalmente, desde el punto de vista de la medicina legal, constituye una herramienta esencial para la atribución de responsabilidades. En resumen, estos breves ejemplos demuestran que no se trata de eliminar estas tecnologías; lo que resulta cierto para los países ricos es igualmente válido para un país intermedio como México, cuya organización médica se esforzó probablemente por adherirse al máximo a la práctica estadounidense.

De manera más específica, el artículo de Lerner *et al.* subraya y destaca otros motivos que permiten entender las razones evocadas por el sistema médico para no ceder espacio a las parteras. Como lo indica el título del artículo, la procreación representa un momento clave para la integración de las mujeres, e incluso de la población en su conjunto, al sistema médico. Si los actores de este sistema logran captar, en ese momento decisivo, los intereses y necesidades de las mujeres, tienen la oportunidad de acceder a sus hijos y pueden desarrollar más fácilmente políticas de control y prevención para la primera infancia. Esto les permite asimismo proponer métodos anticonceptivos e intervenir en el control de la fecundidad. Independientemente de los argumentos que



ellos expongan al respecto –algunos denuncian el control social que se ejerce de esta manera, otros aducen las mejoras de las condiciones de vida– resulta claro que un sistema de seguimiento perinatal en manos de un tipo único de actores, organizados de manera centralizada, presenta ciertas ventajas... siempre y cuando no se excluya a los sectores de la población que más necesitan de un seguimiento médico. Ahora bien, tanto en Francia como en México observamos que los procedimientos muy “medicalizados”, que son implementados para poder detectar y manejar situaciones de alto riesgo, a costa de una “sobremedicalización” de bajo riesgo, no están exentos de efectos negativos, y a menudo enfrentan grandes dificultades para atender a las poblaciones en vías de ser marginadas, y las cuales ¡justamente están más expuestas a los mayores factores de riesgo.

En conclusión, quisimos replantear y cuestionar la evidencia de un camino bien delimitado por el desarrollo de la asistencia obstétrica que puede darse en cualquier país. Tratamos de demostrar que existen alternativas a una “medicalización” conforme al modelo dominante en occidente, pero esta “medicalización” no presenta únicamente ventajas y conlleva en el caso de México la marginación de ciertas franjas de población. Sin embargo, elegir otros caminos supone un intenso voluntarismo que implica aspectos múltiples, que van de la organización a la formación, pasando por la investigación y la redefinición de las profesiones.

### Bibliografía

- Akrich, M. y B. Pasveer B. (1996), *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, París, Les Empêcheurs de Per ser en Rond.
- Arney, W. R. (1982), *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago-Londres, The University of Chicago Press.
- Goody, J. (1979), *La raison graphique: la domestication de la pensée sauvage*, París, Éditions de Minuit.
- Jordan, B. (1993), *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation in Yucatan*, Holanda-Suecia-Estados Unidos, Prospect Heights/Waveland Press.
- Lerner, S. y André Quesnel (1994), “La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 3 (27), pp. 543-578.
- Marland, H. (1994), “The Midwife as Health Missionary: The Reform of Dutch Childbirth Practices in the Early Twentieth Century”, en H. Mar-

land y A. M. Rafferty (eds.), *Midwives, Society and Childbirth*, Londres, Routledge, pp. 153-179.

Yanes Esser, Rosa María (1997), "Hacia una antropología de la procreación. Trayectorias de atención al parto en tres comunidades del estado de Morelos", tesis, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.