

Evolución del cuidado materno infantil

Cristina Ramírez Carrillo

Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Deleg. 2 Noreste del D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social.

La supervivencia del ser humano ha propiciado en forma natural costumbres que al paso del tiempo y de acuerdo a los momentos históricos han ido adecuándose conforme a creencias, y a necesidades del hombre. La atención materno infantil, de una u otra forma, ha tenido la finalidad de asegurar la permanencia de la especie en el planeta, y como consecuencia, la existencia de individuos responsables de esa misión.

Con el fin de confirmar lo anterior, nos remontaremos a la cultura mexicana —en el entendido de que no es el único ni el primer antecedente del cual partir— de ésta se emana un principio determinante *Sólo una mujer puede cuidar a otra mujer, pues sólo ella es capaz de entender los trances por los que atraviesa otra mujer*, de tal forma, se explica la existencia de la *Tlamatquicitl*: partera, mujer sabia, considerada sacerdotisa por sus múltiples funciones en beneficio de la salud y estabilidad de la familia, así como, por sus amplios conocimientos de herbolaria que la constituyeron en un pilar de su sociedad.

En reconocimiento a la importancia que este personaje tuvo dentro del cuidado de la embarazada y del menor de cinco años, es que se hace una descripción del papel fundamental que tuvo en la cultura mexicana. Así mismo, se describirán las funciones y el papel que la Enfermera Materno Infantil desarrolla en la actualidad. Lo anterior con el propósito de tener una visión precisa sobre el pasado, presente y futuro de la Enfermera Materno Infantil en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el momento en que se identificaba a una mujer embarazada, la *Tlamatquicitl* iniciaba los rituales correspondientes a la ocasión y era considerada como un

miembro más de la familia, con una participación activa en la vigilancia del embarazo. Orientaba a la persona preñada en aspectos de higiene y en lo relacionado con los cuidados que debía tener en el transcurso de la gestación: la mujer no debía ayunar mucho para que el producto no tuviera hambre, además, recomendaba que la madre no durmiera de día para evitar las deformaciones en la cara del niño. La *Tlamatquicitl* también cuidaba la higiene mental de la embarazada y por ende del nuevo miembro de la sociedad, para ello, recomendaba que la embarazada no se enojara, apenara, ni se asustara o se expusiera a recibir una emoción fuerte para evitar un aborto; a fin de impedir daño al nuevo ser indicaba que los antojos fueran satisfechos. La orientación y promoción de la lactancia materna era un punto que no podía quedar fuera de la vigilancia del embarazo. En su papel de sacerdotisa encomendaba a la embarazada a la diosa *Xochiquetzal* para asegurar que el embarazo llegara a feliz término.

Al acercarse la fecha del parto la *Tlamatquicitl* iniciaba una diversidad de baños y medidas higiénicas para recibir al recién nacido, complementados éstos, con rituales favorecedores de un buen parto. Sus conocimientos de herbolaria le permitían, entre otros, el uso de la ocitócina para estimular las contracciones de la matriz y del cihuapatli para atenuar el dolor. La ruptura prematura de membranas se consideraba de mal pronóstico por lo tanto nunca se efectuaba en forma intencionada.

La atención del recién nacido involucraba el cuidado del estado físico y psíquico, así como cualquier alteración que se presentara en el momento, para ello la *Tlamatquicitl* poseía las habilidades y destrezas para resolverlas. Los rituales formaban parte de la bienvenida

al nuevo ser, a la niña se le explicaba su papel femenino dentro de la sociedad y se otorgaban los cuidados correspondientes al cordón umbilical enterrándolo entre las cenizas del hogar. Esta costumbre propiciaba una conducta de encierro doméstico que aseguraba, para el futuro, una buena ama de casa. Con respecto de los niños el cordón umbilical se entregaba a los guerreros; éstos cumplían con enterrarlo en los campos de batalla con la intención de que el niño fuera un buen guerrero. Después se bañaba y vestía al recién nacido y se entregaba a la madre; de esta manera se fortalecía el acercamiento inmediato entre ambos.

Su participación posterior al parto era de gran importancia ya que encomendaba a la parturienta a las diosas del puerperio *Metlacueye* y *Macilxochitl*; vigilaba la cuarentena, efectuaba los baños de temascal y daba consejos sobre la alimentación para esta etapa, la cual consistía en atoles con raíces. Recomendaba también el aseo y el reposo personal y enseñaba a la madre cómo cuidar a su hijo. Dicha vigilancia y educación continuaban hasta los dos años en los que hacía hincapié en la importancia de la lactancia materna para evitar un embarazo inmediato. La responsabilidad de la *Tlamatquicitl* concluía con el destete, evento para el cual se efectuaba un banquete.

Como consejera matrimonial orientaba a la pareja sobre el cómo lograr ser buenos padres y sobre las normas morales sexuales; así mismo, detectaba enfermedades de origen sexual y daba el tratamiento más conveniente.

Esta mujer sabia era producto de una formación otorgada, desde su niñez, por su madre y su abuela. Un requisito indispensable para ejercer como *Tlamatquicitl* era haber tenido un hijo y acreditar un examen de destreza para obtener la licencia correspondiente.

La presencia de este personaje se diluyó con la conquista española dando paso al empirismo; la atención se redujo a la asistencia de la mujer en el parto, actividad realizada por aquellas indígenas que se creía podían tener más experiencia. La práctica quedó restringida; todo el conocimiento heredado de generación en generación y que en ese entonces respaldaba el actuar de la partera se perdió, es pertinente comentar que estas mujeres sólo atendían a la población menesterosa ya que los pudientes eran atendidos por el médico español, lo cual marcó el precedente de una atención médica clasista.

Durante la época de la colonia la iglesia tuvo ingerencia directa al cuidado de la salud debido a que administraba los recursos de los hospitales; como consecuencia lógica, éstos eran atendidos por religiosas quienes efectuaban las funciones inherentes a las de enfermería aunando las de carácter espiritual. La relación que guarda la iglesia respecto a la salud constituyó el fondo espiritual de Francisco García Clavijero, novohispano del siglo XVIII quien escribió: *el deber más importante de un sacerdote y la principal ceremonia religiosa consiste en ofrecer oblações y sacrificios para obtener un favor del cielo o en acción de gracia por favores recibidos, criterios a los que no escaparon las parturientas*. Al respecto, el Arzobispo Núñez de Haro ordenó a los sacerdotes de la Nueva España que en caso de la muerte de una mujer embarazada, y a falta de cirujano, ellos mismos tenían la responsabilidad de extraer al producto del vientre de la madre por medio de una operación cesárea con el fin de salvar el alma y tal vez la vida, en caso de que los familiares no acataran tal disposición, se le adjudicaba responsabilidad penal.

La partera indígena durante la colonia fue ubicada como un personaje empírico subordinado a una sociedad

colonialista y, por ende, del dominio masculino con los atavismos religiosos y de discriminación racial —sumándose en ambos casos— su condición de mujer, situación que continúa con diferentes matices durante toda esta etapa.

La vigilancia y la atención integral que otorgaba la *Tlamatquicitl*, se redujo a la atención del parto, quedando fuera el control prenatal y más aún la vigilancia al niño, para quien sólo se aseguraba la lactancia materna.

Con el advenimiento del capitalismo se recrudesció la conducta discriminatoria hacia las mujeres curanderas y parteras (denominadas por el vulgo: matronas o comadronas). Por su parte el médico la relegó a la categoría de ayudante, sus funciones se redujeron a las de tipo manual: bañar al recién nacido o cambiarlo de ropa y otras actividades de tipo doméstico. No es sino hasta inicios del siglo pasado (1905) cuando surgió la primera escuela de enfermería en la ciudad de México ubicada en el Hospital General. Desde sus inicios y hasta 1974 estuvo dirigida por médicos, por lo que la formación de sus egresados estuvo enfocada hacia lo curativo, rehabilitatorio, y de apoyo al quehacer médico.

La revolución mexicana trajo como consecuencia que la participación de la mujer en la atención materno infantil ocurrió también en el campo de batalla a través de las soldaderas, quienes asumieron en ocasiones la función de parteras.

Paralelamente a la atención de las parteras empíricas en este mismo periodo surgió la carrera de obstetricia con auge básicamente en la ciudad.

La institucionalización de la atención a la salud se concretó con la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1943, identificando al médico como el profesional encargado para efectuar esta labor; la actividad de enfermería en la consulta externa

y su participación en el campo de la educación se concretó a aspectos de higiene y dietéticos. En 1957 se marcó el inicio a la actividad educativa formal con el surgimiento de la Enfermera Sanitarista —personal especializado que recibe capacitación relacionada con la atención materno-infantil (como sería el rubro de inmunizaciones en el menor de cinco años y en la embarazada) y aspectos relacionados con la nutrición—. Esta enfermera concretó su atención a la embarazada y al niño, sin un enfoque específico de un programa materno infantil.

El modelo de atención que prevaleció desde esa época en las diferentes instituciones no alcanzó a cubrir las necesidades de salud demandantes, por lo que la mortalidad materna e infantil continuó dentro de las primeras causas de muerte general. En 1975 la mortalidad perinatal ocupó el quinto lugar y del total de mortalidad general el grupo menor de cinco años significó 35.7%, resultado que motivó la implementación de estrategias encaminadas a impactar en los grupos ya identificados como vulnerables (embarazadas y menores de cinco años).

A los antecedentes ya enunciados se sumó la Conferencia sobre Atención Primaria llevada a efecto en Alma Ata en 1978, reunión de trascendencia para la salud materno infantil, pues, en ella se determinó la atención a este grupo como estrategia prioritaria. Como respuesta a estas orientaciones el IMSS estructuró un programa con el propósito de hacer eficientes y accesibles los servicios de salud a la población materno infantil con una visión de prevención e integralidad, surgiendo en 1982 el Programa Materno Infantil (PMI) con objetivos bien determinados: mejorar la calidad de la atención; optimizar recursos e incrementar la cobertura de mujeres en etapa pre-gestacional, intergestacional, mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Con estas expectativas se plantearon líneas de acción encaminadas al logro de los objetivos proyectados:

- Atención médica basada en el concepto de riesgo
- Conformación del equipo multidisciplinario
- Atención médica integral
- Supervisión y evaluación escalonados.

Estas pretensiones determinaron en 1983 la inclusión de la enfermera general en el programa materno infantil, con funciones específicas en el campo de la educación para la salud. Por tal motivo, se establecieron como cualidades inherentes al innovador perfil de la enfermera:

- La facilidad de palabra
- Saber escuchar
- Habilidad para dar pláticas y facilidad para relacionarse.

Otros requisitos fueron; tres años de antigüedad como mínimo, haber laborado en los servicios de ginecología, obstetricia, tocoquirúrgica o pediatría y aprobar el curso teórico práctico de materno infantil con duración de 80 horas. No fue, sino hasta 1990 que mediante un convenio entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS se formalizó la categoría Enfermera Especialista Materno Infantil (EMI) transformando por única ocasión la plaza de las enfermeras generales con funciones en el programa.

En la actualidad para algunas personas es difícil concebir a la enfermera, fuera del ámbito hospitalario, con una misión diferente a la curativa. Generalmente la enmarcan como un personaje mitigador del dolor, relacionado con la enfermedad e incluso con la muerte; pierden de vista que ella integra múltiples acciones manifestadas en diferentes campos de acción, como actuar antes de que el dolor, la enfermedad y la muerte hagan acto de presencia en el individuo y la familia del mismo.

Tal es el caso de la EMI, cuyo campo de acción principal se da en el primer nivel de atención, con funciones enfocadas a la identificación oportuna de factores de riesgo en la embarazada de bajo riesgo y en el menor de cinco años, así como proporcionar educación personalizada y acorde a los riesgos identificados con un enfoque de autocuidado de la salud y prevención.

Desde sus inicios la EMI recuperó implícitamente el reconocimiento ancestral que tenía la *Tlamatquicitl* como mujer sabia, pues fue bien aceptada por la población de embarazadas y madres de menores de cinco años, aceptación evidente que en la actualidad se ve fortalecida por la aceptación del padre de familia, cuando se le integra a la actividad educativa haciéndolo copartícipe en la vigilancia de la embarazada y del menor de cinco años.

Las capacidades técnica y educativa de la EMI, la constituyen en un elemento capaz para generar cambios en los patrones de conducta de los individuos en beneficio de su salud.

Los conocimientos de la EMI le permiten identificar signos de alarma o riesgo en la embarazada de bajo riesgo a través de la interpretación de resultados de laboratorio, el monitoreo mensual del crecimiento uterino, peso, y presión arterial, la búsqueda intencionada de edema y condiciones del foco fetal, y el interrogatorio.

De acuerdo a los hallazgos se determinan las actividades educativas según la situación específica de la embarazada y hace el envío a los servicios de medicina preventiva, y de ser necesario, al médico familiar. La educación sobre aspectos para favorecer la lactancia materna y los cuidados durante el embarazo, son puntos que no pueden faltar en la educación otorgada.

Orienta a la embarazada respecto al momento del parto y sobre la impor-

tancia que tiene el inicio temprano de la relación madre-hijo (con el surgimiento de sanatorios y maternidades se perdió la costumbre de mantener al recién nacido con su madre). El Programa de Alojamiento Conjunto se ha establecido para rescatar los efectos benéficos que se obtienen con la costumbre de mantener a la madre y a su hijo juntos desde el momento posterior al parto.

En cuanto a la vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, la participación de la EMI está encaminada a establecer un monitoreo periódico del peso y talla —parámetros que le permiten evaluar el estado nutricional del niño— y enfocar la orientación die-

tética en forma específica. Informa a la madre respecto al desarrollo psicomotor y le enseña a identificar los aspectos de maduración neurológica y de factores de riesgo en el niño. También enseña a la madre las técnicas relacionadas con la estimulación temprana del niño a través de ejercicios correspondientes a la edad; está al pendiente del esquema de vacunación y hace los envíos necesarios a medicina preventiva o con el médico familiar.

Su participación en la salud reproductiva la dirige a las embarazadas y madres de niños menores a cinco años, identificando el riesgo y expectativas reproductivas; elementos que le permiten otorgar una consejería

acorde a cada mujer y fomentar la aceptación de un método anticonceptivo en su proyecto de planificación familiar o evaluar la satisfacción del mismo en el caso de las ya usuarias.

La intervención actual de la EMI no dista mucho del rol social de la *Tlamatquiticitl*; y dada la multidisciplinariedad en la atención a la salud, la EMI requiere profundizar su actuación y responsabilidad social para con la población, de tal forma que alcance el reconocimiento y trascendencia a su actividad.

Por lo tanto, la EMI hace factible la obtención de resultados satisfactorios respondiendo a las necesidades y programas prioritarios de salud en el país.