

Las obstetrices en Marruecos: búsqueda de reconocimiento como socias calificadas en la atención materna centrada en las mujeres

Fatima Temmar,^a Bilkis Vissandjée,^b Marie Harem,^c Alisha Apale,^d Devorah Kobluke

- ^a Candidata al MSc, School of Nursing, University of Montreal, Montreal, Canada, y Enfermera-Obstetrix y Profesora Asociada, Institute of Training for Paramedical Professions, Rabat, Marruecos
- ^b Profesora, Escuela de Enfermería, University of Montreal, Montreal, Canada, Correo electrónico: bilkis.vissandjee@umontreal.ca
- ^c Profesora Asistente, School of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, y Enfermera-Obstetrix y Profesora Asociada, School of Nursing, Saint-Joseph University, Beirut, Líbano
- ^d Coordinadora de Investigación, School of Nursing, University of Montreal
- ^e Asistente de Investigación, School of Nursing, University of Montreal

Resumen: *A nivel mundial, cada vez más se solicita a las obstetrices que proporcionen atención competente a las mujeres embarazadas y los recién nacidos. En Marruecos, existe una persistente falta de reconocimiento profesional de la obstetricia (partería), lo cual concuerda con la amplia desigualdad de género y el bajo estatus de las mujeres. La formación en obstetricia ha evolucionado desde la década de 1960 hacia un programa de pregrado de tres años. Pese a ello, actualmente existe una escasez de obstetrices para atender al gran número de partos en Marruecos. Estas han sido sustituidas parcialmente por parteras tradicionales, especialmente en las zonas rurales. La tasa de mortalidad materna continúa elevada. No obstante, recientes políticas gubernamentales reflejan mayor atención a las necesidades de las mujeres: p. ej., desde febrero de 2006, las obstetrices tienen derecho a solicitar un reembolso si un médico no está disponible. Desde 1990, la Asociación de Obstetrices de Marruecos ha fomentado una revisión del currículo de obstetricia, mejoras en la capacitación y la validez profesional de la obstetricia. Las alianzas con asociaciones internacionales de obstetricia han demostrado los retos encontrados en otros lugares y nos han ayudado a establecer estrategias específicas para promover el reconocimiento profesional, la autonomía y la visibilidad de la obstetricia en Marruecos. En un contexto cultural como este, parece fundamental establecer un vínculo disciplinario entre las obstetrices y la comunidad médica. Sin embargo, solo al reconocerse la competencia, las habilidades y el valor de las obstetrices podrá evolucionar la práctica de obstetricia progresivamente hacia una atención a la maternidad centrada en las mujeres. © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: obstetricia, posición de las mujeres, mortalidad materna parteras, temas de género, formación de proveedores de servicios, Marruecos.

Cada vez se está convocando más a las obstetrices para satisfacer la creciente demanda de atención de las madres y los recién nacidos en hogares de parto, hospitales de maternidad y centros rurales mediterráneos en Marruecos. A pesar de la necesidad urgente de atención holística centrada en la mujer, la práctica de la obstetricia continúa notablemente influenciada

por el énfasis médico en las afecciones asociadas al embarazo y el parto. También hay una falta persistente de reconocimiento de la obstetricia como práctica profesional y autónoma en Marruecos. Ello es consistente con un sistema inherente de inequidad de género ampliamente difundido, que mantiene a la gran mayoría de las mujeres en una baja posición.¹⁻³ De allí que los servicios entregados por

las obstetrices sigan siendo invisibles, en gran medida, como lo son las necesidades de las mujeres para cuya atención han sido formadas.

A pesar de la ausencia aguda de evidencia científica y de información sistemáticamente documentada en relación con la práctica de la obstetricia en Marruecos, consideramos que es oportuna la discusión de la práctica de la obstetricia en Marruecos. Las estadísticas recientes sobre nacimientos y mortalidad materna, así como los cambios en la reglamentación que gobierna la práctica de la obstetricia, están entre las razones que justifican lo señalado. Este artículo describe la evolución de la educación de la obstetricia y la práctica de la obstetricia en Marruecos desde mediados del siglo XX, momento en el cual se revisó la Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de la Maternidad.⁴ La historia de la práctica de la obstetricia en Marruecos está ilustrada en informes de investigación, donde los hay, así como en la data estadística del Ministerio de Salud Marroquí, de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud.

La formación en obstetricia en Marruecos: un sendero complejo

La obstetricia, tal como es practicada en el Marruecos de hoy, es el resultado de una historia compleja de diversas formas de capacitación educacional. Antes de 1950, el cuidado obstétrico era brindado solo por parteras tradicionales (*kablas*) en los hogares de las mujeres en las regiones rurales y semiurbanas. Hoy en día, las *kablas*, con su limitada capacitación oficial en obstetricia, continúan ofreciendo ayuda en el parto y en la atención posnatal, principalmente en las áreas remotas. Son reconocidas y respetadas por las comunidades rurales por su madurez y por su papel como confidentes. En tanto que la propia naturaleza de su cuidado –centrado en las mujeres y brindado por las mujeres– ofrece oportunidades para el empoderamiento reproductivo de las mujeres rurales, también refuerza de manera inadvertida los constructos de género prevalecientes en la sociedad marroquí.

Todavía en los años cincuenta y hasta los años sesenta, se diseñaba programas oficiales para mujeres interesadas en atender los partos, conocidas como

Recuadro 1. Historia de la capacitación obstétrica de diferentes niveles entre 1963 y 2003

- **Infirmière accoucheuse:** Enfermera capacitada en un año para tener la autorización para atender embarazos y partos.
- **CAP en obstétrique:** Certificado en obstetricia: capacitación de dos años
Spécialiste en obstétrique: Enfermera-obstetrix formada en el nivel de posgrado (luego de la Reforma Educativa de 1993)
- **Sage-femme "nouveau régime":** Enfermera-obstetrix formada por tres años a nivel de pregrado

moualidates (Recuadro 1). Originalmente, se inició un programa de dos años en Rabat, la ciudad capital bajo el Protectorado Francés.⁵ Aunque solo se requería un certificado de la escuela primaria para calificar para la formación, no se capacitó sino a un número limitado de mujeres, debido a que no era socialmente aceptado en esos días que las mujeres se trasladaran a Rabat para estudiar. En 1960, para que las *moualidates* pudieran atender partos y entregar cuidados perinatales, se requería que hubieran seguido el curso de un año conducente al Certificado de Aptitud Profesional. El curso se extendió a dos años en 1970.⁵ Se esperaba que las mujeres que obtenían este Certificado trabajaran mayormente en las áreas rurales, a pesar de que también las *kablas* sin capacitación seguían ofreciendo tal cuidado.

Mientras tanto, en los años cincuenta el monitoreo del embarazo y del alumbramiento de los bebés en las instituciones de salud urbanas se convirtió en una de las responsabilidades de otras trabajadoras de salud mujeres, desde auxiliares hasta enfermeras, pero siempre actuando bajo la autoridad médica.⁶ Históricamente, los médicos varones en Marruecos rara vez daban atención obstétrica, particularmente porque había alternativas mejor retribuidas. Sin embargo, parcialmente en respuesta al aumento en las tasas de embarazo, los funcionarios médicos y las enfermeras, capacitadas o no en obstetricia y ginecología, gradualmente fueron asumiendo las responsabilidades de las obstetrices, principalmente en las áreas urbanas. En las áreas rurales, aunque eran las *kablas* la que atendían a las mujeres en

espera, se les exigía que reportaran el hecho a un funcionario médico, para que este determinara cómo debía llevarse a cabo la atención, según se necesitara. Esto estaba en línea con el *dahir* (ley promulgada por el rey) que data de 1960.⁷ Esta ley confería el último reconocimiento y autoridad al funcionario médico (generalmente un varón), sobre la obstetriz (usualmente una mujer). Esto era, y sigue siendo, ampliamente aceptado en la sociedad marroquí y refuerza de manera inadvertida los constructos de género prevaletentes.

En los años sesenta, el Ministerio de Salud estableció un programa de formación de dos años en obstetricia en el nivel de posgrado en la *École de Cadres* en Rabat, para afrontar la escasez de parteras calificadas. Las enfermeras podían acceder a este programa luego de haber culminado un grado académico de tres años en enfermería y en temas de técnicas sanitarias afines en el pregrado. Por el mismo tipo de asuntos de género que limitaron el éxito de la capacitación de las *moualidates*, este programa de posgrado también fue incapaz de formar a un número suficientemente amplio de obstetricas para llenar las necesidades marroquíes, especialmente en las áreas rurales. Por cierto, un promedio de tan solo siete obstetricas por año obtuvo el diploma de graduación de esta escuela, con un total de únicamente 239 graduadas en los 30 años transcurridos desde 1964 hasta 1995. Más aún, sus graduadas usualmente terminaban practicando en centros urbanos, contrariamente al propósito principal de ubicar a las obstetricas en las diferentes regiones del país.

Hacia 1986, el Ministerio de Salud había cambiado de conducción y su División de Capacitación empezó a promover la formación en enfermería para enfermeras en las escuelas de enfermería a través de todo Marruecos, ofrecida como parte de un programa de dos años en el nivel de pregrado, que incluía la especialización en obstetricia. En 1988, las mujeres que habían culminado su tercer año en la escuela secundaria estaban aptas para enrolarse en este programa de capacitación especializada. Entre 1986 y 1991 se graduaron un total de 820 enfermeras-obstetricas.⁸

En 1993 se llevó a cabo una reforma en profundidad de los programas de formación para

toda la gama de técnicos sanitarios, incluyendo a aquellos para enfermeras-obstetricas.⁹ Lamentablemente, luego de 1993, la formación en obstetricia a nivel de posgrado se dejó de ofrecer. En su lugar se estableció un programa de pregrado de tres años para estas profesionales de la salud, incluyendo a las enfermeras, programa que estuvo a cargo de los *Instituts de Formation aux Carrières de Santé* (IFCS, Institutos de Formación para Profesionales de la Salud).¹⁰ Hoy día esta formación es ofrecida en ocho Institutos de Capacitación Regional en Agadir, Casablanca, Fes, Marrakesh, Meknes, Oujda, Rabat y Tetouan. Desde 1997 se han venido graduando del programa en todo el país un promedio de 200 enfermeras-obstetricas por año; en los años 2002, 2003 y 2004 se graduaron 212, 293 y 332, respectivamente. Las estadísticas son alentadoras, pues entre 1963 y 2003 se capacitó a un total de 2,495 obstetricas en ocho Institutos Regionales.¹¹ Adicionalmente, la calidad de la práctica profesional de estas nuevas graduadas fue evaluada favorablemente. La evaluación tuvo lugar en áreas rurales seleccionadas (Azilal, El Haouz, Chicaoua, Sidi Youssef Ben Ali), así como en áreas urbanas (Menara, Medina y Syba). Sin embargo, aunque la competencia técnica de las obstetricas estaba demostrada, aún permanecía ausente el enfoque holístico basado en las necesidades de las mujeres.¹² Más aún, la rotación del personal y un paquete de jubilación temprana han tenido como consecuencia que aproximadamente 200 obstetricas por año en todo el país hayan dejado sus puestos. Así, el número de obstetricas puede haberse estancado por algún tiempo, en una cifra por debajo del total de 2,000.¹³

En octubre de 2004 había 1,621 obstetricas activas en el sector público y se atendió 665,396 partos.¹⁴ Esto da una razón estimada de una obstetriz por cada 289 partos. El estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es, por comparación, de una obstetriz por cada 200 partos. Esta razón puede parecer muy alta como aspiración para Marruecos, especialmente debido a los riesgos y morbilidades asociadas que ocurren en las áreas rurales. Sin embargo, Marruecos está en el sendero correcto en relación con el número total de obstetricas. A pesar de la actual escasez de enfermeras-obstetricas, aún

podría alcanzarse el estándar de la OMS en los próximos cinco años. Tomando como referencia el informe de la Comisión sobre Recursos Humanos, se necesitará en Marruecos unas 2,528 obstetras para atender todos los partos. Hay, pues, actualmente una escasez de aproximadamente 950 obstetras. Si bien no es seguro que se llegue a este número, la División de Capacitación está trabajando intensamente para atraer a las mujeres al programa, para cumplir con el estándar de la OMS para el año 2010.¹⁴ Sin embargo, tan importante como los números globales es el equilibrio apropiado en la distribución geográfica de las obstetras entre las áreas urbanas y rurales. En efecto, la recomendación de la OMS es que se cuente con personal calificado (es decir, obstetras y obstetras) en el 90% de los partos para el año 2015 en las regiones en las que éstos no estaban disponibles anteriormente. Debe recordarse que en 1997, el 40% de los partos en Marruecos rural no eran atendidos por personal calificado.⁵ Más aún, a pesar de que las obstetras recién graduadas fueron inicialmente destacadas por la División de Capacitación al área rural, la mayoría se ha casado al finalizar su capacitación, por lo cual es imposible que abandonen sus hogares para asumir el puesto en un área rural.¹⁵

En el año 2000, una Comisión, designada conjuntamente por el Ministerio de Salud (responsable de la capacitación de las enfermeras-obstetras a nivel de institutos) y el Ministerio de Educación (responsable de la capacitación a nivel universitario) revisó el currículo y los enfoques pedagógicos de la formación en obstetricia. Esta comisión estaba conformada por ginecólogos, obstetras y enfermeras-obstetras. Si bien el contenido ha sido actualizado, aún predomina un foco técnico, especialmente con respecto al tratamiento médico de la enfermedad, en lugar de un enfoque preventivo y *promocional* de la salud enmarcado en la experiencia global del embarazo. Ello se sustenta en el hecho de que se sigue percibiendo las dimensiones sociales de la salud como una preocupación secundaria, y de que el dominio de las competencias prácticas y técnicas confieren gran prestigio a los servidores. Esto se traduce en la atención dominante que reciben los aspectos técnicos del parto mismo, en vez de incluir

las necesidades emocionales de la futura madre. Más aún, los funcionarios médicos, sea que hayan sido capacitados en ginecología y en obstetricia o no, aún tienen que estar presentes para «vigilar» la atención que da la enfermera-obstetra, independientemente de la experiencia y capacitación que ella tenga. El escenario usual es que la enfermera-obstetra actúa en la evaluación «técnica» de la mujer en trabajo de parto y se refiere al funcionario médico –el que todavía suele ser un hombre– para que él prescriba los siguientes pasos (generalmente los recomendados por la enfermera-obstetra). Cada vez más, en las áreas rurales, las enfermeras-obstetras han aguzado sus habilidades para afrontar las complicaciones. Sin embargo, es el funcionario médico el que tiene el reconocimiento oficial para tomar la decisión final, especialmente cuando se presentan situaciones de litigio potencial.

Obstetricia, relaciones de género y posición de las mujeres en Marruecos

Con lo anterior como telón de fondo, algunos creen que una política de promoción de la atención domiciliar prenatal y del parto, a cargo de las obstetras calificadas, constituye una estrategia más conducente para permitir que las obstetras modelen el cuidado de las mujeres de acuerdo con las necesidades, recursos y restricciones sociales de las mujeres, debido a que el reino doméstico está dominado por las mujeres. Sin embargo, esto puede acomodarse a los constructos de género prevalecientes y reforzarlos inadvertidamente, así como reafirmar la marginación de las mujeres del acceso a la atención de la maternidad integral y de la visibilidad dentro del contexto más amplio de la sociedad marroquí.^{1,2,16} En la literatura se ha tratado ampliamente sobre la naturaleza política de las relaciones de poder atravesadas por el género, y la representación y visibilidad de las mujeres dentro del contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.¹⁷⁻¹⁹ Bajo la política actual del Ministerio de Salud en Marruecos, las decisiones de las enfermeras-obstetras con relación a los cuidados obstétricos son soberanas sí, y solo sí, son tomadas en ausencia de un médico general o de un ginecólogo.

La Encuesta Nacional de Salud reciente (2003-2004)²⁰ observó que la relación jerárquica entre obstetrices y obstetras se extiende, creciente y sutilmente, hacia interacciones entre las mismas obstetrices, así como en relación a otros cuadros de profesionales de la salud. Se ha reportado, en relación con las obstetrices, la ausencia de consideración por sus pares, la escasa colaboración y sus actitudes desdeñosas, así como sentimientos de temor y de angustia.³ A resultas de ello, las obstetrices contribuyen inconscientemente a la falta de reconocimiento de su contribución profesional específica a la atención de la salud.

Sin embargo, en la filosofía de la práctica obstétrica está enraizado profundamente un concepto multidimensional de la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El objetivo principal de la obstetricia es proveer a las mujeres de una atención sensible, centrada en las mujeres, en la que es crítico incluir a la pareja masculina (usualmente el esposo) en la experiencia del embarazo, el parto, y la crianza.^{18, 21, 22} En este contexto, la obstetricia es una respuesta a las inequidades en el acceso de las mujeres a los recursos, oportunidades y condiciones sociales necesarias para la salud. La atención obstétrica tiene como objetivo reducir las muertes y la morbilidad debidas a la atención inadecuada de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, las que solo pueden ser satisfechas mediante la elevación de las necesidades e intereses de las mujeres en todos los sectores de la sociedad.^{17, 23}

La inquietud por los roles sociales en la promoción de la salud materna y reproductiva no debería ser respaldada exclusivamente por el personal femenino a cargo de la atención de la salud. Sin embargo, la construcción social de las relaciones de género en Marruecos, particularmente en cuanto concierne al papel de las mujeres en las esferas privada y pública, a menudo prohíbe que los proveedores varones de atención de la salud reconozcan las diversas contribuciones de las mujeres lo que, a su vez, puede afectar las experiencias clínicas de las mujeres y los resultados en la salud. Por ejemplo, un caso en cuestión es la práctica aún corriente del parto en la posición recostada o boca arriba, con los pies de las mujeres en los estribos, las episiotomías de rutina,

las cesáreas frecuentes y el uso abrumador de términos técnicos en su entorno que las mujeres no pueden comprender. Estas prácticas están a la base de las razones por las cuales el parto domiciliario a menudo representa una forma de refugio de seguridad, especialmente para las mujeres más vulnerables.

Otro tema recurrente de preocupación entre las mujeres y los proveedores de atención de salud sexual y reproductiva es el papel de los hombres con relación a la planificación familiar. Los varones en Marruecos siguen controlando la fecundidad femenina, sea abiertamente o de maneras sutiles. Algunos métodos de planificación familiar todavía encuentran una gran resistencia; entre éstos están los dispositivos intrauterinos e, incluso, los condones.^{8, 16, 17, 24} Son realidades como éstas, surgidas de las normas sociales prevalecientes, las que crean complicaciones para las mujeres que desean controlar sus propios cuerpos. También hacen más difícil que los profesionales de atención de la salud implementen actividades de planificación familiar. A pesar del aparente control masculino sobre la fecundidad de las mujeres, sin embargo, se percibe el embarazo y el parto como experiencias de la vida natural que las mujeres deben afrontar discretamente y con tanta privacidad como sea posible.

La mejora en el acceso de las mujeres a la atención obstétrica

Por encima de los muchos asuntos relacionados con la falta de control de las mujeres sobre su propia fecundidad, las obstetrices plantean una inquietud adicional en el sentido de que las exigencias de discreción y privacidad no les permiten a las mujeres procurar una respuesta apropiada y oportuna en los casos de complicaciones obstétricas. A este respecto, Dialmy convoca la atención a:

«... la ley de atención inversa hoy vigente, por la cual quienes están más necesitados de servicios de atención de la salud, principalmente en las áreas rurales, son los que reciben lo menos; este nivel reducido de uso no es necesariamente una señal de resistencia o una elección deliberada»²⁴ [traducción libre de las autoras]

Las razones de mortalidad materna dicen muchísimo. Las estadísticas más recientes, para 2003-2004, estiman 267 muertes por 100,000 nacidos vivos en las áreas rurales, versus 187 en las áreas urbanas.²⁰ Sin duda, son muchos los factores asociados a tales inequidades, incluyendo la presencia de co-morbilidades, la pobreza, la falta de recursos financieros, la dependencia financiera, y los determinantes geográficos de acceso a los servicios apropiados para la madre y el niño.^{21,16,24} Pero el incremento en el número de enfermeras-obstetrices adecuadamente capacitadas, así como los esfuerzos hacia su reconocimiento, deberían beneficiar a quienes más precisan de estos servicios para prevenir las complicaciones y la muerte. Por lo tanto, es factible reducir progresivamente la brecha entre las tasas de mortalidad en las áreas rurales y las urbanas.

Desde la perspectiva de las políticas, el aumento de la sensibilidad de género con respecto a la atención profesional de las mujeres mejoraría el acceso a y la calidad de la atención. Desde la perspectiva del diseño de servicios, esto significaría abordar las insuficiencias persistentes tales como las horas de atención limitadas en la atención ambulatoria que no respetan la dinámica de la familia, y el costo prohibitivo de los fármacos de venta con receta. En relación con la atención materna, el costo de ultrasonidos repetidos e innecesarios puede reducir lo que se gasta en otros aspectos del cuidado, particularmente cuando la salud de la mujer no es una prioridad en el presupuesto del hogar. Un contexto tal es reforzado por la dependencia financiera de las mujeres marroquíes.^{2,17,24}

Las obstetrices: una fuente de poder a ser apropiada por, para y con las mujeres

La conceptualización de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la obstetricia se extiende más allá del sexo y la reproducción, y los objetivos de la obstetricia abarcan más que la ausencia de enfermedad. Más bien, tal como suscriben y promueven muchas agencias internacionales y cuerpos

En el año 2005, el Ministerio de Salud emitió un decreto que permitía a cada mujer embarazada hacerse una ultrasonografía, la que podría ser reembolsada por su seguro de salud.

de investigación y desarrollo, la salud sexual y reproductiva debe abordarse a través de un compromiso permanente multisectorial con la salud de las mujeres en el contexto de las condiciones socioculturales. Este compromiso incluye la consideración del medio en que viven las mujeres, las normas y percepciones de género, la representación y liderazgo de las mujeres en los foros políticos y económicos, así como un compromiso global asociado al acceso equitativo para varones y mujeres a los recursos y a las oportunidades. En Marruecos, la mejora de la salud sexual y reproductiva supone la incorporación de más oportunidades para dar soporte a los valores personales y elecciones de las mujeres.²⁶

La experiencia marroquí destaca la importancia de comprender cómo el modelo médico globalmente dominante moldea las prácticas de la obstetricia y, en última instancia, la magnitud de la contribución de la obstetricia al cuidado de salud sensible al género de las mujeres marroquíes. Uno de los retos vigentes de las obstetrices en Marruecos es la reconciliación creativa, con las mujeres, de los mejores elementos del modelo médico y del conocimiento y prácticas locales a fin de generar nuevos patrones de atención de la salud materna y reproductiva.²⁶ Esta visión coincide con prácticas de salud culturalmente relevantes y con la atención a los valores, expresiones y conductas de las mujeres con respecto al embarazo, parto y posparto.^{27,28}

La visión de la atención de salud centrada en las mujeres, por la que abogan la obstetricia y otros profesionales del cuidado de la salud, está en línea con el Plan Estratégico Nacional Marroquí,²⁹ que otorga un lugar especial a la promoción de las necesidades e intereses de las mujeres en el planeamiento social. Son diversas las nuevas políticas de gobierno que reflejan un incremento de la atención a las necesidades e intereses de las mujeres, incluyendo el Código de Familia (*Code de la Famille*) de 2004, que reconoce los derechos de las mujeres en términos de la posición personal, y la creación del Ministerio de la Familia, la Solidaridad y la Acción Social, para impulsar las actividades globales de la sociedad civil. Además, luego de las elecciones parlamentarias de 2003, un sistema de cuotas hizo posible que más mujeres entraran al Parlamento, haciendo que el número de asientos

conservados por las mujeres aumentara de dos a 33.³⁰ Aún más recientemente, desde febrero de 2006, las obstetrices pueden tener un reembolso en caso de que no haya un médico disponible.

Es crucial que el gobierno también se comprometa a sí mismo a invertir en la infraestructura de salud pública, como lo alientan los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En efecto, las obstetrices están reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como «grupo clave para la reducción de las tasas inaceptablemente altas de mortalidad y de daño de las mujeres, como consecuencia del parto».^{18,31}

Organizaciones profesionales y redes: aliados naturales

El establecimiento de redes de colaboración, proyectos y reuniones conjuntas dentro de la profesión de la atención de la salud de Marruecos, también es importante, como lo es la creación de redes y sociedades en el nivel internacional de la profesión de obstetricia.

Creada en 1990, la *Association des Sages-Femmes Marocaines* (AMSF, Asociación Marroquí de Obstetrices) ha puesto su atención principal en la educación continua de las obstetrices (en vinculación con el Colegio Americano de Obstetrices y la USAID). La AMSF ha sido activa en la capacitación y en temas del desarrollo de la carrera, y ha trabajado con una serie de agencias no gubernamentales para brindar educación y atención a los grupos vulnerables y menos privilegiados.

Las acciones adoptadas por la AMSF a favor del reconocimiento sistemático de la obstetricia como práctica profesional han encontrado una oposición fiera de parte del Colegio Marroquí de Ginecólogos y Obstetras, particularmente en el sector privado. Esto se debe parcialmente a la jerarquía notablemente marcada por el género que existe en el sistema médico marroquí, pero también debido a la influencia subyacente de la reglamentación del *dari*, en 1960, que sancionaba la dominación médica sobre todas las demás profesiones técnicas de atención de la salud, incluyendo a la enfermería y a la obstetricia. Para desafiar esta norma se requiere de esfuerzos conjuntos entre las obstetrices, las

enfermeras y los técnicos sanitarios, en alianza con la profesión médica.

A través de los últimos pocos años, las sociedades con las asociaciones profesionales internacionales tales como el *Secretariat International des Infirmières e Infirmiers de l'Espace Francophone* (SIDIIR, Secretariado Internacional de la Enfermeras y los Enfermeros del Espacio Francófono), El Colegio Americano de Obstetrices, la Confederación Internacional de Obstetrices y *Sages Femmes du Monde* (Obstetrices del Mundo) han conducido a resultados positivos. No siendo el menor de los mismos el que hayan permitido que la AMSF haya comprendido los desafíos que la obstetricia encuentra en otras partes del mundo. También han hecho posible el establecimiento de una relación más sólida con la *Association Marocaine des Sciences Infirmières et Techniques Sanitaires* (AMSITS, Asociación Marroquí de Enfermería y de Técnicos Sanitarios), para establecer estrategias específicas y un marco para la promoción del reconocimiento profesional, la autonomía y la visibilidad de la obstetricia en Marruecos. Tales socios dentro del país no son usuales, pero las obstetrices deben hacer alianzas con quienes pueden aportar voz adicional –hasta que llegue el momento en que las voces de las asociaciones profesionales médicas en Marruecos se unan a las nuestras.

En conclusión

La práctica contemporánea de la obstetricia en Marruecos está situada en varias encrucijadas contenciosas en una sociedad en la que las acciones y las relaciones entre hombres y mujeres están intensamente reguladas por una jerarquía de género. La obstetricia, una profesión que desesperadamente busca más autonomía y reconocimiento, siente vivamente esta jerarquía. La discusión presente nos lleva a convocar a una estrategia de reapropiación para la práctica de la obstetricia, en alianza con las mujeres en la comunidad, que son las receptoras principales de los cuidados obstétricos. Los retos en la implementación de la práctica obstétrica estandarizada suponen asegurar un vínculo disciplinario adecuado con la comunidad médica, y el reconocimiento y tratamiento de las obstetrices como compañeras competentes, hábiles y valiosas

dentro del equipo más amplio de proveedores de atención de la salud, tanto hombres como mujeres, incluyendo a las enfermeras, los ginecólogos y los obstetras. Es sobre esta base que puede evolucionar progresivamente el proceso de desarrollo de una obstetricia humanizada.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los editores de *International Midwifery* por su generoso permiso para presentar una versión más extensa de la monografía original publicada en esa revista: Temmar F, Vissandjée B, Kérouac S., *Strengthening midwifery practices in Morocco: a gender perspective*. *International Midwifery* 2005;18(1):8-9

La primera autora de este artículo es enfermera-obstetriz y una de las fundadoras de la Moroccan Association of Midwives creada en 1990, y tiene una larga experiencia en el campo. También ha sido activa en el diseño de capacitación para enfermeras-obstetrices en el nivel de bachillerato en Marruecos. Nuestras gracias especiales a Suzanne Kérouac, sin cuya constante ayuda y soporte esta monografía no se habría culminado. Todas, en particular la primera autora, queremos hacer un reconocimiento de la invaluable contribución de un gran número de obstetrices, mujeres y madres, ayer, hoy y mañana.

Traducción: Sandra Vallenias

Referencias

1. Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Édition du Seuil, 1998.
2. Filali H, Temmar F. Étude qualitative sur les conditions d'exercice des sages-femmes. Régions de Marrakech, Tensift, Alhaouz et province d'Azilal. Projet FNUAP MOR/PO1/02. Maroc: Ministère de la Santé, Division de la Formation, 2003.
3. Bakhach W, Benmchich R, Elghaoui A. Insertion des sages femmes formées depuis 1997 dans le milieu de travail, region Tanger - Tétouan, mémoire non publié. Rabat, Maroc: Institut de Formation aux Carrières de Santé, 2003.
4. United Nations General Conference. The Maternity Protection Convention Revised and Recommendation. Geneva: UN, 1952.
5. Temmar F. La formation de la sage-femme au Maroc: entre les besoins en santé reproductive et les défis de la profession. Tétouan: Communication au 1er congrès des sages-femmes de Tétouan, 2003.
6. Temmar F, Kamri X. Nouvelles stratégies de développement de la profession de sage-femme au Maroc. Rabat: 6 Congrès Médical, 1996.
7. His Majesty the King Mohammed V. The dahir - a royal decree - Code of Personal Status. Rabat, Morocco, 1957-58.
8. Commission Responsible for Developing Midwifery Training Programmes, 1999.
9. Ministry of Education. Decree No. 2-93-602, 29 October 1993.
10. Ministry of Education. Bill 001- Higher Education Reform, 2000. Rabat, 2000.
11. Système d'information, Division de la formation, Ministère de la santé, 2004.
12. Division de la formation, Ministre de la santé. Rapport d'activités du projet MSP/FNUAP MOR/92/POI visant l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes, Rabat, 1995.
13. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2001.
14. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2004.
15. Anderson BF. Public health professor teaches classes in Mexico, Morocco, Tibet, Tunisia and Turkey. Today, 2001 At: <http://www.llu.edu/news/today/nov2801/sph.html> Accessed September 2005.
16. Boumia R. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires des services de santé reproductive par rapport à l'approche genre; étude qualitative réalisée dans le cadre du projet: genre et développement. Rabat: Association marocaine de planification familiale, 2001.
17. Berer M. Access to reproductive health: a question of distributive justice. *Reproductive Health Matters* 1999;7(14):8-13.
18. Barclay L. Midwifery in Australia and surrounding regions: dilemmas, debates and developments. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11):149-56.

19. Lock M, Kaufert P, editors. Pragmatic Women and Body Politics. Berkeley: University of California Press, 1998.
20. Ministry of Health. National Health Survey 2003-2004. Rabat, 2004.
21. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press, 2003.
22. Kim JY, Millen JV, Irwin A, et al, editors. Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Bangor: Common Courage Press, 2000.
23. World Health Organization. Make Every Mother and Child Count. Report. Geneva: WHO, 2005.
24. Dialmy A. La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fes-Boulemane et Taza Alhoceïma - Taounate. Rabat: Division de la population, Ministère de la santé, 2000.
25. Ministère de la santé. Loi 65.00. Couverture médicale de base, 2005.
26. Makhoulf Obermeyer C. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. *Medical Anthropology Quarterly* 2000; 14(2):180-201.
27. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices *Journal of Transcultural Nursing* 2002;13(3):189-92.
28. Seisser MA. Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care [Interview]. *Journal for Healthcare Quality* 2000;24(2):18-21.
29. Statement on the National Strategic Plan. Rabat: Government of Morocco, 2003.
30. Population and Family Health Survey 2003-2004. Rabat: Ministry of Health, 2004.
31. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Global Health Forum for Research: Helping Correct the 10/90 Gap. At: www.globalforumhealth.org Accessed April 2005.