



**Universidad Autónoma de Chiapas**  
**Licenciatura en Gestión y Autodesarrollo Indígena**



**Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia  
Norte de San Cristóbal de Las Casas**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN GESTIÓN Y AUTODESARROLLO INDÍGENA**

**PRESENTA:**

**ALBA ROCÍO RAMÍREZ PÉREZ**

**Directora de tesis:**

**Dra. María Graciela Freyermuth Enciso**

**San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, marzo de 2016**



**Universidad Autónoma de Chiapas**  
Escuela de Gestión y Autodesarrollo Indígena



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas;

15 de marzo de 2016

**OFICIO No. EGAI/0223/2016**

**C. ALBA ROCIO RAMÍREZ PÉREZ**  
PRESENTE.

Con base al reglamento de Evaluación Profesional para los egresados de la Universidad Autónoma de Chiapas, y habiéndose cumplido con las disposiciones en cuanto a la aprobación del contenido de su Trabajo de Tesis Profesional Individual: "Mujeres y parteras: La atención del embarazo y parto en la periferia Norte de San Cristóbal de Las Casas" Por parte de los integrantes del jurado, CERTIFICO el VOTO APROBATORIO emitido por éste y autorizo la impresión de dicho trabajo para que sea sustentado en su Examen Profesional de la Licenciatura en Gestión y Autodesarrollo Indígena.

Sin otro particular de momento aprovecho la oportunidad para saludarle cordialmente.

Atentamente,

"Por la conciencia de la Necesidad de Servicio"

  
**DR. LAURIANO ELISEO RODRÍGUEZ ORTIZ**  
DIRECTOR



C.P. EXPEDIENTE/MINUTARIO  
LERO\*ruil

A mis padres por apoyarme siempre y  
de todas las formas posibles

A mi hermana América, por ser otro de los  
motores de mi vida

A mis abuelas por que sin saberlo  
también fueron inspiración

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis es resultado de mi estancia en la Licenciatura en Gestión y Autodesarrollo Indígena de la UNACH. Así que quiero empezar por agradecer aquellas personas que me acompañaron en este largo proceso.

A Daniela por ser mi compañera y amiga durante estos últimos años, por confiar en mí y siempre animarme a continuar. A Nigdy, Nancy, Chepe, Sandy y Dali por todos los gratos momentos y el apoyo moral brindado hacia el final de este trabajo.

Alejandra Rodríguez de la biblioteca del Instituto de Estudios Indígenas antes que todo por su amistad, por siempre interesarse en mi trabajo y darme ánimos cuando más lo necesité. También por todas las facilidades proporcionadas, por todos los cafés y pláticas compartidas, y por hacerme llegar bibliografía de manera oportuna.

Deuda especial tengo con Juana María Ruiz Ortiz del IEI-UNACH por abrirme las puertas de su casa y de su familia, mis más sinceros agradecimientos. A Karina Gutiérrez por acompañarme en los recorridos a las colonias de la periferia al inicio del proyecto.

A las mujeres que amablemente accedieron a las entrevistas, por su paciencia y su buena disposición.

A Rossy, la partera que me permitió acompañarla al Centro de Salud, que me aceptó en sus jornadas en el Hospital de las Culturas, en su casa y en algunas consultas.

A Alejandra Peña por el tiempo dedicado a leer mis múltiples borradores, por ayudarme a ordenar mis ideas.

A mi directora, la Doctora Graciela Freyermuth Enciso por aceptar dirigir esta tesis, por sus acertados comentarios y por todo el tiempo dedicado a este trabajo.

Al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Unidad Sureste por la beca proporcionada para la realización de este proyecto.

A las Doctoras: Mónica Carrasco del CIESAS-Sureste; a Mounia El Kotni de la Universidad de Albany; a Anna Garza del IEI-UNACH y a Perla Vargas de LGAI-UNACH porque sus atinados comentarios hicieron que este trabajo llegara a buen puerto.

Mención especial merecen Letty Ruiz y Carolina Cervantes por las atenciones y el apoyo brindado durante mi estancia en la Licenciatura, por su amabilidad y su dedicación.

A todas mis más profundos y sinceros agradecimientos.

# Índice

Introducción .....	10
¿Por qué estudiar la atención que proporcionan las parteras tradicionales a las mujeres indígenas de la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas?.....	11
Objetivo general .....	16
Objetivos específicos .....	16
Hipótesis.....	17
El enfoque de las representaciones sociales .....	17
Instrumentos para la recopilación de información en campo .....	20
Estructura del trabajo .....	22
Capítulo 1. Las parteras en diferentes momentos de la historia .....	23
1.1 La partería en un contexto internacional .....	23
1.2 El cambio de paradigma en la atención al embarazo y parto .....	27
1.3 El impacto de las estrategias internacionales para la reducción de las Muertes Maternas en México.....	31
1.4 Conclusiones .....	37
Capítulo 2. La partería en el contexto regional y local .....	39
2.1 Especialidades dentro de la medicina tradicional.....	39
2.2 Medicina tradicional en Los Altos y su relación con instituciones gubernamentales .....	41
2.3 Iniciativas institucionales dirigidas a parteras empíricas .....	42
2.3.1 Casas Maternas.....	43
2.3.2 Maternidad de San Juan Chamula.....	45
2.4 En San Cristóbal de Las Casas .....	47
2.4.1 Centro de Salud Urbano “Los Pinos” .....	47
2.4.2 Hospital de Las Culturas .....	48
2.5 Experiencias de la sociedad civil .....	53
2.5.1 Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH. A.C) .....	53
2.5.2 Casa de la partera .....	56
2.5.3 Formación y Capacitación. A. C (FOCA) .....	57
2.5.4 Alianza Pediátrica Global (GPA).....	58
2. 6 Conclusiones .....	58

Capítulo 3. La Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas .....	61
3.1 San Cristóbal de Las Casas .....	61
3.2 El crecimiento poblacional.....	63
3.3 La Zona Norte .....	65
Capítulo 4. Las parteras en la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas.....	68
4.1 Las parteras .....	69
4.2 Iniciación.....	71
4.3 Cómo atienden las parteras .....	73
4.3.1 Embarazo.....	73
4.3.2 Parto .....	75
4.3.3 Posparto.....	76
4.4 Vinculación con el Sector Salud.....	76
4.5 Para ser una buena partera.....	78
4.6 Cambios que han identificado .....	78
4.7 Conclusiones .....	79
Capítulo 5. Las mujeres: atención al embarazo y parto en la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas .....	81
5.1 ¿Cómo viven el embarazo, parto y puerperio las mujeres que deciden recurrir a la partera?. 82	
5.1.2 El embarazo.....	82
5.1.3 El parto .....	84
5.1.4 El puerperio.....	87
5.2 ¿Qué servicios médicos utilizan las mujeres de la Zona Norte durante el embarazo, parto y puerperio?.....	88
5.3 Dos tipos de atención .....	90
5.4 De las motivaciones que las impulsaron a acudir con la partera.....	93
5.4.1 Las que acudieron con las parteras.....	94
Conclusiones .....	102
Referencias bibliográficas .....	106
Anexos.....	113

## **Siglas**

AOE	Atención Obstétrica de Emergencia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CASA	Centro para los Adolescentes de San Miguel Allende
CM	Casa Materna
CNEGRS	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CONALEP	Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación Política
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
FOCA	Formación y Comunicación, A.C.
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GPA	Global Pediatric Alliance
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Y Geografía
INI	Instituto Nacional Indigenista
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio



OMIECH	Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna en México
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SSA	Secretaría de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ONU	Organización de las Naciones Unidas

## Introducción

La presente investigación tiene como objetivo principal describir y analizar la práctica de la partería tradicional en San Cristóbal de Las Casas. Al mismo tiempo se ocupa tangencialmente de indagar los factores que llevan a las mujeres indígenas de la Zona Norte de la ciudad a tomar la decisión de recurrir a los servicios de las parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio. Lo anterior, a pesar de que la política pública de salud de los últimos años en nuestro país ha centrado sus esfuerzos en la atención hospitalaria del parto como estrategia para reducir las muertes maternas.

El interés por investigar el tema surgió a raíz de escuchar algunas experiencias de parto no muy gratas en el sector público, por otro lado, conocí las Casas de Partos<sup>1</sup> ubicadas en San Cristóbal que en sus discursos manejaban el tema del parto humanizado o libre de violencia. Pero cuando indagué sobre los costos de la atención que proporcionaban, que en 2015 iban desde los 14, 000 hasta los 30,000 pesos, comprendí que no eran una opción para el grueso de la población. Decidí entonces enfocarme en investigar si ¿las mujeres de escasos recursos pueden tener una atención similar sin que esto derive en excesivos gastos?, fue como me di cuenta del importante número de parteras que se concentran en la periferia de la ciudad, mismas que son muy socorridas por las mujeres en etapa gestante.

Pero a pesar de la fuerte presencia de comadronas en San Cristóbal, desde el Sector Salud se ha priorizado alcanzar las indicaciones para lograr la cobertura total del parto institucional (Berrio, 2014); este objetivo tiene alcances a nivel nacional como menciona esta autora, y además deriva en apostar por la desaparición de los recursos locales de atención representado en la figura de las parteras tradicionales. Lo anterior significa un re viraje importante en la política de atención del embarazo y parto de los últimos años, pues hacia finales de la década de 1990 las parteras empíricas todavía tenían un papel fundamental en la atención del proceso reproductivo, mientras que las estrategias gubernamentales de esa época estaban encaminadas hacia la integración de estas mujeres al sistema de salud. Sin embargo, en la última década Organismos Internacionales abogaron por el cambio de estrategia.

---

<sup>1</sup>Luna Maya y Casa Colibrí.

El estado de Chiapas cuenta con el mayor número de parteras a nivel nacional, de igual modo tiene el porcentaje más alto de nacimientos atendidos por parteras (9%) registrados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2014). Así que las parteras siguen teniendo un papel fundamental en la atención de nacimientos tanto en áreas rurales como urbanas, en este último espacio es donde se llevó a cabo la investigación.

### **¿Por qué estudiar la atención que proporcionan las parteras tradicionales a las mujeres indígenas de la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas?**

En Chiapas, las condiciones de pobreza en las que viven las poblaciones indígenas son de las más altas del país. De acuerdo con el informe presentado en 2012 por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), para ese año tres de cada cuatro chiapanecos eran pobres, además junto con Guerrero y Oaxaca aportaron la mayor proporción de personas en pobreza extrema, 33.5, 26.8 y 27.7 % respectivamente (2012: 14).

Existe evidencia de la estrecha relación entre la condición de pobreza en que viven las poblaciones y las muertes maternas, pues la mayoría de estas muertes ocurren en los llamados países de bajos ingresos, y se considera pudieron evitarse con el acceso a servicios de salud eficientes (UNFPA, 2011 citado en Freyermuth y Argüello, 2014).

De acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna, México tiene una Razón de Mortalidad Materna (RMM) 17 veces mayor que países como Suecia o 3 veces mayor que países como Chile. Este organismo también señala que hay diferencias importantes entre los municipios con población indígena, cuya RMM es hasta tres veces mayor que aquellos municipios sin este tipo de población (OMM, 2015).

Con el objetivo de reducir la cantidad de Muertes Maternas, Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Naciones Unidas -a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio- en conjunto con Estados han emitido acciones y recomendaciones al respecto, en la última década se ha hecho particular énfasis en la atención intrahospitalaria del parto o que este sea atendido por personal de partería cualificado, mismo que la OMS definió como:

“[...] un profesional sanitario acreditado (partero, médico o enfermero) que ha recibido una formación teórica y práctica que lo capacita para atender los embarazos, partos y puerperios

normales (no complicados) y para identificar, tratar y derivar las complicaciones maternas y neonatales” (OMS, 2004).

Sin embargo, en Chiapas, un número significativo de mujeres sigue optando por los servicios de las parteras empíricas para la atención del embarazo y parto. Cabe mencionar que la entidad ocupa el primer lugar a nivel nacional en el número de nacimientos atendidos por parteras. A continuación se muestra la lista de los 5 estados de la República Mexicana donde más se utilizaron los servicios de las parteras durante el 2014. Los porcentajes corresponden a los nacimientos atendidos por parteras.

**Cuadro 1. Personal que atendió el parto, por entidad federativa en 2014**

Entidad	Médico	Enfermera	Auxiliar de salud	Partera	Otro	N/E <sup>2</sup>	Total de nac. en la entidad	% <sup>3</sup>
Chiapas	80124	417	179	8233	161	28	89142	9%
Tabasco	51202	70	42	2478	115	6	53913	5%
Veracruz	128305	660	84	6154	391	147	135741	5%
Puebla	118722	362	71	4678	431	52	124316	4%
Guerrero	61865	282	239	1836	455	117	64794	3%
Total nacional	2144963	7395	4048	33129	4752	786	2195073	2%

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2014*. [En línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*.

A pesar de lo evidente que resulta la existencia de un gran número de parteras a nivel nacional –En México hay 15, 966 parteras de acuerdo con el censo del 2012 de la Secretaría de Salud- y de que en distintas regiones del país las mujeres siguen eligiéndolas como primera opción de atención, la política pública actual ha centrado sus esfuerzos en la atención intrahospitalaria del parto dejando fuera del sistema a miles parteras. Esta política no sólo se promueve a través de las unidades de salud, sino también en programas como Oportunidades, hoy Prospera, donde se coacciona a las mujeres para acudir a los servicios

<sup>2</sup>No especificado (N/E)

<sup>3</sup> Porcentaje de nacimientos atendidos por partera respecto del total de nacimientos ocurridos en la entidad

de salud oficiales durante su embarazo y parto; de no cumplir con esta exigencia se les descuenta o retira la ayuda monetaria que este programa implica.

En la ciudad de San Cristóbal de Las Casas la presencia de parteras empíricas o tradicionales muestra que esta práctica no es exclusiva de áreas rurales. De acuerdo con el personal de los Centros de Salud “Los Pinos” y el de la Zona Norte existen alrededor de cien parteras en la ciudad, ya que cada una de estas unidades tiene registradas entre 40 y 50 parteras, a Los Pinos le corresponden las parteras del centro hacia el sur de San Cristóbal.

Sin embargo, en la parte Norte de la ciudad se concentra el mayor número de parteras. En las primeras visitas que realicé a esta área llegué a identificar de 3 a 5 por colonia. Es importante mencionar que debido a la reciente puesta en marcha del Centro de Salud de la Zona Norte, que se inauguró en noviembre del 2014, el trabajo con parteras es incipiente, por lo que el proceso de identificación y registro de parteras no es un dato certero.

En San Cristóbal de Las Casas el 8% de las mujeres que dieron a luz en 2014 lo hicieron con la ayuda de una partera, tal como se muestra a continuación.

**Cuadro 2. Nacimientos atendidos por parteras para el año 2014**

Municipio	Médico	Enfermera	Auxiliar de salud	Partera	Otro	N/E	Total de nacimientos	% <sup>4</sup>
San Cristóbal de Las Casas	5160	7	1	474	3	1	5646	8%
Total Chiapas	80124	417	179	8233	161	28	89142	9%
Total Nacional	2144963	7395	4048	33129	4752	786	2195073	2%

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2014). Datos abiertos- recursos en salud. [En línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*.

La denominada Zona Norte de San Cristóbal, así como las decenas de otras colonias alrededor del anillo periférico de San Cristóbal, surgieron a raíz del éxodo indígena en la década de 1960 y 1970 motivado por conflictos religiosos, es decir, por convertirse al protestantismo y abandonar la religión tradicional. Según Sullivan (1995) los expulsados son principalmente de San Juan Chamula, y de otros municipios como Zinacantán y

---

<sup>4</sup>Porcentaje de nacimientos atendidos por partera respecto del total de nacimientos ocurridos a nivel municipal.

Mitontic. Una nueva oleada migratoria apareció en el contexto del levantamiento zapatista de 1994 (Rus, 2009). Ahora es habitada en su mayoría por hombres y mujeres tsotsiles, como explico en el capítulo 3.

A través de los primeros acercamientos que sostuve, en 2014, con habitantes de las colonias periféricas, identifiqué que las mujeres embarazadas y sus familiares preferían que el nacimiento fuera atendido en casa y por una partera. Pero no sólo las habitantes de estas colonias recurrían a este tipo de atención, también las *kaxlanas*<sup>5</sup> que habitan en otras zonas de la ciudad visitaban a las parteras para que las “*soben*”, aunque la mayoría de las veces no recurren a la partera al momento de parir.

Asimismo, es importante señalar que en estudios previos se documentó que una mujer indígena no mostraba sus genitales a la partera: “Nosotras nunca mostramos el cuerpo a otros, nosotros solo sobamos la espalda y la panza con plantas y esperamos al niños sin tocar su parte...” (Freyermuth, Cadena e Icó, 1989) siendo el pudor uno de los principales factores por los que se acudía a los servicios de una partera. Debe considerarse además que en ocasiones la decisión de acudir o no a los servicios de salud o con la partera, era tomada por el esposo, padre e incluso la suegra u otra figura de autoridad en la familia, a la cual la mujer se encontraba subordinada. En caso de emergencia, estos eran los que determinaban la suerte de la madre y el hijo.

De los primeros acercamientos y observaciones en este contexto multicultural como lo es la periferia -que alberga población indígena, mestiza, de otros estados de la república y extranjeros- surgen las interrogantes que guían esta investigación ¿Quiénes son las mujeres que acuden para su atención durante la maternidad con las parteras tradicionales? ¿Qué motiva a las mujeres indígenas y no indígenas a asistir con las parteras denominadas tradicionales? ¿Cómo se establece la relación entre las parteras y el sector salud? Lo anterior considerando que en la ciudad se cuenta con servicios especializados de atención a la salud tanto privados como públicos. Pese a que, como he se ha mencionado en reiteradas ocasiones, la política pública se ha centrado en la atención intrahospitalaria como estrategia

---

<sup>5</sup>Kaxlán es el termino asignado por los indígenas a personas que no indígenas, también llamadas mestizas.

para disminuir las muertes maternas, en San Cristóbal no se cuenta con la infraestructura necesaria para atender no sólo a los habitantes del municipio sino de la región.

En el siguiente cuadro se puede observar el total de camas disponibles para hospitalización en el sector público, compuesto por instituciones de seguridad social e instituciones de salud para población abierta, es decir, sin seguridad social.

**Cuadro 3. Total de camas por sector para el año 2014**

Instituciones	Total de camas disponibles	
	San Cristóbal de Las Casas	Chiapas
ESTATAL(ISTECH)	4	114
IMSS	0	302
IMSS-OPORTUNIDADES	45	325
ISSSTE	13	141
SECRETARÍA DE SALUD	88	1,283
SEDENA	0	54
SEMAR	0	21
Gran Total	150	2,240

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos recursos del sector para el año 2014. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud. México.

A pesar de que uno de los principales focos de atención en la salud es la materna y de la importancia que prevalece en la partería tradicional, pocos han sido los estudios actuales que la analizan como una opción de atención a la salud, en un ámbito urbano y multicultural como San Cristóbal de Las Casas donde los servicios de salud se han ampliado y la población se diversificado aún más. Entre los trabajos recientes se encuentran: el estudio desarrollado por Weidner (2007) que explora las representaciones y caminos terapéuticos de mujeres indígenas con respecto al embarazo, parto y posparto en los Altos de Chiapas; un acercamiento a la vida y práctica de una partera indígena en la periferia es presentado por Reyes (2009).

Otras investigaciones se han centrado en comunidades rurales e indígenas en temas como la Muerte Materna (Freyermuth, 2003) o relacionadas con la cosmovisión y los terapeutas de la medicina tradicional (Page, 2010; Freyermuth, 2003; Ruz, 1990; Freyermuth 1993; Gómez, 2005). Estos trabajos nos proporcionan el marco de entendimiento de dichos contextos. La presente tesis tiene como finalidad, brindar una aproximación a la vida y práctica de las parteras en San Cristóbal así como a las ideas o representaciones que llevan a las mujeres indígenas de la periferia de la ciudad a atenderse

con comadronas. Lo que puede ayudar a entender los alcances y limitaciones de los servicios públicos de salud así como destacar la importancia del trabajo que realizan las parteras.

La mayoría de los habitantes de la periferia Norte son migrantes de primera o segunda generación que llegaron a la ciudad provenientes de diferentes municipios de la región de Los Altos, de otras zonas del estado e incluso de diferentes partes de la República mexicana, es por ello que considero el lugar como un ámbito urbano y multicultural. La ciudad cuenta con servicios médicos públicos de atención a la salud, sin embargo, conserva prácticas denominadas tradicionales como la atención al embarazo, parto y puerperio por comadronas. En este sentido es que busco dar un panorama de la situación de las parteras en San Cristóbal de Las Casas en el actual contexto de los programas para reducir las Muertes Maternas. Lo anterior me permitirá ilustrar las repercusiones que dichos programas han tenido en su práctica.

Además me interesa indagar por qué, en qué circunstancias y cómo las mujeres tsotsiles y tseltales de la periferia Norte de la ciudad deciden acudir a las parteras para ser atendidas durante el embarazo, parto y puerperio. Considero que en esta zona los factores, sociales, culturales, económicos e identitarios forman un complejo entramado que incide sustancialmente al momento de elegir el tipo de atención que desean recibir, cuáles de ellos tienen mayor impacto, es uno de los aspectos que dilucidará este estudio.

### **Objetivo general**

Describir y analizar la práctica de la partería tradicional y los factores que llevan a las mujeres indígenas de la periferia Norte de San Cristóbal a tomar la decisión de atender su embarazo, parto y posparto en este modelo de atención, toda vez que en esta ciudad existen servicios públicos de atención a la salud.

### **Objetivos específicos**

- Describir y analizar la práctica de las parteras en San Cristóbal de Las Casas.
- Describir y analizar los programas encaminados a la capacitación de parteras y las repercusiones que éstos han tenido en la práctica de la partería.



- Describir y analizar los factores que inciden en que las mujeres indígenas de la Zona Norte asistan o rechacen asistir con las parteras para su atención en el proceso de embarazo, parto y posparto.

### **Hipótesis**

En el contexto actual de las políticas encaminadas a cumplir con el objetivo de reducir las Muertes Maternas en el país se ha excluido a las parteras como una opción de atención a la salud, aunque en el discurso se reconoce su labor, en la práctica no existe los mecanismos para su fortalecimiento.

En el caso de las mujeres, la decisión de recurrir con una partera para la atención del embarazo, parto y puerperio es motivada por la sugerencia de familiares cercanos, principalmente mujeres con experiencia reproductiva, asimismo porque en muchas de las ocasiones los esposos se niegan a que sean vistas por otros hombres, en el caso del sector salud.

### **El enfoque de las representaciones sociales**

La noción de representaciones sociales fue introducida por Sergei Moscovici en 1961 en psicología social, aunque de acuerdo con Jodelet (1986) este término ya había sido esbozado con anterioridad por Durkheim (1895) en el campo de la sociología.

Para Denise Jodelet (1986) la representación social es una unidad de enfoque prolífica tanto para la psicología social como para otras ciencias sociales, pero también “Constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y se estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales” (Jodelet, 1986, 469). Su utilidad estriba en que permite entender de qué manera las representaciones influyen en la práctica social.

En este trabajo entendemos por representaciones sociales el “conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valores elaboradas y compartidas socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad, a través de una forma de designarla, aprehenderla e interpretarla” (Osorio, 2001: 15).

Jodelet (1986) también apunta que las representaciones sociales proporcionan un marco explicativo, en el sentido que son una forma de pensamiento colectivo, que se constituye a partir de nuestras experiencias, de las informaciones, conocimientos, y

modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social, que finalmente orienta conductas en torno a determinadas situaciones.

A decir de Abric (2001) la manera en que los individuos aprehenden e interpretan toda realidad –representación social- es utilizada en su actuar, por lo tanto la identificación de esta visión es necesaria si se quiere entender la dinámica de las interacciones sociales y cómo estas representaciones determinan las prácticas. El valor de conocer y analizar las representaciones -cómo funcionan, su origen, sus transformaciones- radica en que permite entender cómo intervienen en las prácticas sociales, es decir, la manera en que guía conductas.

Para este autor “toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y el contexto social e ideológico que le circunda” (2001:12 ); es decir, las representaciones sociales son dinámicas, dependen del contexto y del momento histórico.

La “[...] representación reestructura la realidad para a la vez permitir una integración de las características objetivas del objeto, de las experiencias anteriores del sujeto, y de sus sistema de normas y actitudes. Esto permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, y entender la realidad mediante sus propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí.”(Abric, 2001: 13).

Funciona además

“[...] como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará su comportamiento o sus prácticas. Es una *guía para la acción*, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de *anticipaciones y expectativas*.” (Abric, 2001, 13).

Diversos estudios en materia de salud, enfermedad, atención, han resaltado la utilidad de dicho enfoque. Rosa María Osorio (2001) destaca la utilidad de las representaciones y prácticas sociales para entender las conductas frente al padecer, quién atiende, por qué se elige y qué tratamientos son empleados son elementos que se pueden dilucidar desde la óptica de las representaciones sociales. A través de analizar las representaciones Osorio ilustra cómo un grupo de madres construyen la noción de los padecimientos, generando frente a ellas conductas en la búsqueda de atención.

Ya que como señala Graciela Freyermuth, en el campo de la atención a la salud:

“[...] las representaciones acerca de la génesis y solución de los padecimientos, y las alternativas de atención que grupalmente se conciben, son fundamentales para la toma de decisión en cuanto a la forma de atención durante la maternidad y para acudir o no a un servicio de salud durante la emergencia” (Freyermuth, 2014, 37).

Para el caso que ocupa la presente tesis, las representaciones sociales brindan un marco explicativo para abordar las motivaciones que llevaron a las mujeres a tomar la decisión de acudir con las parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio (e/p/p).

La noción de representaciones sociales ofrece una nueva manera de interpretar los fenómenos sociales, en este caso la atención del embarazo parto y puerperio.

Para efectos de este trabajo, la forma en que las mujeres y sus familiares comprenden e interpretan, es decir, las representaciones que se tengan respecto del proceso reproductivo determina el tipo de terapeuta al que acuden para la atención de esta etapa.

En este estudio el embarazo es abordado desde una perspectiva de enfermedad, puesto que como indica Graciela Freyermuth “aunque el embarazo es percibido como un buen indicador de salud de la mujer, conlleva también un estado de vulnerabilidad que la pone en peligro de enfermar o morir” (2009: 332), esta visión es compartida por las parteras tradicionales.

Otro elemento a considerar en el análisis de la información obtenida en campo es el de las trayectorias terapéuticas (Osorio, 2001), que me permitirá analizar las representaciones o ideas que se tienen en torno al proceso reproductivo, ya que con base en estas representaciones se toma la decisión de a quién acudir en este período.

De las conductas en la enfermedad y en la búsqueda de ayuda retomo a Ray Fitzpatrick, quien apunta: “el proceso de definir la enfermedad y de buscar ayuda está influido considerablemente por una amplia gama de factores culturales, sociales y económicos” (Fitzpatrick: 1990:13), se indaga entonces en las razones y conductas de los pacientes y cómo influyen los factores anteriormente mencionados. Por lo tanto permitirá conocer la trayectoria de las mujeres en la búsqueda de atención y comprender los factores que intervienen en la toma de decisiones.

Entendemos trayectoria de atención curativa o terapéutica al recorrido que se instrumenta en la búsqueda de atención. “El inicio de esta carrera se marca con la detección/diagnóstico de algún malestar; su desarrollo incluye toda una serie de decisiones, prácticas y recursos y su terminación, conlleva una evaluación de los resultados y un

proceso de aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias en los procesos de s/e/a” (Osorio, 2001: 39).

### **Instrumentos para la recopilación de información en campo**

La primera fase del trabajo de investigación consistió en realizar una revisión bibliográfica acerca del tema, identificando los trabajos que se han realizado en Chiapas en las últimas décadas en relación con la partería tradicional y profesional. En vista de que las políticas y programas a nivel internacional, nacional y estatal se encuentran encaminadas hacia la erradicación de la muerte materna-infantil, agregué la revisión de documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), así como del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM).

Todo lo anterior abonó a la construcción del problema de investigación. Durante este proceso también identifiqué algunos de los programas dirigidos a las parteras tradicionales, por lo que al trabajo de campo incluí entrevistas con personajes clave (ver anexo).

La segunda etapa consistió en trabajo de campo, realizado de octubre del 2014 a junio del 2015, debo decir que durante los meses posteriores mantuve contacto con las parteras como con algunas de las mujeres que entrevisté. Durante los primeros meses de esta actividad realicé visitas a la colonia La Hormiga, donde en un primer momento había contemplado llevar a cabo la investigación. En este período hice un par de entrevistas con mujeres que residían ahí, que habían sido atendidas por parteras, y sostuve charlas informales con algunas mujeres.

Esta fase del trabajo de campo la desarrollé en compañía de Karina Asunción, compañera de la licenciatura y quien meses atrás había aceptado apoyarme para establecer los contactos y realizar la traducción de las entrevistas, ya que la mayoría de las personas con las que tuvimos acercamiento son hablantes de lengua tsotsil y al parecer se sienten más cómodas y en confianza hablando en su idioma. En una de las visitas a La Hormiga –a la que acudí con Karina- uno de los informantes le preguntó si hablaba tsotsil y al obtener una respuesta afirmativa cambió de idioma. Así que el tener una traductora me permitía tener acceso a un mayor número de mujeres y parteras de la zona, puesto que no existía la barrera del lenguaje. Sin embargo hacia finales de 2014 Karina se mudó a otra entidad por

lo que al perder a mi principal contacto en la colonia tuve que replantear mi área de investigación. Para poder establecer los contactos utilicé la técnica “bola de nieve”<sup>6</sup>. Por lo que agradezco a Juana María Ruiz Ortiz, habitante de La Hormiga, por abrirme las puertas de su casa para poder entrevistar a las mujeres de su familia. De la misma manera agradezco a Gilberto Cordero Díaz y a Edgar Jovany Pérez Gómez, compañeros de la Licenciatura por haberme presentado con mujeres de su círculo familiar.

Llevé a cabo diez entrevistas semiestructuradas con mujeres tsotsiles y tseltales, habitantes de las colonias Emiliano Zapata, La Florida, La Hormiga, Morelos y Prudencio Moscoso, algunas tuvieron lugar en sus casas y otras más en sus lugares de trabajo, debido a que pasan la mayor parte del día en estos lugares.

También realicé entrevistas a profundidad con cuatro parteras de diferentes perfiles, de acuerdo a la forma en que se iniciaron como parteras y su práctica, aunque en las reuniones del Centro de Salud y en el Área de Medicina Tradicional pude interactuar con alrededor de 8 parteras. Asistí a por lo menos cinco reuniones mensuales dirigidas a parteras en el Centro de Salud Urbano de San Cristóbal de Las Casas. Así como visitas semanales al Área de Medicina Tradicional del Hospital de las Culturas de la ciudad, donde se encuentran algunas de ellas.

En este período visité la Casa Materna en San Andrés Larráinzar, La Maternidad de San Juan Chamula y me entrevisté con las responsables de ambos lugares a fin de responder a las preguntas sobre las políticas públicas encaminadas a esta profesión.

También realicé 8 entrevistas semiestructuradas con personas vinculadas al sector salud (incluidas las arriba mencionadas) y con personal de 4 organizaciones no gubernamentales, que realizan trabajo con parteras en la región.

En este trabajo no se revelan los nombres reales de las personas que accedieron a las entrevistas, es decir, parteras, personal de salud, trabajadores de ONG’s, ni de las diez mujeres cuyas historias se presentan en el capítulo 5 de esta tesis.

También se emplearon datos cuantitativos contenidos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) a través del Sistema Nacional de Certificados de Nacimientos (SINAIS) para obtener cifras de nacimientos y muertes ocurridas en San Cristóbal de Las

---

<sup>6</sup>Esta técnica consiste en que una persona presenta al investigador (a) con otras y así sucesivamente, esto permite establecer los contactos para poder realizar las entrevistas.

Casas, así como información del censo que genera el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) esto permitió conocer el número de habitantes de la ciudad.

### **Estructura del trabajo**

El presente trabajo está constituido por cinco capítulos, a continuación brindo un acercamiento al contenido de estos.

El capítulo uno (1) es un acercamiento general al tema de la partería desde el contexto internacional, pasando por el cambio de paradigma en la atención a los nacimientos. El capítulo dos (2) da un panorama sobre los programas dirigidos a parteras tradicionales y empíricas en la región de Los Altos, desde las instituciones gubernamentales, también proporciona información acerca del trabajo con comadronas a partir de Asociaciones Civiles. El capítulo tres (3) ofrece información sociodemográfica del lugar donde se llevó a cabo la investigación, es decir la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas. El capítulo cuatro (4) está dedicado a la vida y práctica de cuatro parteras, las cuales fueron entrevistadas durante el desarrollo de este trabajo. En el capítulo cinco y último (5) se concentran los resultados de la investigación, respecto del por qué las mujeres eligen a las parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio. Aquí también se retratan historias de mujeres que tuvieron la experiencia de ser atendidas en el sistema biomédico, y nos brinda un panorama acerca de las representaciones que estas mujeres tienen de los dos sistemas de atención.

## **Capítulo 1. Las parteras en diferentes momentos de la historia**

Este capítulo se divide en tres apartados. El primero de ellos tiene como objetivo acercarse al tema de la partería, con un breve recorrido histórico, mostrar cómo después de tener la hegemonía en la atención del proceso reproductivo, las parteras poco a poco fueron desplazadas de este campo por los obstetras. El segundo apartado habla acerca del cambio de paradigma en la atención del embarazo y parto, ya que en un primer momento se apuntó como estrategia la capacitación de parteras tradicionales y a agentes comunitarios de salud para después enfocarse en la atención intrahospitalaria del parto. El tercer apartado da un panorama acerca del impacto que las estrategias internacionales en materia de Muerte Materna han tenido sobre las parteras en México.

### **1.1 La partería en un contexto internacional**

Históricamente la partería había sido un trabajo realizado por mujeres que tenían el conocimiento empírico sobre la atención de partos y que además tenían conocimiento sobre herbolaria.

Sin embargo, hubo un momento en la historia en que estas mujeres empezaron a ser perseguidas, acusadas de ser brujas, de practicar la hechicería, Silvia Federici en su libro *Calibán y la bruja*, menciona que en Europa “históricamente la bruja era la partera, la médica, la adivina, o la hechicera de pueblo” (2010: 276). De tal suerte que cuando en el siglo XV tuvieron lugar los primeros juicios contra brujas, muchas mujeres-parteras fueron condenadas a la hoguera.

Federici sostiene que dicha caza fue alentada principalmente por la iglesia y el Estado como medida para “transformar las potencias del individuo en fuerza de trabajo” (Federici, 2010: 180). Además de que las cientos de miles de mujeres que fueron masacradas, estaban acusadas de brujería porque planteaban un desafío a las estructuras de poder. Esta cacería también permitió “la construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres fueron colocados bajo el control del Estado y transformado en recursos económicos” (Federici, 2010: 233)

Que un evento como el parto estuviera controlado casi exclusivamente por mujeres provocaba ansiedades en las instituciones de poder, cuyos agentes eran hombres. Así que

como una forma de obtener el control de este evento íntimo al que no tenían acceso, se optó por la regulación y desplazamiento de las parteras.

En España entre los siglos XIII al XVII se dio una fuerte tendencia hacia el control y desplazamiento de las comadronas. Enrique Fernández (2007) explora los diferentes motivos que alentaron este proceso de hostilidad hacia las mujeres que practicaban la partería en estos siglos.

Como es evidente la partería quedó al margen de la práctica médica. En 1541 sale a la luz el libro del arte de las comadres, donde además de enseñar nuevas habilidades para el oficio, el autor, explica cómo debía ser el comportamiento de las comadronas y aconseja “no sea fantástica, no sea riñosa, sea alegre, gozosa, que con sus palabras alegre a la que pare...” estas pautas denotan urgencia por controlar la actividad de las parteras, además que el médico que escribe tales recomendaciones se erige como autoridad para poder emitir estas sugerencias que llevan implícita la idea que las parteras deben subyugarse a la racionalidad de la medicina.

Siglos más tarde en algunos países de Europa como Suecia, se instauró una política de profesionalización de comadronas como medida para reducir la tasa de mortalidad materna. En el siglo XVII este país impulsó la capacitación y certificación de las parteras como medida para asegurar que los partos fueran atendidos por estas mujeres y, para principios del siglo XIX logró tener la razón de mortalidad más baja en el continente (WanLerberghe citado en Freyermuth y Argüello, 2014).

A principios del siglo XXI existen modelos en Europa en el que se ha logrado integrar a las parteras al sistema de salud, como es el caso holandés, donde a decir de Akrich (2000) los partos a domicilio o en policlínica- “régimen en el que la mujer embarazada 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 horas después del nacimiento del bebé”- representan cerca del 55%, y el 45% restante es atendido por obstetras en ámbitos hospitalarios.

Este modelo exige un dispositivo de coordinación entre parteras y obstetras bastante riguroso, ya que en caso de existir alguna complicación la partera debe informar al obstetra para que la mujer pueda recibir la atención adecuada. Pero, llegar a este tipo de atención y coordinación implicó el desplazamiento de las parteras tradicionales, pues fue a inicios del



siglo pasado que esta práctica se instituyó como profesión en Holanda, y cuyo objetivo fue precisamente ir remplazando gradualmente a sus antecesoras.

Este modelo también ubica a Holanda entre los Estados con las tasas de mortalidad más bajas, incluso comparables con las de los países que han optado por la vía medicalizada (Akrich, 2000). En este país se registran tasas de cesáreas tres veces más bajas que en México, mismo que en los últimos años alcanzó los primeros lugares a nivel mundial en este rubro. Lo que indica que una mayor medicalización no necesariamente implica un impacto positivo en la reducción de la muerte materna.

De igual modo Estados Unidos experimentó la institucionalización de sus parteras hacia la mitad del siglo XIX. El antecedente fue proporcionado por Mary Carson quien hizo un curso formal de enfermería en Londres y después retornó a su país donde lideró el programa de parteras rurales en los montes Apalaches y creó su propia escuela de enfermeras parteras. En este país el oficio de parteras se reglamentó y convirtió en una profesión vigilada en la década de los sesentas del siglo XX (Alarcón. et.al.2011).

En la actualidad en E.U.A existen aproximadamente 10,000 parteras certificadas por El Colegio Americano de Enfermeras-Parteras (ACNM por sus siglas en inglés); ellas trabajan en hospitales y Centros de nacimiento e incluso atienden partos en hogares, en este sistema todas las parteras deben tener una licencia expedida por el estado donde trabajan.

En Latinoamérica también existen experiencias en cuanto a la profesionalización de las parteras desde el siglo XIX, Uruguay es un ejemplo, en este país la reglamentación de los cursos de partera ocurrió en 1877, este curso lleva más de cien años en la Universidad de la República. Actualmente se encuentran facultadas para ejercer en hospitales, centros de salud, consultorios y en el hogar (Escuela de parteras-UdelaR, s/f).

Casi a la par de este país Argentina y Chile vivieron el proceso de des acreditación de parteras tradicionales a lo que le siguió su progresiva profesionalización.

En la Argentina este proceso fue casi simultáneo a la institucionalización de la maternidad como medida de control de nacimientos para poblar a la incipiente nación, puesto que en el siglo XIX y primeras décadas del XX hubo la percepción de escasez de población (Soledad, 2013).

En Chile, Uruguay y Argentina la profesionalización y control se dio de una manera continua, tanto que al día de hoy prácticamente todas las parteras son instruidas, pero además incorporadas al sistema de atención a la salud de estos países.

En Chile, cerca del 99% de los nacimientos son atendidos por personal institucionalizado y casi no se registra la presencia de parteras tradicionales o éstas practican al margen del Sector Salud. Existen matronas, mujeres formadas en universidades para atender el procesos reproductivo, pero con una fuerte dependencia a las instituciones y a los médicos (Barría, 2006).

Para la primera mitad del siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) sentó las bases, a nivel mundial, de la formación que se debía de dar al personal de los servicios de partería, poniendo énfasis en la formación de parteras en zonas donde los servicios de salud estaban menos desarrollados (OMS, 1966).

En el Primer Informe del Comité de Expertos para la Formación Profesional de las Parteras de dicho organismo se reconocía la existencia de tres tipos de personal, además de los médicos, que intervienen en la atención al parto, y las clasifica en tres.<sup>7</sup>

1) La partera empírica o tradicional es una figura característica de las sociedades menos desarrolladas, donde desempeña la labor que hoy en las regiones más avanzadas corresponde a la partera graduada. Esta puede tener una gran experiencia en el oficio puede no ser más que una parienta que acude en el momento de parto.

2) La partera auxiliar no siempre habrá cursado estudios elementales, puede ser una partera empírica a la que se le haya dado cierta formación.

3) La partera graduada está dentro de un grupo que incluye a la enfermera-partera y la enfermera-partera de salud pública. La primera de ellas posee los títulos de enfermera y partera, la segunda posee una preparación sanitaria especial.

Sin embargo, de estos tres se priorizaba la formación de las parteras graduadas o profesionales, en segundo término se buscaba su preparación como auxiliares, y en el último de los casos se planeaba la formación de las empíricas, al mismo tiempo que se preparaban parteras tituladas para que después estas pudieran ir sustituyendo a las tradicionales (OMS, 1966). Para 1980 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el

---

<sup>7</sup>Para más información consultar el documento Comité de Expertos Para la Formación Profesional de Parteras, primer informe de la OMS (1966).

Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) pusieron especial interés en mejorar la situación de las mujeres, sobre todo las del llamado “Tercer mundo” que morían por causas relacionadas con la maternidad en cantidades reprobables.

Fue en 1987, en la Conferencia sobre *Maternidad sin Riesgos* celebrada en Nairobi, Kenia, cuando surge la *Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos*, cuyo principal objetivo era reducir las muertes maternas en el mundo, pues la cifra era de por lo menos medio millón de defunciones por complicaciones obstétricas (Starss, 2006).

En esta conferencia se incluyó el marco de acción que contenía “la necesidad de mejorar la situación de las mujeres, educar a las comunidades y reforzar y expandir los elementos centrales de la salud materna—la atención prenatal, durante el parto y el posparto—a niveles comunitarios y de referencia” (Starrs, 2006).

Después de Nairobi, dos de las estrategias financiadas por estos organismos internacionales fueron la atención prenatal y la capacitación a parteras tradicionales. Fue así como se empezaron campañas de instrucción a las comadronas en países donde las tasas de mortalidad fueran inaceptables, lo que llevaba directamente a los Estados en “vías de desarrollo”. Se debe recordar que la pobreza y las muertes maternas se encuentran intrínsecamente relacionadas, ya que a decir del UNFPA, la mayoría de las muertes maternas obedecen a factores como la pobreza y el analfabetismo (UNFPA, 2002).

No obstante, diversos estudios presentados posteriormente revelaron la poca efectividad de ambas estrategias, lo que obligó a los Organismos financiadores y a los Estados a replantear sus acciones en torno a la Muerte Materna.

En el siguiente apartado, se presenta una revisión del cambio de paradigma en la atención del proceso reproductivo y de las parteras tradicionales, principalmente de los países del llamado “tercer mundo”

## **1.2 El cambio de paradigma en la atención al embarazo y parto**

Después de la conferencia realizada en Nairobi en 1987, donde surge la *Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos*, una de las estrategias encaminadas a la reducción de las MM, estaba enfocada en el pronóstico y prevención de complicaciones durante el parto, así como la capacitación de parteras tradicionales.

Estudios realizados en Kasongo (África), demostraron que las complicaciones no se pueden detectar ni prevenir. En esta investigación, un grupo de mujeres con una “mala historia obstétrica<sup>8</sup>” se consideraron “pacientes de alto riesgo” y que podían presentar complicaciones, pero al estudiar cuántas de ellas habían padecido obstrucción durante el parto, se comprobó que el 71% de estos casos correspondía al grupo de mujeres consideradas de “bajo riesgo”, mientras que el 90% de pacientes de “alto riesgo” tuvieron parto normal, por lo tanto sus complicaciones no fueron pronosticadas ni prevenidas (UNFPA, 2002).

Otro estudio realizado en Pakistán a finales de 1990 reveló que la capacitación a parteras tradicionales y el apoyo a los centros de salud no generaron una reducción significativa de la mortalidad materna (Campell y Graham citado en UNFPA 2002). Los resultados obtenidos forzaron a las agencias financiadoras de los programas de capacitación a parteras a cambiar la estrategia para reducir las muertes maternas, este cambio se dio en tan sólo una década. Fue entonces que la atención intrahospitalaria del embarazo, parto y posparto se convirtió en una de las líneas de acción de los Estados y Organismos financiadores, misma que sigue vigente en la actualidad. Al no poder pronosticar ni prevenir las complicaciones, en lo que sí se puede invertir es en proporcionar tratamiento adecuado, con instalaciones y el equipo necesario para las intervenciones quirúrgicas (UNFPA, 2002).

Con este nuevo enfoque se busca proporcionar tratamiento adecuado cuando ocurren complicaciones y la Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) se convierte en uno de los principales focos de acción, se trata de enseñar a las parteras a reconocer complicaciones y cómo asegurar que las mujeres sean trasladadas a tiempo a los hospitales (UNFPA, 2002). También se busca la cobertura universal de la atención por personal calificado durante el proceso reproductivo, lo que deja fuera del sistema de atención a la salud a las parteras tradicionales; pues como se ha señalado anteriormente, se entiende por

---

<sup>8</sup>Se consideraron mujeres con una mala historia obstétrica a quienes anteriormente habían dado a luz a un feto muerto o a un niño fallecido durante la primera semana de vida, o que habían necesitado intervenciones médicas durante un parto....” (equipo del Proyecto Kasongo, 1984, citado en UNFPA, 2002)

personal calificado a los que han recibido instrucción “teórica y práctica que lo capacita para atender los embarazos, partos y puerperios normales” (OMS, 2004).

Los resultados citados con anterioridad se retomaron en la *Conferencia Las Mujeres Dan Vida*, celebrada en Londres en 2007, a veinte años de lanzada la *Iniciativa una Maternidad Sin Riesgos* (Nairobi 1987). En este encuentro se reconocieron los escasos avances alcanzados en el tema de la MM y se lanzó una nueva iniciativa llamada *Las Mujeres Dan Vida*, con esto se renueva el movimiento internacional en relación a la MM y se establecen nuevas estrategia en el tema, entre las que destaca la atención planificada del parto (Bissel, 2009).

Hoy día la MM sigue entre los asuntos prioritarios de los Estados y de la comunidad mundial. De acuerdo con la ONU (2005), cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. En 2013 murieron 289, 000 mujeres durante el embarazo, el parto o después del parto<sup>9</sup>. Aunque a nivel internacional se ha logrado una reducción importante en las cifras de estas muertes, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1990 y 2015 se ha reducido en un 44%, se está muy lejos de cumplir con la meta planteada por Naciones Unidas en los Objetivos de desarrollo del Milenio – que en su eje número 5 se propuso reducir la Mortalidad Materna en un 75% para 2015. (OMS, 2015).

Es así, como en las últimas décadas se ha presenciado un cambio en el discurso de los organismos internacionales como la OMS y el Fondo Población de Naciones Unidas (UNFPA) con respecto a la partería tradicional, los cuales en 1970 e incluso hasta 1990 promovían la capacitación de parteras tradicionales. Esta actitud partía de una definición de partera tradicional diferente, en la que se reconocían sus conocimientos y experiencia y su papel como elemento fundamental dentro de la comunidad (Argüello y Mateo, 2014: 19). De acuerdo con estas autoras el discurso se ha convertido paulatinamente contrario a la capacitación de parteras tradicionales y los últimos documentos abogan por el abandono de la estrategia y se opta por financiar programas enfocados en la Atención Obstétrica de Emergencia, como ya se ha mencionado. En este nuevo panorama, las parteras son las encargadas de canalizar a las mujeres con complicaciones.

---

<sup>9</sup>“Mortalidad materna. Datos cifras”<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 15 julio 2014.

Varios países y agencias internacionales han impulsado la profesionalización o institucionalización de la partería en países donde los niveles de mortalidad materna son elevados, lo que incluye a varios países de América Latina. En el rubro de la profesionalización, como ya se ha indicado con anterioridad, Estados Unidos, Chile, Argentina, Uruguay y países europeos llevan implementado esta estrategia desde varias décadas atrás.

Incluso la atención calificada del parto, llevada a cabo por parteras profesionales, médicos, enfermeras u obstetras es retomada como indicador de avances en los Objetivos de Desarrollo de Milenio. Por lo tanto obliga a los Estados firmantes a invertir en la atención hospitalaria del parto y en la profesionalización de la partería.

No obstante, esta profesionalización resulta difícil en países donde los resultados en el combate a la reducción de la muerte materna no ha sido el deseado y la política de parto hospitalario llega a ser cuestionable.

Es el caso de Bolivia, con población indígena mayoritaria, las altas cifras de MM aún se pueden relacionar con inaccesibilidad geográfica a los servicios médicos institucionales. No obstante Uriburu (2006) encontró que en la ciudad de La Paz (Bolivia), con gran población migrante donde la inaccesibilidad no es un inconveniente, la problemática está mayormente relacionada con la calidad de atención que ofrecen los prestadores de servicios en salud, además que muchas de las prácticas médicas se contraponen al modelo andino de parto atendido en casa que:

“generalmente *es* en cuclillas, con la parturienta asistida por miembros de su familia, la partera empírica o sólo por su pareja, tomando infusiones calientes (mates). En cambio, en los servicios de salud la mujer se ve sometida a un conjunto de maniobras invasivas y prohibitivas reñidas con sus costumbres tales como desnudarse para ir a la sala de partos, aislarse de sus familiares y, según el protocolo, mantenerse en ayunas, lo cual se extiende a la ingesta de los mates calientes tradicionales” (Uriburu, 2006: 175)

Resulta entonces evidente que en la batalla contra la MM la calidad de la atención sigue siendo un reto. No solo debe buscarse la obtención de resultados positivos en la reducción de cifras de MM, sino considerar que en el proceso miles de mujeres son sometidas a constantes maltratos y humillaciones por el personal de salud. La OMS (2014) también ha llamado a esto “maltrato y falta de respeto durante la atención del parto”, que incluye:

“maltrato físico, humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago” (OMS, 2014)

Historias de violencia obstétrica, son más frecuentes de lo que podemos imaginar, si al hecho de ser mujer se le agrega el ser indígena, las posibilidades de ser víctima de este tipo de violencia, aumenta.

### **1.3 El impacto de las estrategias internacionales para la reducción de las Muertes Maternas en México**

Este apartado tiene como objetivo reflejar los efectos que las estrategias internacionales en materia de Muerte Materna han tenido sobre los programas dirigidos a parteras en México.

De acuerdo con Parra (1991), en la década de 1970, el IMSS y la SSA<sup>10</sup> impulsaron un proyecto para incorporar al sistema institucionalizado de atención materno-infantil a las comadronas tradicionales. De acuerdo con esta autora, el objetivo de la incorporación era “incrementar los conocimientos de las comadronas para que pudieran saber cuándo remitir a las mujeres o niños al puesto de salud más cercanos [...]” (Parra, 1991: 72). Lo anterior, en los lugares donde ellas atendían partos, con lo que se buscaba también mejorar los servicios obstétricos en lugares con falta de personal sanitario profesional, y donde los hospitales no dispusieran de camas o de personal suficiente para que todas las mujeres pudieran dar a luz (Argüello y Mateos, 2014).

Más tarde el Instituto Nacional Indigenista (INI) se incorporó al programa para instruir a parteras tradicionales en zonas donde no se hablaba el español (Parra, 1991). De aquí que cientos de parteras ostenten diplomas de capacitación o de encuentros de parteras, derivado de esto también se observa el uso de materiales o insumos de la medicina alópata, como oxitócicos, guantes, batas de enfermería, bisturí.

En México diversos estudios realizados en el transcurso de 1980 y 1990 documentaron el trabajo de las instituciones de salud con las parteras y la fuerte presencia de esta práctica en distintos estados del país.

---

<sup>10</sup>Cabe señalar que para el año 2015, ambos programas siguen vigentes en el estado de Chiapas.

A finales de 1980 en el estado de Morelos, existía una demanda considerable de los servicios de las parteras tanto en el área urbana como en el área rural. De acuerdo con Castañeda (1992) de los 41, 214 nacidos vivos en ese estado en 1987, 25 270 (61.32%) fueron atendidos por el sector privado, tanto médico como tradicional.

Debido a la fuerte demanda de las parteras tradicionales en aquella entidad y a que ya se estimaba que para el año 2000 la población con necesidad de atención gineco-obstétrica rebasaría la capacidad de respuesta institucional, el sector salud consideró modelos de atención para la mujer rural, en los que se combinaban recursos de los dos sistemas de salud, el biomédico y el tradicional (Castañeda, 1992.)

Para 1990 se inició el Hospital Mixto en Cuetzalán, Puebla en el que se incorporó a terapeutas tradicionales (DGPLADES, 2013).

Después, en el año 2002 y respondiendo al discurso de México como país multicultural<sup>11</sup> nace la Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, en el que de acuerdo a su discurso oficial dicha dirección fue creada:

“[...] en el contexto al reconocimiento a la diversidad cultural de nuestras poblaciones y ante la emergencia de nuevos modelos de atención a la salud. Su trabajo ha sido definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios institucionales, con una visión acorde con las expectativas de la sociedad en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora que promueve la interrelación con la medicina tradicional mexicana y las denominadas Medicinas Complementarias, presentes en la preferencias de la sociedad.”<sup>12</sup> (DGPLADES, 2015).

A la luz de este programa se han impulsado acciones en relación a la medicina tradicional, tales como los encuentros de “enriquecimiento mutuo”, entre personal de salud, parteras y mujeres que han vivido la experiencia de parto con los modelos institucional y tradicional. También se han instalado hospitales que incorporan la atención con terapeutas tradicionales. De acuerdo con la DGPLADES se han desarrollado este tipo de unidades en los estados de Nayarit, Durango, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro. (DGPLADES, 2013) (Para el caso de Chiapas, ver capítulo 2).

---

<sup>11</sup>en este caso entendida la multiculturalidad entendida como la “composición pluricultural del país sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización...” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

<sup>12</sup>“Medicina tradicional y desarrollo intercultural” <http://www.dgplades.salud.gob.mx/> Consultado el 27 de enero de 2015.



Por otra parte, de acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna en México (2014), algunos de los programas más importantes que se han implementado en los últimos años para mejorar la salud materna son:

- a) Acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS para la atención de Mujeres sin derechohabiencia, se instauró en 2006 un (CNEGySR, 2009).
- b) Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV 2007-2012) implementado por la Secretaría de Salud, es de carácter normativo para todo el país, cuyos objetivos son reducir las brechas en salud materna e infantil entre las entidades y municipios de menor desarrollo. En relación al tema de las parteras, tenía entre sus líneas de acción “Capacitar y evaluar a parteras tradicionales en la atención del evento obstétrico, con énfasis en la identificación de signos y señales de alarma...” (APV, 2007: 35). Cabe resaltar que este programa actualiza a las parteras existentes y recomienda no formar nuevas. Lo que denota la intención por la progresiva desaparición de esta figura dentro de las comunidades.
- c) El Programa de Planificación Familiar y anticoncepción (2007-2012) es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil ante el rezago observado en este tema.
- d) En 2008 dio inicio el programa Embarazo saludable, el cual establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular, disminuyendo así los costos de bolsillo.
- e) En el año 2009 se aprobó la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, en la que se postula que la mortalidad materna podía ser reducida en 40% a 2012, que incluye entre sus medidas la atención universal gratuita de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en cualquier institución del sector salud, sin importar si la mujer es derechohabiente o no. Otras de sus acciones están encaminadas a al abatimiento de la tercera, segunda y primera demora<sup>13</sup> (CNEGySR, 2009)

---

<sup>13</sup>Se considera primera demora al retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención; la segunda demora es el retardo en llegar al establecimiento adecuado para la atención; tercera demora, el retardo en recibir un tratamiento adecuado, tiene que ver con la calidad en la organización administrativa y con la calidad técnica de la prestación del servicio. (CNEGySR, 2009).

No obstante, parece que este modelo intercultural en salud se contrapone con los programas encaminados a la reducción de Muertes Maternas, pues mientras la primera de ellas alienta el uso de los servicios de terapeutas tradicionales, en los Centros de Salud a las parteras se les restringe su práctica.

A pesar de esto, las parteras tradicionales todavía son vistas como figura materna que dan seguridad y confianza, este es uno de los motivos que se ha esgrimido por los que las mujeres acuden a ellas para la atención del embarazo, parto y puerperio.

En una comunidad maya de Yucatán, Ortega, Hoil y Lendecky (1999) encontraron que las parteras son una ayuda fundamental, pues son las encargadas de organizar, dirigir y fomentar los cuidados hacia la mujer, además de definir las restricciones y fincar responsabilidades en las que el varón tiene un papel protagónico; fomentando así una relación más empática entre los géneros, así hombres y mujeres son conocedores de los signos del trabajo de parto. El conocimiento de estos signos es de gran ayuda cuando se presentan complicaciones a la hora del parto, y entonces la mujer puede ser trasladada a la institución de salud más cercana, esto cuando la geografía del lugar lo permite.

En un trabajo más reciente, Lindsey Cordero (2010) observó que entre los pobladores totonacos de Huhuetla, Puebla, las parteras son altamente valoradas y respetadas por la comunidad, ya que asisten a las mujeres durante el proceso reproductivo. El oficio de partera, además es visto como algo sagrado, pues no cualquiera puede llegar a desempeñarse como tal, según la autora, este trabajo responde a un designio divino que se da a conocer a quien ha sido elegida para dicho destino mediante un sueño iniciático.

El oficio de partear, es realizado principalmente por mujeres, mujeres que adquirieron el conocimiento por medio de un mandato divino, u obligadas por las circunstancias, debido a que se vieron en la necesidad de atender sus propios partos o de familiares cercanos.

El fenómeno del sueño iniciático y la adquisición de saberes por tradición familiar se pueden rastrear desde la el período prehispánico (Quezada, 1977; Viesca, 1986). Ambos aspectos de iniciación sobreviven hasta hoy día entre las parteras de Los Altos de Chiapas,

como veremos en apartados posteriores e incluso en otros estados como en el caso de los totonacos de Huehuetla, Puebla (Cordero, 2010).

El trabajo que desempeñan las parteras se extiende más allá de comunidades rurales y de difícil acceso donde no hay o escasean los servicios públicos de atención a la salud. La partería se sigue practicando aún en contextos urbanos como la ciudad de México, aunque se da con algunas diferencias. Por ejemplo, en una comunidad de *triquis*<sup>14</sup> migrados a la ciudad, Mendoza (2005) encontró ciertas continuidades y discontinuidades en la forma de atender el proceso reproductivo.

Ejemplo de ello es la combinación de los sistemas de atención observada en la segunda generación de migrantes quienes incluso se inclinan por la atención hospitalaria del parto. Ocurre de manera inversa en el caso de estudio que ocupa esta tesis, pues las mujeres indígenas de la periferia de San Cristóbal, que también han vivido un proceso de migración de áreas rurales a un sitio urbano con más opciones de atención a la salud, tanto públicas como privadas, siguen acudiendo a las parteras para la atención prenatal y del parto.

La recurrencia a la partería como una opción más de atención en el transcurso del embarazo, parto y puerperio es una actividad vigente en comunidades rurales como Huehuetla o en sitios urbanos como la ciudad de México. Es gracias a la fuerte demanda de sus servicios, que existe un gran número de parteras en el país. De acuerdo con el censo de la Secretaría de Salud 2012, en nuestro país hay 15, 996 parteras; de las cuales el mayor número de ellas se concentra en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tabasco (Secretaría de Salud, 2012).

Otro de los ámbitos donde cabe destacar la pertinencia de la partería, es en la disminución de la violencia obstétrica.

De acuerdo con Gutiérrez Chong (2014), en la República Mexicana cuatro de cada cinco mujeres indígenas padecen violencia obstétrica, como maltrato, humillación y agresiones verbales, además el servicio que se les da es precario, insuficiente y de mala calidad.

---

<sup>14</sup>Grupo indígena originario del noreste de Oaxaca, la lengua triqui pertenece a la familia lingüística otomangue.

Pese a que las historias de vejaciones en los hospitales públicos, privados e incluso con parteras en México son constantes, sólo Chiapas, Veracruz, Guanajuato y Durango han tipificado la violencia obstétrica en sus leyes (GIRE, 2013: 126).

Muchas mujeres rehúsan acudir al hospital por temor a los malos tratos que reciben por parte de médicos y enfermeras. Escenas de mujeres en posición horizontal al momento de parir, recibiendo regaños por parte de los médicos, expresiones como “no grites, cómo cuándo hiciste al chamaco no gritaste”, son casi de uso corriente en los hospitales.

Aunado a esto, las largas horas de espera en la sala de un hospital para obtener una consulta prenatal o para ser atendidas en la labor de parto; la exploración por varios médicos en diferentes turnos, la indumentaria que apenas cubre el cuerpo, son otros de los ingredientes que desalientan a las mujeres para ir al hospital. En cambio recurren a los servicios, en su mayoría domiciliarios, de las parteras.

Una idea muy común entre las mujeres indígenas es que el hospital es sinónimo de muerte o que una vez saliendo de este ya no podrán tener más hijos. Ideas fuertemente relacionados con las altas tasas de mortalidad registradas en la región de Los Altos; y la segunda refiere a la práctica de esterilización forzada o sin consentimiento.

En contraste con esto, las parteras se consideran como acompañantes en el proceso reproductivo que dan aliento a las mujeres para que puedan llevar a buen fin la labor de parto. La partera permite que la mujer elija la posición que más le acomode al parir, deja que el esposo y los familiares estén presentes durante el acontecimiento e incluso les hacen partícipes. Son las encargadas de “levantar” al niño una vez que ha sido expulsado por la madre; realizan el corte del cordón umbilical y bañan al recién nacido, en comunidades indígenas también cuidan a sus pacientes hasta tres días después de ocurrido el parto, la familia de la parturienta es la encargada de dar de comer a la partera (Freyermuth, 2000).

Sobre esta última característica es importante destacar que ha sido una de las razones por las que en el pasado Organismos Internacionales apoyaron la capacitación de estas mujeres como opción de atención, ya que además de ser integrantes reconocidas de su comunidad, reciben su remuneración de las mujeres y sus familias por lo que no pesan sobre el presupuesto público (UNFPA, 2002).

Otro campo en el que se resalta la pertinencia del trabajo de las parteras, particularmente en nuestro país, es en la disminución de los elevados índices de cesáreas

que se practican en la actualidad. Esta operación resulta inevitable cuando la vida de la madre y del bebé se encuentran en peligro, sin embargo, en años recientes se recurre a ella de manera rutinaria y, paradójicamente, eleva al doble el riesgo de morbilidad para madre e hijo, además de que se producen más nacimientos prematuros, producto de la programación de las cesáreas (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012). Freyermuth y Ochoa (2015) señalan que de 2002 a 2012 hubo un incremento del 120% en la utilización de este procedimiento.

También es cierto que este incremento se debe a que resulta más cómodo y rápido para los obstetras, pues durante el tiempo que demora un parto por vía vaginal pueden atender múltiples cesáreas, lo que deriva en mayores ganancias para los hospitales privados. La misma Encuesta Nacional de Nutrición (2012) reportaba que, en uno de los hospitales más prestigiados del Distrito Federal un parto vaginal puede costar hasta \$32,000 mientras que una cesárea llega hasta los 40,800 pesos. También ocasiona un gasto excesivo para las instituciones públicas y una merma en las arcas del Estado. En 2012 el IMSS reportaba que un parto vaginal costaba \$17,400, mientras que una cesárea significaba un gasto de \$21,600.

## **1.4 Conclusiones**

Los intentos por desplazar o controlar la práctica de las parteras, principalmente de las tradicionales no es reciente; en Europa y en algunos países de América Latina el proceso ha sido casi de manera continua. Ahora se intenta en México con la profesionalización de la partería y la política pública de atención hospitalaria del parto, a pesar que es evidente que las mujeres siguen recurriendo a los servicios de las comadronas y mientras se pregona su importancia en el abatimiento de las muertes maternas, también se les ha excluido del sistema oficial de salud, disminuyendo así la posibilidad de que las parteras se conviertan en un recurso efectivo de atención a la salud.

Aunado a lo anterior, no existen los mecanismos apropiados para una correcta comunicación entre las parteras y las instituciones de salud, lo que podría contribuir a la reducción de las cifras de muertes maternas. La tendencia es hacia la profesionalización del ejercicio de la partería, dejando fuera, de nueva cuenta a las parteras tradicionales, considerando que las parteras profesionales que se están formando en México, no se ubican

en las comunidades rurales, donde el mayor número de mujeres acuden con las comadronas; por el contrario, se quedan en la ciudad, en alguna institución pública de salud o en casas de partos, que por los costos son prácticamente inaccesibles para la mayoría de la población-en San Cristóbal por ejemplo se ubican dos de estos centros, que en 2015 sus precios oscilaban entre los \$14,000.00(Catorce mil pesos 00/100 MN) a \$30,000.00 (Treinta mil pesos 00/100 MN).

## Capítulo 2. La partería en el contexto regional y local

Producto de la diversidad cultural que caracteriza al estado de Chiapas, constituida principalmente por grupos mayenses- entre ellos tseltales, tsotsiles, ch'oles, tojolabales- zoques del grupo mixe-zoque- es que aún se pueden observar prácticas ancestrales como la medicina tradicional, que ha sido transmitida de generación en generación, hasta nuestros días. La medicina tradicional es entendida aquí como “el conjunto de respuestas que los diferentes grupos sociales dan a las afectaciones a la salud” (Menéndez, 1994).

En este capítulo exploro las especialidades existentes en la medicina tradicional entre las que se encuentra la partería. Indago también en la relación que la medicina tradicional con las instituciones de salud. Así como diferentes iniciativas institucionales y experiencias de la sociedad civil con parteras empíricas en la región de Los Altos, incluyendo San Cristóbal de Las Casas.

### 2.1 Especialidades dentro de la medicina tradicional

La medicina tradicional en Chiapas, particularmente en la región de Los Altos, es un recursos que muchos hombres y mujeres siguen utilizando, incluso si se trata de personas migrantes, como es el caso de las y los habitantes de la periferia de San Cristóbal.

Dentro de la medicina indígena de Los Altos de Chiapas podemos encontrar profesiones o especialidades en atención a la salud, por ejemplo entre los mayas tsotsiles existen las siguientes especialidades:

- a) El *j-i'lol* o pulsador “cuya función es introducirse, mediante el rito, al mundo de los sobrenatural para solicitar ayuda a los dioses. El poder sagrado es la palabra que establece la verdadera comunicación entre el *j-ilol* y la divinidad. Así, los *j-iloletik* son los encargados de rezar, con ello invocan a los dioses; a través del rezo y la ofrenda restablecen la salud de su paciente, aplacando el ánimo de las deidades” (Gómez, 2005: 14).
- b) Está también el *k'oponejwits* o rezador de los cerros. Estos dos especialistas sólo pueden llegar a serlo por medio de los sueños, es decir el “don” les viene dado por la revelación.
- c) El *tsac'bak* o huesero:

“se especializa en el tratamiento de los huesos, según el concepto tzotzil de ellos, que incluye lo que la fisiología moderna conoce como sistema nervioso muscular. A menudo es llamado para que realice el tratamiento de dolores, calambres, huesos rotos, hinchazones infecciones y aún parálisis. Aunque se vale de una intrincada combinación de técnicas curativas y sobrenaturales, su ritual mágico religioso es menos complicado que la de otros curanderos tzotziles” (Holland, 1978: 174).

d) Otro agente es el *ac'mol* o hierbero:

“[...] se aboca a ayudar a sanar a las personas que padecen las enfermedades de orden natural, es decir, por oposición, aquellas que no son resultado de transgresiones al mandato primordial, la mayoría de reducida gravedad y fácil solución y que, por lo mismo, no requieren de un ritual para su curación, para ello basta la administración de alguna pócima, emplasto, baño o masaje para obtener la curación del enfermo” (Page, 2005: 328).

Las dos últimas prácticas se pueden aprender, no es necesario tener un sueño.

e) Las *jve'tome* o parteras: son mujeres depositarias de un saber sagrado generado comunitariamente que se ha transmitido de generación en generación y que incluye conocimientos de herbolaria; de los cuidados y consejos que hay que brindar durante el embarazo, parto y posparto; de los ritos necesarios para vencer al diablo (*pukuj*). Además por relacionarse con partes del cuerpo consideradas de intimidad y rodeadas de normas y tabúes, la experiencia de parir es más fácilmente compartida con alguien que ha vivido ya la misma situación (Freyermuth, 1993: 85). Este evento se relaciona con partes del cuerpo de la mujer que no pueden ser vistos por otros.

Las *jv'etome* generalmente adquieren sus conocimientos de otras mujeres parteras, de la madre, la abuela, es decir, es un saber que se va transmitiendo de generación en generación. También se dan casos que aprenden por experiencia propia, atendiendo sus propios embarazos y partos. Uno de los sucesos más importantes es que ellas se distinguen de las demás porque fueron elegidas para este trabajo, tienen el don, mismo que les es revelado mediante un sueño que casi siempre está relacionado con el proceso reproductivo; después deben buscar ayuda de otra partera experimentada para consolidar los conocimientos transmitidos generacionalmente. Comparten además, varios elementos con las otras mujeres, que les hacen crear un ambiente de empatía y confianza.



## **2.2 Medicina tradicional en Los Altos y su relación con instituciones gubernamentales**

Esta medicina en el estado de Chiapas tiene un largo historial en su relación con las instituciones de gobierno. Primero con la política indigenista de los años 50 del siglo XX se buscaba cambiar los hábitos de los indígenas a fin de que optaran por la medicina institucional, sin embargo la presencia de este tipo de medicina era muy limitada en la región por lo que no representaba una opción. Para el año 1988 los servicios de salud cubrían a sólo el 42% de la población de Los Altos de Chiapas (Freyermuth, 1993). Situación que prevaleció hasta entrada la década de los noventa cuando la cobertura del modelo médico institucional o privado era escasa.

En 1979 el Instituto Nacional Indigenista (INI) lleva a cabo el programa de medicinas paralelas, se buscaba con esto la vinculación y trabajo conjunto con los médicos tradicionales de la región, para tal efecto se incluyó la capacitación de jóvenes indígenas bilingües para que fungieran como promotores de salud (Freyermuth, 1993).

De este programa se desprendería más tarde el proyecto sobre medicina tradicional de la SSA-UNICEF, que funcionó de 1983 a 1985, como una forma de continuar con el trabajo iniciado por el INI.

Paralelo a estos proyectos, surge en 1982 el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional del IMSS-COPLAMAR con el que también se buscaba cubrir la atención primaria en salud. Este programa se instauró después de un estudio preliminar que tenía como objetivo establecer un lazo entre la medicina institucional y la medicina local, se crea en 1983 el Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional a través del IMSS-COPLAMAR. Sin embargo a decir de Page (2002), este programa no estableció una estrategia por seguir con respecto de la medicina tradicional, en cambio planteó combatir las actitudes en el personal de las instituciones que estaban en contacto constante con comunidades indígenas, así como poner los recursos institucionales de salud a disposición de los terapeutas indígenas. Una vez más la relación se dio de manera unilateral. Las acciones eran ejercidas desde las instituciones hacia las comunidades y la medicina tradicional, mientras que primó la ausencia de diálogo entre ambos grupos.

El antecedente directo de las iniciativas arriba mencionadas se da con la declaración de Alma Ata (antigua URSS, 1978) "Salud Para Todos en el Año 2000", donde queda de

manifiesto la pretensión de alcanzar la cobertura universal en salud para el año 2000 (Page, 2002) y se acepta a los agentes locales de salud como oportunidad.

Jaime Page en su estudio expone que detrás de este programa de inclusión de la medicina tradicional también se encuentra el estrechamiento del presupuesto en materia salud dentro del Estado neoliberal, a partir de 1983. En este período se acude a un deterioro en la calidad de la atención, acciones orientadas a los marginados urbanos y rurales, se da una tendencia a depositar en la familia y la comunidad la responsabilidad de preservar la salud y de atender enfermedades (Page, 2002: 40).

### **2.3 Iniciativas institucionales dirigidas a parteras empíricas**

Chiapas se encuentra entre las tres entidades más pobres del país, lo que automáticamente la ubica entre los que poseen mayores rezagos en ámbitos como la educación y salud, además presenta los índices más altos en cuanto a Muertes Maternas.

Es por ello, y por los compromisos adquiridos en 2009 -año en que el gobierno estatal elevó a rango constitucional los Objetivos de Desarrollo del Milenio- que se han encaminado todos los esfuerzos en el tema de salud materna e infantil, cuyo fin es, como se ha referido en reiteradas ocasiones, la reducción de las Muertes Maternas e Infantiles. A continuación se mencionan algunos de las principales acciones en esta materia:

El programa de capacitación-certificación a parteras tradicionales por la Secretaria de Salud. El historial de este programa no es reciente ni en Chiapas, ni en el país; tiene sus orígenes en la década de los ochenta del siglo pasado, aunque no existe una dependencia exclusiva para este trabajo ni un presupuesto fijo asignado para llevarlo a cabo. Actualmente este programa va de la mano con las Casas Maternas que se han instalado en Chiapas. El principal objetivo de la capacitación es instruir a las parteras en el reconocimiento de los factores de riesgo en mujeres embarazadas. Aunque no se expresa de manera explícita, todo apunta a que desde el sector salud se prefiere que las parteras no atiendan partos, sino sean más bien se constituyan en el puente entre las mujeres y las instituciones.

### 2.3.1 Casas Maternas

Otra de las estrategias puestas en marcha para abatir las muertes maternas durante la administración de Juan Sabines Guerrero (2006-2012) fueron las Casas Maternas. Actualmente existen 13 casas en todo el estado. Se ubican en los municipios de Acala, Chilón (localidad de Muquenal), Cintalapa, Comitán, Las Margaritas (una en la cabecera municipal y en la comunidad Nuevo Huixtán), Ocosingo (en la cabecera municipal y en la localidad de Macedonia), Salto de Agua, San Andrés Larráinzar, San Cristóbal de Las Casas, Sitalá y Tenejapa<sup>15</sup>. Se encuentran situadas de manera contigua a una unidad básica de salud.

De acuerdo con la versión oficial del gobierno, estas casas tienen como objetivo: “acercar los servicios de salud a las mujeres embarazadas y el funcionamiento de estas casas maternas con pleno respeto a los usos y costumbres de los pueblos indígenas y la incorporación de las parteras tradicionales...” (Secretaría de Salud, s/f)

Aunque el albergue ubicado en San Cristóbal de Las Casas se encuentre catalogado como Casa Materna (CM), no funciona como tal, ya que las CM contemplan la incorporación de parteras tradicionales y otros servicios a las embarazadas, mientras que el de San Cristóbal funciona exclusivamente como alojamiento para mujeres en etapa gestante y sus familiares que recurren al Hospital de la Mujer para la atención del parto. Este albergue entonces, no cuenta con ningún tipo de personal que pueda proporcionar atención a las gestantes en espera. Lleva funcionando once años aproximadamente, ya que se inauguró en 2004 como una posada de Atención a la Mujer Embarazada<sup>16</sup> (AME).

En el municipio tsotsil de San Andrés Larráinzar se encuentra una de las Casas Maternas (CM) que se instalaron en el estado, este espacio fue inaugurado en 2010, trabaja con al menos 50 parteras registradas. Se ubica a un costado del hospital básico de este municipio, lo anterior debido a que se contempla que las parteras tradicionales puedan atender partos en la CM y, de presentarse una complicación la mujer pueda ser trasladada al hospital adyacente, evitando así las muertes por demora en la atención.

---

<sup>15</sup>“Suman 13 casas maternas para mejorar salud materno-infantil”. <http://salud.chiapas.gob.mx/noticias/suman-13-casas-maternas-para-mejorar-salud-materno-infantil/> [18 de Febrero 2015]

<sup>16</sup>Comunicación personal de Eduardo Jiménez, encargado de la posada. Junio 2015

Una enfermera es la encargada de la CM y aunque fue acondicionado para la atención de partos con parteras locales y personal médico, ya que cuenta con una sala de partos, una sala de puérperas, una sala de parteras, farmacia, cocina y temascal, no se encuentra en funcionamiento.

La encargada argumenta que esto se debe a que aún les hace falta la cama vertical. Sin embargo, la razón principal se debe a que las mujeres no quieren acudir para atenderse en este lugar. Solo han atendido seis partos, desde su inauguración. A esto se suma que son pocas las mujeres que llegan al hospital básico, puesto que la mayoría de ellas prefieren acudir con la partera. Así lo reflejan los números que habían obtenido al día 13 de enero del 2015<sup>17</sup>, ya que de los 40 certificados de nacimiento que habían expedido, solo dos fueron atendidos en el hospital de Larráinzar.

#### **Casa Materna**



**San Andrés Larráinzar. Enero 2015**

Debido a que no existe un programa para trabajar con las parteras, que contemple temas, periodicidad, materiales y demás, estas actividades quedan sujetas a la voluntad de quien esté a cargo de la CM. La Casa Materna se limita a funcionar como un espacio al que las parteras deben acudir para reportar su productividad, a pedir las hojas de

---

<sup>17</sup>Comunicación personal Erika Flores, enfermera a cargo de la casa materna de Larráinzar. San Andrés Larráinzar. 13 de Enero 2015

alumbramiento, ya que una de las implicaciones que conlleva el estar registradas en esta Casa es la de acudir a presentar estos reportes. De no estar registrada no pueden extender un acta de alumbramiento que luego sirve para registrar al niño o niña ante el registro civil; lo anterior como una forma de presionar a las usuarias de parteras para acudir con las que ya están certificadas o al hospital.

En los últimos dos años esta CM estaba trabajando de manera conjunta con la Asociación Civil Formación y Capacitación<sup>18</sup> (FOCA A.C) en lo relacionado a los talleres y encuentros con parteras.

De tal suerte que esta Casa Materna no funciona como en teoría se había planteado, sin embargo se puede decir que se encuentra activa en lo que a contacto con parteras del municipio se refiere, con las pláticas y capacitaciones.

### **2.3.2 Maternidad de San Juan Chamula**

En el 2015, también se inauguró otra iniciativa como parte de las estrategias contra la MM y que toca tangencialmente a las parteras tradicionales. Se trata de la Maternidad ubicada en la cabecera municipal de San Juan Chamula que se inscribe en el programa de Salud Mesoamericana, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo,

Es una prueba piloto, en la que se contempla que sólo parteras profesionales y personal médico exclusivamente femenino atiendan partos de bajo riesgo. El objetivo de este centro es dar control prenatal, vigilancia del niño sano y psicoprofilaxis. Cuenta con tres salas de parto con pertinencia cultural y una sala de labor y expulsión; de acuerdo con la médica encargada de la maternidad, en estas salas de parto con pertinencia cultural, se pretende:

“que ahí la mujer que llega ya con su trabajo de parto yo no la deje afuera caminando sí aún no se va a aliviar, sino que entre. Si se quiere acostar que se acueste, si se quiere parar que se pare, si se quiere sentar en una silla que se siente; que pueda entrar el esposo, que pueda entrar su partera. Aunque yo tenga el personal, pero si ella quiere que su partera tradicional lo esté acompañando, va a tener esa oportunidad [...] que en el momento que ya se acerque el parto o la hora del expulsivo sea ahí en ese cuarto, en su cama, o en un petate<sup>19</sup>”

---

<sup>18</sup>Formación y Capacitación A.C., organización que tienen su sede en San Cristóbal de Las Casas, trabaja con temas de salud y Derechos de mujeres.

<sup>19</sup>Entrevista con la médica Dolores Fernández, responsable de la Maternidad. San Juan Chamula. 24 de Enero 2015

Se busca que la mujer curse ahí también el puerperio, para ello cuenta con una sala de alojamiento conjunto. Se pretende romper con la imagen de hospital como un lugar frío, de modo que se contrató un muralista para la ilustración de las paredes, además las habitaciones se adecuaron de manera distinta a la de una clínica de salud, con más cobijas, cortinas de diferentes colores, las camas no son propias de un hospital, con esto se pretende que la mujer se sienta en su casa.

Sin embargo, este nuevo modelo de atención al embarazo y parto no considera la incorporación de parteras tradicionales del lugar como parte de su personal, ya que la mayoría de las enfermeras y parteras que laboran en este centro, son mestizas de otras partes de la región o de la República. Este, considero, es uno de los motivos por los que a la fecha las mujeres no se acercan para la atención del parto, la respuesta de las usuarias ha sido en el área de control prenatal<sup>20</sup>. Lograr la confianza para que las mujeres de San Juan Chamula acudan para atender sus partos en la Maternidad es uno de sus principales retos para este nuevo modelo de atención. De otro modo tendrá el mismo destino que las Casas Maternas que se instalaron con anterioridad en el estado y que no se encuentran en funcionamiento.

Como hemos visto hasta ahora, dentro de los proyectos que se han implementado con el propósito de abatir las Muertes Maternas, el trabajo de las parteras es apenas considerado. Aunque se haya montado toda la infraestructura, son evidentes las contradicciones cuando en el discurso se dice que se trabaja con parteras y en la práctica esto se deja sujeto a las voluntades de quiénes en su momento estén al frente de un cargo en la Secretaría de Salud o en la Jurisdicción Sanitaria correspondiente; y más aún cuando queda de manifiesto que la tendencia es hacia la hospitalización, medicalización de los nacimientos, donde la mujer pierde centralidad de este evento.

---

<sup>20</sup>Comunicación Personal de Dolores Fernández. Responsable de la Maternidad. San Cristóbal de Las Casas. Octubre 2015.

## **2.4 En San Cristóbal de Las Casas**

En San Cristóbal de Las Casas la presencia de las parteras sigue vigente, lo mismo se encuentran en la periferia urbana o en el centro de la ciudad, aunque es evidente que en este punto se observan cada vez menos.

En San Cristóbal también se encuentran diversas ONG's que trabajan con parteras, sin embargo se prioriza el trabajo con población indígena en comunidades de la región, de modo que el trabajo con las parteras indígenas y mestizas es de competencia casi exclusiva del Sector Salud.

A continuación se presentan seis experiencias de trabajo con parteras, las seis tienen sede en San Cristóbal, sin embargo, sólo tres de ellas trabajan con las parteras de la ciudad.

### **2.4.1 Centro de Salud Urbano “Los Pinos”**

En San Cristóbal de Las Casas se tienen registradas entre 40 o 50 parteras aproximadamente, de acuerdo con el censo del Centro de Salud urbano “Los Pinos” de esta ciudad. Esta unidad de salud trabaja desde hace aproximadamente seis años de manera directa con las parteras del lugar.

Cuando se dio inicio al programa se realizó un censo de parteras, en ese momento se reportaban ochenta, de las cuales se encuentra en activo cincuenta<sup>21</sup>. Estas mujeres acuden mes con mes a esta unidad para recibir pláticas relacionadas con temas de salud materna y neonatal.

Durante mi asistencia a las charlas que se desarrollan mes con mes en este Centro, pude percatarme que las parteras asisten desde diferentes puntos de la ciudad, de la colonia El Paraíso, La Hormiga y Ampliación Nuevo Amanecer, en el norte la ciudad; o del sur, de Lagos de María Eugenia, El Relicario y Salsipuedes.

Una a una van llegando al lugar destinado para las reuniones de información. Las asistentes son en su mayoría mujeres de más de cuarenta años, la mayor parte de ellas son analfabetas, otras más son monolingües en tsotsil, así que sus hijas acuden en su lugar, otras van acompañadas de sus hijos quienes asumen el la tarea de traducir las charlas o de anotar

---

<sup>21</sup>Comunicación personal de Norma Salazar, trabajadora del Centro de Salud Urbano. San Cristóbal de Las Casas. 18 de febrero de 2015

los puntos importantes de la reunión, ya sean teléfonos, fechas de próximas reuniones entre otros.

Otro de los objetivos de estas reuniones es obtener el reporte de su “productividad”, es decir, saber cuántas mujeres tienen en control prenatal y cuántos partos han atendido en el mes. En el período enero-febrero del 2015 han acompañado por lo menos un nacimiento y llevan el control de al menos nueve mujeres por cada una de ellas. De las quince parteras que acudieron a la plática del mes de febrero de 2015, atendieron alrededor de veinticuatro partos.

También se reponen ciertos materiales como guantes, algodón y cinta umbilical, éstos se encuentran agrupados en pequeños paquetes y que se proporcionan de acuerdo el número de partos atendidos en el último mes, es decir, si atendieron 3 partos, reciben tres paquetes. Sin embargo, para estos insumos este Centro de Salud no cuenta con recursos económicos, ni materiales etiquetados con el fin de proporcionarlos a las parteras. De modo que los paquetes se arman con materiales sobrantes o etiquetados para uso del personal del Centro.

El tiempo de las pláticas es de aproximadamente dos horas, de las cuales por lo menos la tercera parte se dedica a la recolección de los datos de productividad, lo que nos habla acerca de cuál es el objetivo central. De igual modo el lugar que es destinado cada mes para las charlas se utiliza para múltiples actividades, de tal suerte que si un día la reunión con las parteras se cruza con otro evento, el encuentro se hace más breve. Aunado a estas limitantes de tiempo, espacio y recursos materiales, se le suma que un número importante de parteras son monolingües, en tsotsil principalmente, por lo que se necesitaría de un traductor. Esto último me parece uno de los puntos más cuestionables de las charlas ¿Qué tan útiles son estas pláticas si la mayoría de las parteras no entiende de lo que se trata? O ¿Por qué no han solicitado los servicios de un traductor?

#### **2.4.2 Hospital de Las Culturas**

Este hospital, inaugurado en 2010, cuenta con un Área de Medicina Tradicional (en adelante Área) en el cual se encuentran las parteras, con esto el gobierno buscaba la extensión de los servicios médicos a la población culturalmente diversa de la región de Los Altos.



El Área fue acondicionada para que las parteras empíricas de la ciudad atendieran las mujeres gestantes. Cuenta entre sus instalaciones con una sala de partos, una habitación para examinación, misma que puede servir para hospedar a las mujeres recién paridas; hay también una cocina, sala de espera, farmacia y temascal. Una sala de homeopatía que no funciona, y actualmente comparten el edificio con una médica que presta servicios en terapia de lenguaje para niños.

Cuando el proyecto inició se invitó a las parteras de la ciudad para que acudieran a este espacio a atender a sus pacientes. En un primer momento se concentraron alrededor de 20 a 30 parteras, la mayoría de ellas alentadas por la esperanza de obtener algún pago mensual. Sin embargo, este no fue el caso, ya que sólo se limitaron a proporcionarles el espacio.

“Vino hasta Felipe Calderón y clarito nos dijo “aquí está su casa, aquí están sus herramientas, ustedes verán cómo trabajan” comenta Teresa<sup>22</sup>, en relación a la inauguración del Área y refiriéndose a que desde el inicio se les aclaró que no recibirían más apoyo que no fuera el uso de las instalaciones.

Debido a la falta de un estipendio, al menos la mitad de las parteras se retiraron. Y para 2013 Susana del Carmen Ovando, presidenta del grupo de parteras, en entrevista con el diario local Semanario Mirada Sur declaraba exclusión de dicho sistema:

“Que en los centros de salud de la ciudad exista un apoyo del personal de enfermeras, porque cómo es posible que en esos lugares se saturen de consultas, y a nosotras no nos mandan ninguna paciente, desde ahí debería de haber una cultura para ofrecer el servicio de la medicina tradicional a las mujeres embarazadas; nosotras tenemos la capacitación, hemos llevado las prácticas, nos mandan a cursos, y luego ni nos toman en cuenta” (Mirada Sur, 2013)

Al día de hoy, 2015, las parteras trabajan de manera voluntaria ya que el beneficio que ellas obtienen por parte de esta institución es sólo el uso de las instalaciones, pues tampoco reciben una remuneración, sus ingresos dependen de los pacientes que lleguen a consulta.

Las parteras atienden en este espacio a mujeres en etapa gestante, para sobarlas y acomodarles al bebé. Acuden de distintas partes de la ciudad o de otros municipios aledaños. También atienden partos en estas instalaciones, sobre todo si las mujeres son de

---

<sup>22</sup>Comunicación personal de Teresa, partera del Hospital de Las Culturas. Marzo 2015.

otras comunidades, ya que pueden permanecer aquí por varios días junto con sus familiares sin costo extra por la estancia.

Esta exclusión o falta de consideración de la medicina tradicional por parte del sector salud como una opción de atención a la salud se hace evidente también en la distribución del espacio que ocupa el Hospital de las Culturas, ya que el área de medicina tradicional se encuentra a un costado de la sección que ocupa la medicina biomédica, para llegar hasta ella se debe pasar por dos puertas con vigilantes, no existen señalamientos visibles que indiquen la ubicación ni los servicios que ahí se ofrecen. Si se logra llegar es porque se tiene conocimiento previo de la existencia de este lugar.

Las parteras también comentan que los vigilantes de la entrada principal en ocasiones niegan la existencia de ellas en el hospital. A esto se le suma el hecho de que no se les dota de los materiales necesarios para la atención de partos.

Puede corroborarse la pertinencia de un lugar como el Área de Medicina Tradicional y es que las parteras muchas veces deben atender en condiciones poco apropiadas y por lo tanto este espacio se presenta como una buena opción. Como fue el caso de la partera Consuelo que en una ocasión fue llamada para atender un nacimiento en una de las colonias de la periferia, pero al llegar al lugar se percató que su paciente vivía en un cuarto junto con su esposo y dos hijas más. Esta habitación fungía como dormitorio y cocina. Así que convenció a la mujer y su familia para trasladarse al Área, donde se cuenta con una habitación propia para el parto y una cocina, además de una sala de espera donde las otras hijas podían aguardar.

Sin embargo, el Área carece de difusión correspondiente para que la población sepa de su existencia y de los servicios que aquí se proporcionan.

En otra ocasión llegó al área Ana, una mujer mestiza, originaria de Cuernavaca, Morelos. Acudió debido a que su médico le había programado una cesárea, sin embargo, ella quería un parto natural, las casas de partos no representaban una opción para ella por el costo elevado de la atención, así que al Área, una partera aceptó atenderla a pesar que se encontraba a pocas semanas de dar a luz. Al final, el esposo de Ana decidió que era mejor acudir a uno de los consultorios privados de la ciudad, pues temía de las complicaciones que pudieran presentarse. El parto fue natural, como Ana deseaba, así que la partera acudió

a visitarla días después del nacimiento para curar el ombligo del recién nacido y a proporcionarle un baño de hierbas a esta mujer.

Con las anteriores experiencias queda de manifiesto lo conveniente que resulta la existencia de un espacio como el Área de Medicina Tradicional, donde parteras pueden atender a mujeres indígenas o no indígenas, y de diferentes estratos sociales.

Pese a esto, el Área sigue en el abandono, las parteras siguen sin tener apoyo de ningún tipo, salvo los alimentos que le son proporcionados por el Hospital. Lo anterior a pesar de que en varias ocasiones las parteras han solicitado la colaboración de algún médico que las pueda apoyar en caso de emergencias.

Entre septiembre y octubre de 2015 se dieron cambios drásticos en el interior de la Jurisdicción Sanitaria II lo que modificó la relación con las parteras de la ciudad. En el caso específico del Área de Medicina Tradicional del Hospital de las Culturas a las parteras que acuden a sus guardias a este lugar se les prohibió atender partos en este espacio, limitando su trabajo a control prenatal y que los nacimientos ocurran en casa de las parteras o de las mujeres. Lo anterior bajo el argumento que el edificio que ocupa el Área sería convertida en una sala de capacitaciones para parteras, cambiando así la sede mensual, es decir, del Centro de Salud Urbano al Hospital de Las Culturas.

También les plantearon la posibilidad de trasladarse a la Maternidad de Chamula para atender los partos en este lugar; misma que fue rechazada por las parteras, pues implica tiempo que podría ser valioso en la atención, asimismo el traslado conlleva un mayor costo económico, si tomamos en cuenta que la mayoría de las mujeres que acuden a las parteras son de bajos recursos, esta propuesta no resulta viable.

Considero que este lugar, con la debida atención y apoyo por parte de las autoridades sanitarias, puede constituirse en una opción para que mujeres puedan dar a luz con el acompañamiento de las parteras que ellas elijan y a un bajo costo. Pero se necesita de la voluntad de los responsables de tomar este tipo de decisiones para que tanto médicos como parteras puedan colaborar en este espacio en favor de la salud de las mujeres. Deben tomarlas como aliadas y no como un problema que se debe suprimir, ya que como se puede observar, la presencia de las parteras sigue vigente en diferentes puntos de la república mexicana como Chiapas, el servicio que estas mujeres ofrecen no es exclusivo de lugares rurales de difícil acceso a los servicios de salud.

Las embarazadas y parturientas ven en las comadronas a la consejera, a la orientadora y siguen confiando en ellas para la atención del proceso reproductivo e incluso en temas relacionados con planificación familiar y la salud de los infantes.

Cabe señalar que hacia el final del trabajo de campo, cuando se presentaron cambios en la relación de la Jurisdicción Sanitaria con las parteras, y que además propiciaron que los problemas de celos entre ellas se hicieran más evidentes también nos alcanzó (a otras dos compañeras que se encontraban haciendo investigación y a mi) a nosotras. En reuniones privadas que sostuvieron con la Directora de la Jurisdicción varias parteras acusaron a las dos con las que teníamos más contacto de tomarnos como “ayudantes”, por lo que la directora les prohibió tajantemente la entrada de personas que no fueran parteras al Área de Medicina Tradicional del Hospital de Las Culturas, así como a las reuniones mensuales en el Centro de Salud, mismas a las que habíamos acompañado a las parteras en varias ocasiones<sup>23</sup>.

Las parteras nos comentaron que la Directora de la Jurisdicción les advirtió que íbamos a robarles el conocimiento, que después nosotras nos regresamos a nuestros estados o países y cobramos tarifas elevadas por la atención, por lo que las instó a no recibir aprendices o ayudantes. Lo anterior, relacionado con la llegada de profesionales de la escuela de partería de Guanajuato (CASA<sup>24</sup>) y también a la presencia de casas de partos<sup>25</sup> en la ciudad, en las que el costo de un parto supera los diez mil pesos. Y también porque de cierto modo las parteras no terminaban de entender exactamente qué estábamos haciendo, aunque al inicio de la investigación cada una de nosotras les explico en qué consistía nuestro trabajo.

---

<sup>23</sup> Comunicación personal de Teresa y Josefina, parteras del Hospital de Las Culturas. 8 de octubre de 2015.

<sup>24</sup> La Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A. C. Tiene su sede en San Miguel de Allende, Guanajuato. Abrió sus puertas en 1997 y está acreditada por la Secretaría de Educación de ese estado. Consultado en: “Historia” <http://escueladeparteras.org.mx/> 26 de enero 2016.

<sup>25</sup> En San Cristóbal se encuentran dos casas de partos, estos centros tienen la característica de estar atendidas por parteras profesionales, es decir con instrucción médica pero cuya atención no es propiamente la de un obstetra.

## **2.5 Experiencias de la sociedad civil**

A continuación se presentan cuatro experiencias de trabajo con parteras desde la sociedad civil, las cuatro tienen como sede San Cristóbal de Las Casas, sin embargo sólo una de ellas incluye actividades con las parteras de la ciudad.

### **2.5.1 Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH. A.C)**

Como parte de los programas relacionados con la medicina tradicional, e implementados por el INI y más tarde por la SSA-UNICEF, se incluyó la capacitación de jóvenes indígenas que fungieran como promotores de salud y como enlaces entre los curadores tradicionales y las instituciones. La experiencia de este último proyecto culminó en 1985, año en que los técnicos bilingües crearon la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) como una forma de continuar el trabajo que venían desarrollando (Freyermuth, 1993).

Esta asociación surge también, como una forma de establecer una coordinación entre los terapeutas tradicionales en su lucha por defender su práctica médica (OMIECH, 1989: 11).

La Organización agrupa desde su fundación a médicos tradicionales de la zona Altos, tsotsiles y tseltales principalmente, posteriormente se integraron comunidades de la región Selva –tojolabales.

Para 1997 abre sus puertas El Museo de la Medicina Maya San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Actualmente, 2015, este es uno de los principales proyectos de la Organización. Al interior del museo encontramos diferentes representaciones de médicos, rezadores en la iglesia y en los cerros, parteras. Así como la preparación del *pilico* o *bankilal*, una especie de tabaco silvestre que es utilizado en rezos y también como protector, que debe ser recolectado y después triturado para su uso.

También se encuentra una farmacia, que junto con el museo forman las principales empresas de la OMIECH. En esta área se distribuyen los productos herbolarios que son procesados ahí mismo. Las plantas que utilizan para su elaboración son recolectadas en las diferentes comunidades que pertenecen a la Organización. Podemos encontrar un huerto demostrativo, donde se observan algunas de las plantas que son utilizadas en el tratamiento

de diversas enfermedades y un temascal tradicional. Este es una representación del mundo, de la tierra. Al entrar en él para tomar el baño, se penetra al centro de la tierra madre, de ahí se sale sano y purificado en conjunción con el fuego y el agua, de la misma manera se dice que representa el vientre materno. También se encuentra un curandero que atiende al interior del museo, con él acude un público en su mayoría indígena tanto local como foráneo, en algunas ocasiones llegan extranjeros.

La Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) cuenta también con un Área de Mujeres y Parteras, que tiene como objetivo ayudar a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y niños indígenas del estado de Chiapas, y lograr la disminución de las enfermedades y las muertes maternas e infantiles. En este sentido uno de los objetivos principales es socializar, rescatar, sistematizar y desarrollar los conocimientos y experiencias que las mujeres y parteras indígenas tradicionales experimentadas poseen (OMIECH, 2008: 1).

Dicho objetivo se logra a través de los encuentros de parteras, y a la realización de boletines que surgen de estas reuniones y que posteriormente son distribuidos entre las parteras.

#### **Boletines elaborados por el Área de Mujeres y Parteras**



**Octubre de 2015**

Actualmente en la sección de Mujeres y Parteras se reúnen las parteras tradicionales pertenecientes a la Organización “cada vez que tienen algún encuentro”, es decir, cada vez que el financiamiento lo permite, ya que el trabajo del área tiene su propia agenda, cuyo interés se centra más en socialización y rescate del conocimiento de las parteras socias de la OMIECH, por lo que no responde a los requerimientos de los organismos financiadores enfocados en capacitaciones, derivando así en escaso o nulo apoyo económico.

La OMIECH no trabaja con parteras de San Cristóbal, ya que sus actividades se centran en las socias de la organización que se encuentran en su totalidad en comunidades indígenas como Chenalhó, Chamula y Tenejapa.

Además de que se prioriza el contacto con parteras tradicionales, es decir, que han recibido el don de ser parteras por medio del sueño y que además no hayan tenido contacto con el sector salud. Sin embargo, esto último resulta cada vez más difícil debido a que por parte de las instituciones de salud existe la tendencia hacia el control de esta práctica. Uno de los principales instrumentos de control son los certificados de nacimiento, cuando se acude a la unidad de salud para solicitarla, se les pide una credencial que las acredite como practicante de partería, o en su defecto una constancia con el aval de las autoridades comunitarias.

También se les pide que cuente con cintas métricas y básculas, condicionando la utilización de estos instrumentos a la entrega de certificados, es decir, si no los emplean se les obstaculiza el proceso de obtención del certificado<sup>26</sup>. Sobre este punto es importante hacer notar que las parteras indígenas son en su mayoría mujeres analfabetas, por lo que se dificulta el empleo de estos materiales.

Parte del trabajo del Área de Mujeres y Parteras también deriva en dar respaldo a su socias, como practicantes de la medicina indígena.

Se destaca entonces el hecho que en el proyecto de Los Médicos Indígenas no están contempladas las mujeres que practican la partería en San Cristóbal de Las Casas; sin embargo la importancia de este espacio radica en que, es claro ejemplo de la revalorización y fortalecimiento de la medicina indígena o tradicional desde los propios pueblos.

---

<sup>26</sup> Comunicación personal de la responsable del Área de Mujeres y Parteras de la OMIECH. Octubre 2015.

### 2.5.2 Casa de la partera

La Casa de la partera, ubicada en el centro de San Cristóbal de Las Casas, dirigida y fundada por la médica Carolina Herrada<sup>27</sup> en enero de 2004 que tiene entre sus objetivos: sensibilizar, capacitar y acompañar a las parteras. Cabe señalar que esta casa forma parte de la Asociación Civil Salud y Mujer Chiapaneca. Y sobreviven principalmente de donaciones en efectivo o de materiales que son repartidos a las parteras que acuden a las pláticas.

#### Reunión en la Casa de la Partera



San Cristóbal de Las Casas. Febrero 2015

Uno de los objetivos de la Casa es capacitarlas o actualizarlas en las nuevas tecnologías como el tamiz neonatal o en temas de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos para recomendarlos entre las mujeres que atienden; así como conocer su trabajo y recomendarles evitar prácticas que pongan en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, prácticas como utilización de navajas, tijeras sin desinfectar o carrizos para el corte del cordón umbilical, que pueden ocasionar infecciones con graves consecuencias.

Por otra parte las parteras también han reportado que en reiteradas ocasiones se les ha negado el acceso al hospital de modo que no pueden proporcionar información que podría ser de utilidad para los médicos. Como explica Teresa, partera de la ciudad con más de treinta años de experiencia, narra que en varias ocasiones ha tenido que recurrir al

---

<sup>27</sup> Entrevista con Carolina Herrada. San Cristóbal de Las Casas, 16 de Febrero 2015.



hospital de la mujer aquí en San Cristóbal, pero que la han dejado fuera de las instalaciones: “ni siquiera nos dejan pasar a la sala de espera” dice. Pese a esto no pocas son las veces que esta mujer se ha enfrentado al personal de esta unidad para poder acompañar a su “enfermita”, debido a esto se ha ganado la fama de “malcriada”. “Ahí viene la malcriada dicen las enfermeras cuando me ven llegar<sup>28</sup>”.

De lo anterior se deriva, que otro de los objetivos de la Casa sea el acompañamiento a parteras “que sientan que tienen un espacio a donde ir y a quien solicitar ayuda en caso de problemas, que es lo que no tienen”. Así que de alguna manera, la médica funge como el respaldo de las parteras, quien en ocasiones tiene que hacer una o varias llamadas al hospital o clínica donde la partera ha trasladado a su paciente para que las atiendan.

La Casa de la Partera ha logrado constituirse como un espacio de encuentro, donde además pueden acudir para la expedición de los certificados de alumbramiento que son llenados y firmados por la médica a cargo. En 2015 se creó un programa de radio, “De partera a partera” que se transmite por el Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía. Desde esta plataforma se comparten temas diversos relacionados con las parteras y el proceso reproductivo. El interés principal es llegar a las parteras y que este programa sea un puente entre ellas y la Casa de la Partera, así como con el resto de la población.

### **2.5.3 Formación y Capacitación. A. C (FOCA)**

Otra de las experiencias de trabajo con parteras es la de la Asociación Civil Formación y Capacitación (FOCA). Esta Asociación desde sus inicios, en 1996, trabaja con temas de salud y capacitación a promotores de salud en las comunidades indígenas de la región de Los Altos<sup>29</sup>.

Actualmente tienen dos áreas: Migración y Salud Sexual y Reproductiva. Dentro de la segunda se inscribe el proyecto “Por una partería integral y con derechos”, desarrollado de 2014 a 2015. El proyecto incluye trabajo con parteras en los municipios de Sitalá y San Andrés Larráinzar (ubicados en las regiones denominadas Tulijá tseltal-chol y Altos tsotsil-

---

<sup>28</sup> Comunicación personal de Teresa, partera del Hospital de Las Culturas. Febrero 2015.

<sup>29</sup> Entrevista con integrantes de FOCA. A. C. Realizada en colaboración con Mounia El Kotni. San Cristóbal de Las Casas. 15 de junio 2015

tseltal, respectivamente). Su objetivo se centra en el fortalecimiento de la partería además de propiciar el compartir entre ellas, así como el trabajo en equipo.

Esta Asociación estableció lazos con las Casas Maternas de ambos municipios por medio de las cuales se llevó a cabo el contacto con las parteras. Así que los talleres se llevan a cabo en las instalaciones de las CM con apoyo de las responsables.

#### **2.5.4 Alianza Pediátrica Global (GPA)**

Es una Organización No Gubernamental norteamericana que tiene su sede en San Francisco, California, trabajan con temas de salud. En Chiapas tienen presencia desde hace aproximadamente diez años, principalmente en la región norte y selva del estado<sup>30</sup>.

En 2013 la organización realizó un diagnóstico en la región de Los Altos para conocer la situación de las parteras. Resultado de este primer acercamiento se planteó un proyecto de intervención a tres años (2014-2016) para trabajar capacitándolas en tres municipios: Cancuc, Pantelhó y Simojovel.

Los temas que se abordan en las capacitaciones van desde: embarazo y control prenatal; detección de signos de alarma, pequeñas y grandes complicaciones durante el embarazo y en el parto, parto normal. Incluyen también tópicos relacionados con los sistemas reproductivos masculino y femenino.

Las actividades también incluyen (además de las parteras), a las autoridades comunitarias, auxiliares o asistentes de salud para sensibilizarlos y que puedan acompañar el trabajo de las parteras con el fin de prevenir las muertes maternas e infantiles.

## **2. 6 Conclusiones**

Durante el trabajo de campo pude observar que estas mujeres parteras acuden a las capacitaciones del sector salud o de ONG's tanto como le es posible, con la finalidad de crear redes de apoyo, empatía, legitimidad ante los médicos, materiales en caso de las

---

<sup>30</sup> Entrevista con integrante de Alianza Pediátrica Global (GPA por sus siglas en inglés). San Cristóbal de Las Casas.30 junio 2015. Entrevista en colaboración con Mounia El Kotni.

ONG's o por el hecho de sentir que son tomadas en consideración por estos sectores de la sociedad.

Asimismo a lo largo de este capítulo se han explorando las acciones emprendidas desde la Secretaría de Salud, que según refleja el trabajo de campo, van más encaminadas al control y desplazamiento de esta práctica que a su reconocimiento, mismo que se ve traducen la discriminación que sufren estas mujeres por parte de los médicos y del personal de salud que imparte las pláticas, donde se les infunde temor acerca de sus prácticas y se les recomienda mejor canalizar a las parturientas aunque se trate de un embarazo de bajo riesgo.

A lo anterior se le suma la falta de un programa dirigido a la capacitación y actualización a las parteras por parte de la Secretaría de Salud y sus dependencias.

En entrevistas sostenidas con personal de la Jurisdicción Sanitaria II, se reconoció el hecho de que no existe un área, personal, recursos económicos ni materiales que estén destinados exclusivamente para este fin.

En el caso del Centro de Salud Urbano, se les proporcionan a las parteras algunos materiales, sin embargo, estos no siempre están disponibles, debido a que forma parte de los insumos etiquetados para el uso al interior del Centro.

El director del Centro de Salud ubicado en la Zona Norte, que recientemente ha empezado las charlas de capacitación a parteras -marzo 2015- también reconoce la falta de un presupuesto para el trabajo con estas mujeres. Aunque para el director<sup>31</sup> de este Centro de Salud, el mayor reto para el trabajo con las parteras se concentra en el cambio de actitud del personal, que a decir de él, deben estar sensibilizados para desarrollar actividades con las parteras y también que hablen la lengua indígena predominante en la ciudad –tsotsil- para que puedan entender a estas mujeres y así poder establecer una mejor relación con las parteras de la zona. Esta sensibilización es necesaria no sólo para trabajar con las parteras, también para atender a las usuarias de ese sector, a esto se le ha denominado competencia cultural que adquiere “el agente de salud cuando está sensibilizado en cuanto a la importancia de conocer las prácticas y representaciones de sus pacientes en torno al proceso

---

<sup>31</sup>Entrevista con Filiberto Gómez. Director del Centro de Salud de la Zona Norte. San Cristóbal de Las Casas. 5 de octubre 2015.

salud/enfermedad” (Freyermuth, 2014: 32). Resulta pues uno de los retos más importantes para los prestadores de servicios en salud tanto público como privado.

**Parteras de la Zona Norte, saliendo de la reunión mensual**



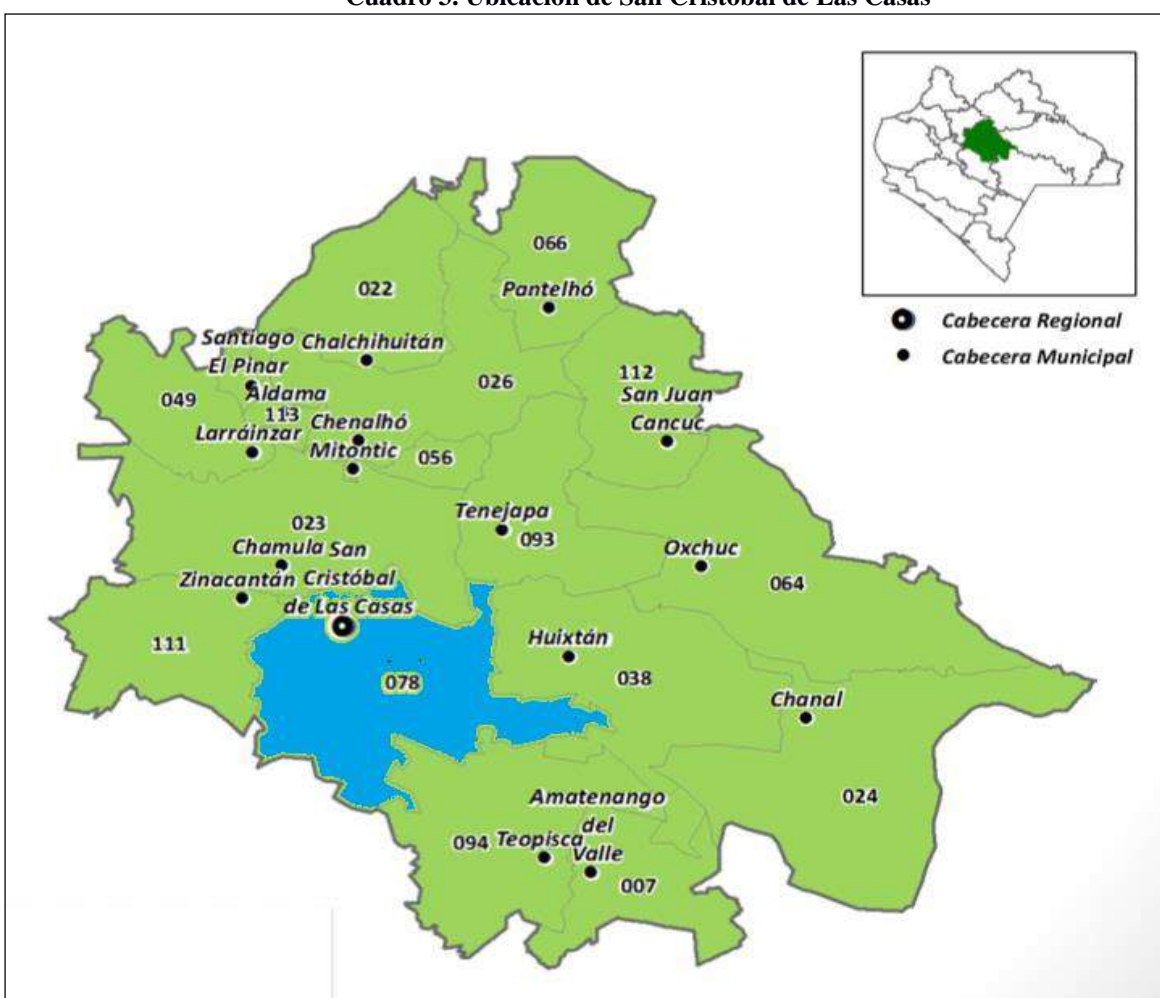
**San Cristóbal de Las Casas. Octubre de 2015**

### Capítulo 3. La Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas

Este capítulo tiene por objetivo ofrecer información relevante acerca del lugar de estudio. De igual modo se presenta como un acercamiento a la historia de conformación de lo que hoy se conoce como la Zona Norte y la composición de su población permitirá entender la dinámica que se vive actualmente

#### 3.1 San Cristóbal de Las Casas

Cuadro 3. Ubicación de San Cristóbal de Las Casas



Fuente: [www. ceieg. chiapas. gob. mx](http://www.ceieg.chiapas.gob.mx). Fecha de consulta 22 de enero de 2016.

San Cristóbal de Las Casas se encuentra en el Altiplano Central del estado de Chiapas. De acuerdo con la regionalización vigente, forma parte de la zona denominada Los Altos, una

de las quince regiones económicas y fisiográficas de las que se compone la entidad federativa. Es uno de los 122 municipios que conforman el estado.

Dos tercios de la superficie que ocupa la municipalidad es montañosa, el resto lo ocupa un extenso valle. Limita al Norte con los municipios de Chamula y Tenejapa, al Este con Huixtán, al Sur con Teopisca, al Suroeste con Totolapa, Chiapilla y San Lucas y al Oeste con Zinacantán. Cuenta con noventa y ocho localidades distribuidas en una superficie total de 394 km<sup>2</sup>.

De acuerdo con el último censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2010), Chiapas cuenta con 4, 796, 580 habitantes de los cuales, el municipio de San Cristóbal de Las Casas aporta el 3.8% con una población total de 185, 917 habitantes. De los cuales 96, 921 son mujeres y 88, 996 son hombres. El 30.6% son jóvenes de 15 a 29 años, la población de 60 años en adelante representa el 5.3%. Distribuidos entre las 98 localidades con las que cuenta la municipalidad.

La mayor parte de la población se concentra en la cabecera municipal, con 158,027 pobladores. Y según el Sistema Nacional de Información Municipal (SNIM), el municipio de San Cristóbal de Las Casas, se encuentra en el sexto lugar de diez- a nivel nacional- con número de habitantes mayores de tres años que hablan alguna lengua indígena, sólo por debajo de Ocosingo, Chilón, Mérida, Huejutla de Reyes (Hidalgo) y San Juan Chamula. Con un total de 62, 208 hablantes de un idioma originario; de los cuales 29, 543 son hombres y 32, 665 son mujeres.

**Cuadro 4. Los diez municipios donde más habitantes mayores de 3 años hablan una lengua indígena, 2010**

No.	Estado	Municipio	Habitantes		
			Hombres	Mujeres	Total
1	Chiapas	Ocosingo	66,974	66,837	133,811
2	Chiapas	Chilón	47,777	48,790	96,567
3	Yucatán	Mérida	36,573	38,254	74,827
4	Hidalgo	Huejutla de Reyes	34,531	35,047	69,578
5	Chiapas	Chamula	31,891	37,584	69,475
6	Chiapas	San Cristóbal de las Casas	29,543	32,665	62,208
7	Chiapas	Tila	61,709	30,847	61,709
8	Quintana Roo	Benito Juárez	33,513	27,844	61,357

9	Oaxaca	Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza	26,016	28,007	54,023
10	Chiapas	Las Margaritas	24,565	25,006	49,571

Fuente: Instituto Nacional para el Federalismo y desarrollo Municipal (SNIM). Municipios en cifras. <http://www.snim.rami.gob.mx/>. Fecha de consulta: 24 de Febrero 2015.

Las tres lenguas indígenas más habladas en San Cristóbal según orden de importancia, son: tsotsil con 43, 302 hablantes, tseltal con 15, 440 y el ch'ol con 571 hablantes. A continuación se presenta un cuadro con las diez lenguas indígenas más habladas en el municipio.

**Cuadro 5. Diez lenguas indígenas más habladas en el municipio de San Cristóbal de Las Casas, 2010**

Lengua indígena	Número de hablantes		
	Total	Hombres	Mujeres
Tzotzil	43,302	20,752	22,550
Tseltal	15,440	7,100	8,340
Chol	571	242	329
Lengua Indígena No Especificada	271	143	128
Zapoteco	83	33	50
Zoque	83	29	54
Tojolabal	41	19	22
Mixe	38	25	13
Náhuatl	34	19	15
Mame	18	7	11

Fuente: Instituto Nacional para el Federalismo y desarrollo Municipal (SNIM). Ficha básica municipal. <http://www.snim.rami.gob.mx/>. Fecha de consulta: 24 de Febrero 2015.

Así, por lo menos dos de cada cinco habitantes en San Cristóbal de Las Casas hablan una lengua indígena. La población de la ciudad es culturalmente diversa no sólo porque aquí convergen diferentes grupos indígenas y mestizos del estado de Chiapas o de otras partes del país; también hay que agregar la diversidad que añaden las personas de diferentes partes del mundo, muchos de ellos residentes en la ciudad, lo que ha dado carácter cosmopolita a San Cristóbal.

### 3.2 El crecimiento poblacional

Pero no siempre fue así, ya que, San Cristóbal de Las Casas hasta hace no más de dos

décadas, era un lugar con la tercera parte de la población que hoy posee. A lo largo de estos últimos veinte años la ciudad experimentó un abrupto crecimiento poblacional, resultado de varias oleadas migratorias urbano-rurales.

Así pues la ciudad debe este aumento de población en gran medida a los indígenas migrantes que se asentaron a lo largo de la periferia de San Cristóbal, principalmente en la denominada Zona Norte. Actualmente “la mitad de la población de San Cristóbal es de origen indígena en primera o segunda generación, conviven tsotsiles, tseltales, algunos choles y tojolabales agrupados por colonias homogéneas o mixtas” (Fernández-Galán y Rodríguez, 2014: 93)

El efecto migratorio de indígenas hacia San Cristóbal de Las Casas se puede rastrear desde el siglo XIX y XX, personas que provenientes de San Juan Chamula fundaron San Juan del Bosque y Rincón Chamula en la periferia de la ciudad. Sin embargo, lo que se podría denominar como el momento moderno de las migraciones indígenas en Chiapas (particularmente en San Cristóbal) comienza en la primera parte de la década de los setenta (Ángulo, 2003:66).

A este segundo momento de migraciones indígenas Jan Rus (2009) las divide en tres, de acuerdo con los factores que las originaron, ya que los primeros migrantes de esta segunda etapa llegaron a la ciudad en 1976 con motivo de las primeras expulsiones religiosas que tuvieron lugar en la región Altos; estos fueron los pioneros en la conquista de los espacios para levantar colonias enteras en los linderos de la ciudad.

La llegada posterior de más indígenas a San Cristóbal responde, de acuerdo con Rus, a la crisis económica de mitad de 1980, que contrajo la demanda de jornaleros agrícolas, así como la escasez de empleo en el sector de las construcciones, lo que obligó a los indígenas a abandonar sus lugares de origen y buscar nuevas oportunidades en San Cristóbal.

La tercera ola tiene sus raíces tanto en las condiciones económicas como en la violencia generada en las comunidades indígenas a partir del levantamiento zapatista de 1994 (Rus, 2009).

Respecto de los factores económicos, Juana Ruiz (1996) coincide en que muchos de los indígenas migrantes llegaron en busca de trabajo como una manera de mejorar su condición económica, estos últimos íntimamente ligados a la pobreza que impera en su



comunidades, otros porque en sus lugares de origen no encontraron tierras para asentarse. Vale decir que, la ciudad es una de las cuatro con mayor atracción migratoria en el estado, junto con Tuxtla Gutiérrez (capital del estado), Comitán y Tapachula.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Municipal (2012-2015), del período 1990-2000 San Cristóbal tuvo un promedio de crecimiento anual de 5 627 personas.

### **3.3 La Zona Norte**

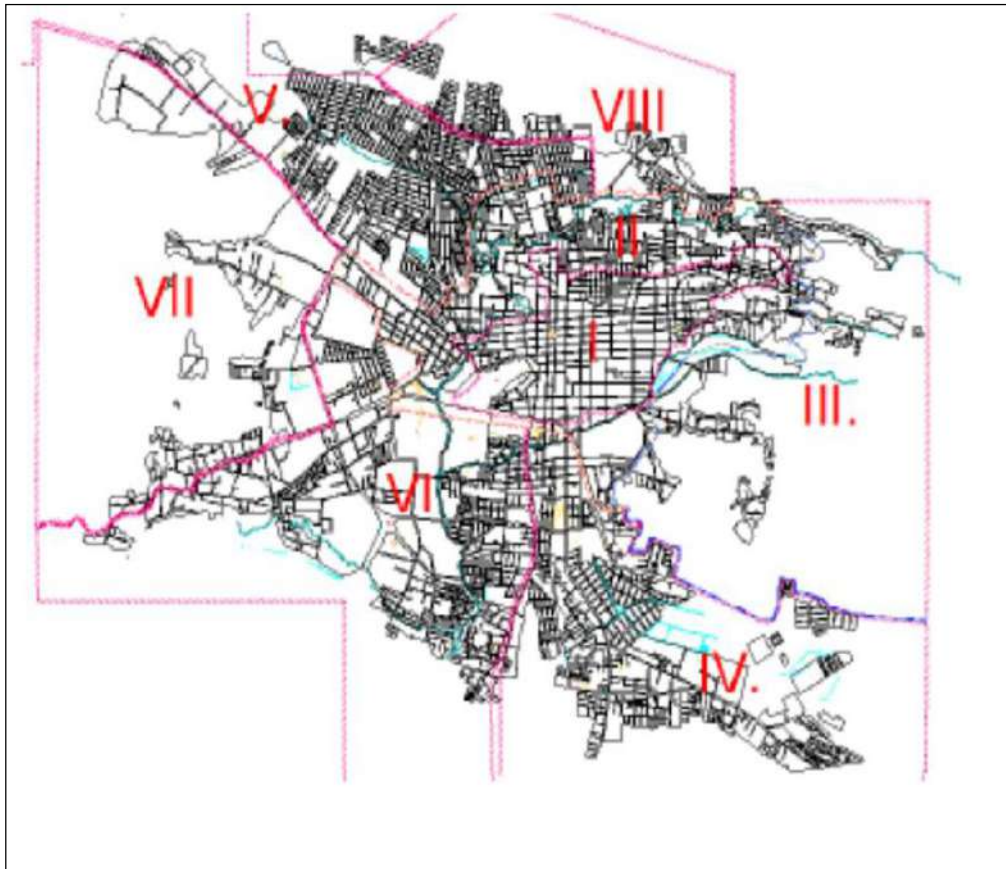
A mediados de la década de los ochenta empieza la proliferación de asentamientos caracterizados como predominantemente indígenas, mismas que pasaron de ser cuatro en 1986 a cuarenta en el año 2000 (Rus, 2009), y siguen en aumento al día de hoy. Aunque la presencia de estas colonias se ha extendido a lo largo de todo el anillo periférico de la ciudad, es en la denominada Zona Norte donde se concentra la mayor parte de la población indígena.

Entre las que se originaron en la periferia norte de la ciudad, se encuentran: La Hormiga, Nueva Palestina, Paraíso, *Getzemaní*, San Juan del Bosque, San Antonio del Monte, Diego de Mazariegos, Morelos, Erasto Urbina, Emiliano Zapata, Nueva Maravilla, Palestina, Nueva Palestina, Paraíso, Edén, Amanecer, Florida, entre muchas más.

Hoy día siguen surgiendo nuevas colonias debido al crecimiento poblacional natural pero la migración sigue siendo un factor principal. Durante el trabajo de campo, pude percatarme del nacimiento de estas nuevas colonias, ahora a los nuevos asentamientos se les antepone el nombre “anexo”, pues son hijas de otras colonias, ejemplo de ello son: Anexo Edén, Anexo Maravilla, Anexo Amanecer.

Estas colonias corresponden a las secciones V y VIII del Plan de Desarrollo Municipal, como se observa en el mapa de la estructura urbana de la ciudad (ver cuadro 6). Se distingue del centro de la ciudad debido, en buena parte, a la arquitectura que también es distinta, lejos de las casonas coloniales de adobe y teja del centro de la ciudad, aquí las casas son de block, algunas más de madera y lámina de zinc. Las viviendas son muy cercanas entre sí, lo que da un aspecto de hacinamiento a esta franja de la ciudad.

**Cuadro 6. Estructura Urbana de San Cristóbal de Las Casas**



**Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015**

Se diferencia del centro de la ciudad por su carácter semiurbano, en algunas colonias se conservan prácticas propias del medio rural como el cultivo de maíz y otras verduras o el pastoreo de borregos por mujeres chamulas; estas mujeres que mientras vigilan a los borregos elaboran artesanías que después serán vendidas a los turistas en el centro de la ciudad. Algunas familias crían aves de traspatio para el consumo personal.



**Vida Cotidiana. Diciembre 2014**

Otras prácticas que se conservan son las relacionadas con la atención a la salud, aunque estas se han visto modificadas principalmente por el cambio de adscripción religiosa o por el medio en el que ahora se encuentran y también al tener contacto con otros actores, como por ejemplo el ISECH (Instituto de Salud de Chiapas) o diversas ONG's. Tal como lo revela un estudio realizado en 2009 en la Zona Norte, entre los curadores más recurridos se encuentran los ligados principalmente a alguna religión, cuya terapéutica consiste en oraciones, plantas medicinales y baños en temascal (Tibaduiza. et.al. 2009).

Se encontraron curanderas-hierberas en todas las colonias donde se realizó el estudio, mujeres que habían sido capacitadas por ONG's o que recibieron el conocimiento de madres o abuelas (Tibaduiza. et. al. 2009).

Aunada a estas prácticas de atención, se encuentran también las parteras, mujeres que atienden a otras durante el embarazo, parto y posparto. Su conocimiento fue pasado también de madres o abuelas y fortalecido en la práctica, aunque en la actualidad la mayoría de estas han recibido algún tipo de instrucción por parte del Sector Salud e incluso de ONG's que trabajan con el tema de salud sexual y reproductiva o que mantienen esfuerzos para abatir la muerte materna e infantil.

## Capítulo 4. Las parteras en la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas

Este apartado está dedicado a las parteras con las que tuve contacto a lo largo de la investigación. Expondré aspectos enfocados principalmente en su práctica, iniciación, relación entre parteras y con el Sector Salud.

Anuncio en el barrio de El Cerrillo



San Cristóbal de Las Casas. Junio 2015

Las parteras tienen una cobertura muy amplia, su campo de acción se extiende a lo largo y ancho de la ciudad e incluso se trasladan a comunidades cercanas para atender partos.

La mayoría de las parteras con las que he interactuado durante el trabajo de campo son analfabetas, y muchas de ellas monolingües, principalmente en tsotsil, algunas más dominan el castellano. El número de parteras varía de colonia en colonia, puede ir desde una hasta cinco o más. Son reconocidas por los habitantes de cada colonia, las personas saben dónde encontrarlas y el tipo de atención que proporcionan.

A diferencia del centro de San Cristóbal donde es posible encontrar anuncios en las ventanas con los servicios ofrecidos por la partera e incluso un par de Casas de partos, en el área Norte de la ciudad es más común que preguntando se llegue a ellas. Se distinguen por

sus años de experiencia, por la pericia con la que han desempeñado su trabajo y ayudado a otras mujeres durante el embarazo y labor de parto. Cuando proporcionaron una buena atención a la parturienta y además el precio por sus servicios no es tan elevado, serán recomendadas para futuras atenciones entre los familiares o amistades, caso contrario si la mujer sufre mucho en el parto, si es regañada por la partera o no resuelve con éxito las complicaciones.

Como en el caso de Gloria (Ver cap. 5) quien fue abandonada por su partera cuando ya se encontraba en labor de parto y después de que esta le había aplicado varias dosis de oxitocina, pero el parto se prolongó y la partera decidió retirarse así que hubo que buscar a otra.

Producto de las entrevistas realizadas a mujeres de la zona, tuve referencia de siete parteras en el área periférica, de las cuales sólo fue posible entrevistar a dos de ellas, y dos más cuyo domicilio no es propiamente la Zona Norte pero su trabajo se extiende hasta esta sección de la ciudad.

#### **4.1 Las parteras**

Este segundo apartado versa acerca de las cuatro parteras con las que pude establecer contacto más cercano y que accedieron a una entrevista en profundidad acerca de su trabajo y una parte de su vida, en total fueron cuatro.

Las historias de parteras que a continuación se presentan contienen los siguientes criterios: Su área de acción se extiende hasta la Zona Norte, aunque su domicilio no se ubique ahí; dos de ellas viven en la zona de estudio. Y por último se consideró la forma en que se iniciaron en la partería.

Cabe destacar que esta sección busca acercar al trabajo y vida de las parteras, desde las palabras de estas mujeres.

#### **Teresa**

Teresa es una partera que vive en la parte Sur de la ciudad, con 54 años y 24 de ellos los ha dedicado a atender partos. Es originaria de Oxchuc, de padres mestizos, aunque entiende y habla tseltal, y tsotsil en menor medida. Cuando era niña vino a vivir a San Cristóbal con sus padrinos, en casa de estos se dedicó al cuidado de uno de los hijos de la pareja, ahí le

enseñaron lectura y escritura básica, recuerda también que con ellos visitó por primera vez la ciudad de México.

De adolescente pasó algunos años en Ocosingo con su abuela y bisabuela que también eran parteras. A los catorce años se fue con un hombre originario de *Las Piedrecitas*, localidad perteneciente a San Cristóbal de Las Casas, este hombre se convertiría en su esposo y en el padre de sus cuatro hijos.

### **Josefina**

Josefina es una mujer tsotsil originaria de una localidad de Huixtán. Cuando tenía aproximadamente 8 años de edad vino a vivir con una familia mestiza para hacerse cargo y “crecer” a uno de los hijos, que era unos años menor que ella. Se casó a los 18 años, su boda duró tres días, con música de marimba, *harta* comida y *trago*.

Lleva 35 años “levantando” bebés en San Cristóbal y en localidades vecinas, aprendió de una tía y de su suegra quienes también eran parteras. Radica en la ciudad desde hace 18 años aproximadamente, vino a vivir aquí por sus hijas, para que estudiaran.

### **Silvia**

Silvia es la más joven del grupo, con 38 años aproximadamente, es originaria de una comunidad llamada Las Ollas, del municipio de San Juan Chamula. Actualmente está casada, tiene dos hijos y vive en una de las colonias de la Zona Norte de San Cristóbal, donde atiende partos. Vino a vivir a la ciudad de adolescente, para continuar con sus estudios. Es partera desde los veinticinco años.

Silvia cursó estudios medio superiores en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) donde recibió instrucción técnica en enfermería. Se desempeña como partera y en algún momento colaboró con una ONG como capacitadora de parteras.

### **Martha**

Martha, mujer tsotsil, nació en el paraje de *Chilimjoveltic*, perteneciente al municipio de San Juan Chamula. Vino a vivir a San Cristóbal cuando se casó, tenía quince años aproximadamente, su suegra la pidió a sus papás para que se casara con el hijo de ésta.

Actualmente vive en una de las colonias de la periferia de la ciudad. Es una partera conocida en su colonia, lleva el control prenatal y atiende partos de mujeres de la periferia y de comunidades de Chamula principalmente. Tiene veinte años practicando la partería, ha visto nacer a varios de sus nietos, a varios de los ahora jóvenes habitantes de su colonia, platica que aún la respetan como abuelita, puesto que los vio nacer.

## 4.2 Iniciación

Del modo en que se iniciaron como parteras, las cuatro mujeres coinciden en tener antecedentes familiares con conocimientos en partería y herbolaria; bien pudo ser la suegra, madre o alguna tía cercana.

Teresa cuenta como aprendió de su abuela materna:

Porque lo miré una vez mi abuelita, lo ayudaba a llevar sus cositas, pior cuando era de noche [...] me llevaba mi abuelita, lo ayudaba yo a llevar sus hierbas, porque ella sí con pura hierba [...] así fue como ya empecé a...cómo le dijera yo... a que me gustó este oficio

También la curiosidad en su juventud la impulsó a aprender de su abuela y su bisabuela, con quienes vivió una temporada en el municipio de Ocosingo:

Ya ve que de niña, de joven, la curisidá, decía yo, pero voy a aprender, esa fue mi idea pues. Voy a aprender porque mi bisabuela, mi abuelita de ahí mi mamá, pues creo que ya lo traigo. Y sí, porque su mamá de mi bisabuelita era, ya lo traemos de generación

Fue la buena relación con su suegra, quien también era partera, lo que al final afianzó los conocimientos adquiridos previamente:

[...] por suerte o por desgracia, saber, me llevé bien con mis suegra que también es partera o era partera. Ahorita ya ta enfermita, era partera también. Ahí fue donde ya también agarré más fuerza, dijo “mija ven vamos a atender está enferma”. Porque todos mis partos ella me atendió mi suegra, los tres, porque ya el ultimo mi hijito, venía atravesado...

Josefina aprendió de manera empírica el arte de partear, fueron la observación y la propia experiencia durante el embarazo y parto los factores que le ayudaron a obtener sus conocimientos como partera.

Aprender no me costó, ni un peso me costó, lo que costó acá [la cabeza], desvelo. Porque yo directo entré a partera. No entré con curso, con escribir para verlo cómo cortar el cordón, qué tiempo late [...] no, sólo nomás yo a mi posición, cómo se ve el parto

Josefina aprendió de una tía que parteaba, sólo tuvo que acompañarla una vez y después empezó con la práctica. Recuerda que su tía le dijo: “Mira –dice- si algún día puedes *pepenar* tu nieto porque a veces no llega la partera”.

Y efectivamente la primera vez que ella recuerda haber atendido un parto fue porque:

El primero porque me llamaron, no tenía partera la señora, tenía partera pues, pero se fue a traer leña, la partera, no es partera reconocida con médico, es así como cualquier [...] entonces, la partera, no llegó. Y [...] le dije yo, mira yo no soy partera le dije, conozco como levanta mi suegra, conozco como levanta mi tía, pero yo la mera verdad no.

Así que, con las enseñanzas de su tía y lo que había observado de ésta y de su suegra que “levantaban” bebés, acudió al llamado para acompañar por primera vez un parto. Recuerda haber sentido mucho miedo al principio, menciona también: “y sí como que sin muchas ganas empecé a aprender ser partera.”

Silvia es la más joven del grupo, empezó a practicar la partería a los veinticinco años aproximadamente, después de haber cursado estudios técnicos como enfermera en el CONALEP. Considera que esta formación junto con el antecedente de su madre quien había recibido el don de ser partera por medio del sueño -pero que no se dedicó a ello por los celos excesivos del papá de Silvia que no la dejaba salir de casa para atender partos- fueron factores que definieron al final que ella se inclinara por la partería.

Ahora Silvia, a sus casi cuarenta años, está pensando en retirarse de esta práctica, debido a que, dice, es una actividad muy demandante en cuanto a tiempo y esfuerzo. Ella prefiere seguir adelante con sus estudios para poder acceder a otros empleos relacionados con la enfermería y capacitación a parteras en temas de salud sexual y reproductiva, tal como venía trabajando con una ONG de San Cristóbal.

Por otro lado, Martha dice de su iniciación:

¿Cómo empecé? Con mi sobrino, *pepenar* mi sobrino. Para empezar me buscaba yo parteras, porque antes mi suegra sabía partear. Todos mis hijos casi lo vio la mayoría. Y porque un día me dijo mi suegra: aprende a ser partera porque un día me voy a morir... paga a las parteras, así como no tienes dinero para partera hija, lo vas a ver. Bueno, y ahí aprendí a ser partera, de que un día estaba muriendo mi cuñada, ya sabía yo, se siente uno mismo, una misma se siente, si está bien el bebé, está bien colocado, y si está sentado pues se siente la cabeza para arriba. Y se siente si está sentado el bebé, te tapa la respiración. Y ahí le digo, empecé yo solita, mismo mi estómago...



De las cuatro parteras solo una afirmó haber recibido el don por medio del sueño. Es el caso de Martha, quien afirma haber tenido dos sueños antes de que se le fuera entregado el don de la partería. Los dos primeros sueños relacionados con la capacidad para ser huesera o para trabajar con el mal, con el diablo, como dice ella.

En el tercer sueño:

Estaba yo más joven, como veintiún años, soñé otra vez. Soñé ropas de criaturas. Ahí ya de partera, la ilusión de bebé, a mirarlo las criaturas, de partera. Ahí soñé puras colchas de bebé, pero no nuevas, son usadas pero limpias colchas. Onde, porque si le dan colchas nuevas, se muere un bebé. No sirve, nuevas las colchas, muere un bebé. A cambio ese lo soñé, pura, pero harta ropa de criatura, ropa de niño, de niña, pero ese rosadito, pero bastante, pero tambaches de ropa. Y ya ahí donde me gustó, donde juntar la ropa y me daban abrazar criaturas. Lo ves bebé tirado en el piso, en la tierra, levantarlo, a levantarlo. Ahí donde aprendí, ahí más aprendí más, a levantar criatura. Sí, sí sueña uno, pa que voy a echar mentira, sí, sueña uno antes... te da sueño, te da ver Dios, lo que quieres...

Los diferentes caminos para llegar a ser partera quedan evidenciados en los relatos arriba presentados, mismos que pueden ir desde un don dado por medio de un sueño que les indica deben desempeñarse como parteras, el elemento onírico va acompañado de un aprendizaje con parteras de más experiencia que casi siempre resulta ser una familiar.

La referencia a la tradición familiar como determinante para la iniciación de su práctica sigue siendo una constante entre las parteras, tal como ya lo habían apuntado Freyermuth (1993) y Page (2010) para la región de Los Altos.

### **4.3 Cómo atienden las parteras**

#### **4.3.1 Embarazo**

El lugar donde atienden las parteras es variable, unas atienden en tres espacios, es decir en la casa de las pacientes, en el domicilio de las parteras, o en el área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas, sitio al que dos de ellas acuden una vez por semana desde hace cinco años; otras se limitan a atender exclusivamente en casa de las parturientas.

Las parteras comparten representaciones -entre ellas y con las gestantes- acerca del embarazo, parto y puerperio. De lo anterior deriva que reconocen la etapa en la que es más conveniente que las mujeres las visiten por vez primera que va desde los dos a seis meses de embarazo. Las preñadas acuden a las comadronas para que “sientan” al bebé y las “soben”, aunque a veces las llaman de último momento. Las parteras dan masajes o

“sobadas” a las embarazadas, acomodan al bebé, ya que en muchas ocasiones provocan fuertes dolores a las madres que hasta les impide caminar, entonces las parteras “les dan vuelta”, como también dicen.

Los masajes ocurren una vez por mes en los primeros meses del embarazo, estos pueden incrementar su frecuencia si el bebé se mueve mucho. Y en los últimos meses de gestación, ocurren una vez por semana.

#### 5 de mayo, día de la partera



San Cristóbal de Las Casas. Mayo 2015

Actualmente la mayoría de las parteras recomiendan ácido fólico en los primeros momentos de gestación, tal como se les indica en el Centro de Salud. Otra de las sugerencias que dan a las gestantes es abstenerse de realizar trabajos agotadores que impliquen gran esfuerzo físico, como cargar cosas pesadas, ya que podría ocasionar la pérdida del producto o complicaciones serias durante el parto.

Solo algunas de ellas recomiendan no ingerir alimentos considerados fríos pues resultan perjudiciales, ejemplo de ellos son algunas verduras como el tomate, cebolla, aguacate, entre otros. La cuestión está en evitar la frialdad que podría ocasionar daños, creencia muy presente entre los indígenas de la región, como apuntó Jaime Page (2010: 137) entre los tseltales de Oxchuc.

#### **4.3.2 Parto**

El parto es atendido en la cama, en el piso, sobre cobijas o trapos. Es la mujer quien elige la posición en que desea parir, como ella “encuentre la fuerza” dicen las parteras. En ocasiones ellas sugieren a la mujer la posición, dan indicaciones de cómo respirar y cuándo pujar, tienen especial cuidado en eso último ya que si la mujer puja antes de tiempo, puede cansarse y perder fuerza para el momento de la expulsión, o provocar que el bebé “suba” en vez de salir.

También la señoras que tiene que sentir, hay señoras muy, tienen fuerza pa pujar, tiene que saber cómo se siente uno de partera, se siente el estómago pa pujar pa bajo porque otra cosa es empujar para... así adelante. (Martha, partera)

Al recibir al bebé, la partera suele colocarlo junto a la madre para establecer el primer contacto, posteriormente corta el cordón umbilical con tijeras o navajas *gillete*, lo envuelve en trapos, le saca las secreciones de la boca al recién nacido y lo entrega a la madre.

Luego limpian a la mujer y recomiendan un baño caliente con hierbas o simplemente agua caliente, esto después de una o dos horas de sucedido parto, si la mujer se encuentra en condiciones de levantarse. Al bebé lo bañan al día siguiente o a los tres días después de nacido.

Algunas suelen aplicar gotas en los ojos y otras de vitamina A, mismas que a varias se les proporcionan en el centro de salud.

Dentro de los primeros cinco días deben llevar al recién nacido a la unidad médica más cercana para la toma del tamiz neonatal, lo que puede ser en compañía de la partera o solo los padres.

### **4.3.3 Posparto**

Las parteras suelen visitar a sus pacientes por lo menos durante los primeros quince días después del parto, la frecuencia con que hacen la visita varía de partera a partera.

Una de las parteras entrevistadas recurre a los baños de temascal, ya que en varias colonias de la periferia las familias han logrado construir un temascal cercano a la casa. El baño es utilizado con la finalidad de limpiar las impurezas en la mujer y en el bebé, es recomendado para que “macice”. Otras recomiendan pastillas para los dolores provocados por el parto.

El cobro por parto atendido varía, y va desde los mil a dos mil pesos por parto, el cual se puede negociar, según las condiciones económicas de las usuarias llegando incluso a no pedir remuneración. Las parteras observan que cantidad puede pagar la familia, una de ellas incluso ve el pago como una manera de concientizar, principalmente a los hombres acerca de la planificación familiar y el espaciamiento de los hijos. Asegura que “Si a ellos no les cuesta nada, pueden seguir teniendo hijo tras hijo, en cambio, si les cuesta algo de dinero ahí sí lo piensan más<sup>32</sup>”.

Solo la partera que recibió el don por medio del sueño para “levantar” bebés, asegura que no cobra por su trabajo, recibe lo que le quieran dar, que puede ser pago en efectivo o en especie, como gallinas, maíz, frijol, etcétera. Es decir, ve su trabajo como algo que tienen que hacer sin exigir nada a cambio, no como una actividad por la que tenga que recibir un beneficio económico.

### **4.4 Vinculación con el Sector Salud**

Las cuatro parteras tienen o han tenido una vinculación con el Sector Salud. Tres de ellas están certificadas, tienen una credencial que las reconoce como parteras, estas mujeres acuden mes con mes a las charlas proporcionadas en el Centro de Salud Urbano, mismo que cada año las “evalúa” para renovar la credencial. Esta evaluación se lleva a cabo de manera personal entre la partera y la enfermera a cargo de las pláticas mensuales, se trata de preguntas relacionadas con las complicaciones del embarazo y parto así como la detección de signos de alarma.

---

<sup>32</sup>Comunicación personal de Silvia. Abril 2015.

El primer acercamiento que Teresa tuvo con el sector salud fue a principio de la década de los noventa, en la clínica de campo del Instituto Mexicano del Seguro Social, fungió como asistente rural de Las Piedrecitas -localidad perteneciente a San Cristóbal.

En el hospital, en la clínica de campo, ahí empecé. Porque en la clínica de campo trabajé un tiempo allá en mi comunidad como Asistente Rural, sí, entonces ya nos daban, ya después nos llamaban a capacitación aquí en la clínica de campo, ahí fue donde... recibimos la primera vez.

Josefina plática de su encuentro con las instituciones de salud en San Cristóbal:

No sé cómo me conocieron, la doctora Lulú, y la otra creo que se llama doctora Vera y otro enfermero que se llamaba Lucio. Me empezaron a conocer, como era de Huixtán también su señora; su mujer era enfermera también, señora Malena, ella me empezó a llamar, no venga usted a tomar curso, venga usted a tomar curso dice, aquí vamos a estar dice. Ta bien le dije yo... pero yo no sé leer, no se escribir, que ven, que van a decir, y así dice, ya si pues así. Ya ellos fue que empezaron a llamar que venga a tomar curso. Por la vocal también de oportunidades que me llamaron, porque ellos dijeron que había partera empírica. Porque yo soy empírica, no soy titulada.

Actualmente Josefina es una partera muy socorrida en la ciudad, conocida entre los médicos del Centro de Salud Urbano, del Hospital de Las Culturas y de la Clínica de la Mujer. Ha sido llamada a platicar y compartir experiencias con otras compañeras parteras en diferentes municipios del estado de Chiapas.

Martha también fue contactada a través del programa oportunidades:

Me dieron oportunidades, dice la doctora a las que saben partera anótense pa que lleven *capacitación a partera*, y yo me anoté porque quería yo mi, mi [...] credencial para que me dieran. Y fui a recibir curso. Cómo atender más mucho mejor todavía, como atender, una... parto. Cómo ver, cómo salvar un bebé. Ahí y ya aprendí más...

Estas parteras mantienen contacto con el sector salud, casi desde el inicio de su práctica, esta relación es añeja, una de ellas coincide con las acciones derivadas de las políticas cuya finalidad era impactar en las comunidades rurales a través de las Unidades Médicas Rurales y las Clínicas Hospitales de Campo, esto a finales de 1970. Misma política que más tarde modificaría sus directrices, creando a en 1983 el Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional, cuyo objetivo era priorizar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y, al mismo tiempo aprovechar los recursos de la medicina tradicional (Page, 2002: 31).

#### **4.5 Para ser una buena partera**

Dos de ellas identificaron algunas características o destrezas que debe presentar una partera que tienen que ver con actitudes y habilidades físicas.

Martha hace referencia a las habilidades físicas que debe tener una partera, ejemplificando el caso de una tía que parteaba pero que dejó de hacerlo porque su avanzada edad le priva de los requerimientos físicos necesarios para este trabajo:

Su tía de mi mamá, ella sí, hasta ahorita vive, ya tiene ciento veinte, ya no partea, ya no puede caminar, ya ta muy viejita, viejita, ese sí fue partera también, hasta ahorita que es partera pero ya no se va a pepenar criatura porque ya no puede... porque hay que tener fuerza pa levantar las señoras hay que levantarlos, ayudarlo, jalar la señora, ayudarla, pasar la placenta pue, aplastarlo. Por ejemplo ora mi abuelita, abuelita le digo, su tía de mi mamá, ya no sale. Ya ni sobar porque ya no muy escucha, hay que escucharlo pue, vas a jalar la señora hay que escucharlo, sentirlo, si ya no escucha ya no es lo mismo. Ya no vas a sentir los tactos de los dedos. Hay que sentirlo pues si está bien, o no está bien el bebé, si está sentado o esta de lado, porque a veces la cabecita está atravesado...

Por otra parte, Josefina explica:

Se necesita que una partera sea activa. Sí, porque si una partera no es activa, ¿qué te puede hacer? [...] No hay que decir grosería, no hay que regañarlo, con mucho cariño, vas a atender tu paciente, pero si una partera regañona y le dice groserías pues no... Hay que tratarlas bien. Enseñarlo como es, si son primerizas. Entonces ahí, ahí, ahí está su trabajo. Como dice la señora hay que ir a visitarlo, este, verlo pues el bebé, a verlo pues la señora, como se siente. Aah pero es bueno esta partera, pero si una partera aburrida, entonces sí, ahí no hay cliente, no hay cliente. Sí, pues así muchacha, así tengo mi gente.

#### **4.6 Cambios que han identificado**

Platicando con las parteras noté que ellas han identificado cambios en su práctica respecto a tiempos anteriores o en comparación con la práctica de sus antepasadas parteras.

Por ejemplo Teresa comenta alguno de los cambios que ha visto:

[...] y luego ellas (sus abuelas parteras) el ombligo lo quemaban con vela. No hay que el aceite ese de palo que no sé qué, no, ellos con velita y según ellos sus tradiciones o sus costumbres decía de que era de quemarle con velita para que también no fueran muy orinones [...] Y luego antes hacían el hilito, el cordón así de ropa. Cortaban un pedacito y lo hacían bien, así ve, enroscadito y eso era amarrar el cordón del bebé, no había de que ya ahorita todo.

Actualmente para cortar el cordón umbilical Teresa utiliza tijeras y para detener el flujo sanguíneo del cordón utiliza una cinta especial que les proporcionan en el Centro de Salud, en sustitución de los hilos improvisados que se empleaban anteriormente.

Otro de los cambios mencionados se relaciona con la reanimación del recién nacido, mismo que Martha explica:

Cómo volver un bebé cuando nace privado, y cómo, porque nuestra costumbre nosotros, donde me enseñaron yo que esté una olla de agua hirviendo, si nace desmayado el bebé, poner la placenta en agua hirviendo para que reviva, o si no, anafre ardiendo, bajarlo la placenta, ponerlo ahí encima del carbón pa que reviva el bebé cuando nace privado. Pero ya en el hospital ya no, ponerlo de cabeza y darlo de nalgaditas pa que vuelva y así me enseñaron. Y también si está sentado el bebé, me enseñaron a gatear la señora para que se acomode el bebé...

Como se puede observar, hay distintos caminos para llegar a ser partera, iniciaciones que van desde los antecedentes familiares, el sueño, la propia experiencia como madres y recibiendo instrucción técnica en la escuela, entre otras.

La mayoría de estas mujeres no sabe leer ni escribir, sin embargo, no pocas son las que hablan dos o tres idiomas –tsotsil, tseltal, español-, lo que les permite ampliar su área de acción, ya que lo mismo la buscan mujeres mestizas, indígenas e incluso extranjeras.

#### **4.7 Conclusiones**

Las parteras de la actualidad se distinguen también en su práctica, hay quienes dicen sólo utilizar plantas medicinales para la atención de sus pacientes, conocimiento que adquirieron de sus madres y abuelas, igual hay quienes hacen una mezcla de la herbolaria con la medicina de patente, lo que se puede leer como una mezcla de representaciones con contenido biomédico con otras de contenido tradicional.

Este cambio en las representaciones de las parteras que han tenido más contacto con el sector salud o con Organizaciones No Gubernamentales ha derivado en la modificación de su práctica. Las entrevistadas reconocieron estos cambios que se reflejan en la incorporación de ciertos elementos de higiene como el uso de guantes, de cinta para amarrar el cordón umbilical, de tijeras para cortar el cordón, gasas y algodón. Algunas han obtenido el llamado cono para oír los latidos del bebé, algunas más saben *checar* la presión.

Las tarifas que pueden llegar a cobrar por sus servicios son relativamente accesibles para la mayoría de la población e incluso son negociables, este es uno de los factores por el que las personas las siguen prefiriendo, como veremos en el siguiente capítulo.

Pude observar también que las relaciones entre ellas no son del todo armónicas, el contacto se encuentra permeado por celos, que derivan en un conflicto por la clientela,

sobre todo en las que tienen tarifas establecidas, pues significa una buena fuente de ingresos. Entre las que ven su trabajo como algo voluntario, la competencia es más bien por ganar legitimidad, prestigio en su colonia.

Son raras las veces en que las parteras trabajan de manera conjunta durante una complicación o parto prolongado, pues esto sería indicativo de poco conocimiento en la labor.

También se reconoce que a la luz de las políticas públicas encaminadas a la reducción de las Muertes Maternas en México y en lo que refiere a planificación familiar, a las parteras se les han atribuido más responsabilidades, como la orientación en planificación familiar y la de referir a las mujeres que así lo deseen a las clínicas e incluso acompañarlas para ser atendidas durante el parto o para obtener algún método.

Asimismo se les da la responsabilidad de llevar a la madre y al bebé a la toma de pruebas como el tamiz neonatal, distribución de ácido fólico entre otras más. Paradójicamente en términos reales no se reconoce su trabajo, ni cuentan con la aceptación del personal como cuando canalizan a las mujeres. No existe un presupuesto específico para parteras, ni se amplía la capacitación y dotación de materiales, que mejorarían en gran medida las condiciones en que estas mujeres realizan su trabajo. Como se ha mencionado anteriormente, a nivel estatal ellas atendieron el 9% de los nacimientos para el año 2014, y en el municipio de San Cristóbal acompañaron el 8% de los nacimientos en el mismo año, (SINAIS, 2014).

Sin embargo, estos registros no nos permiten conocer el número de mujeres que atendieron su control prenatal con las comadronas, ya que en el trabajo de campo encontré mujeres que acudieron a este tipo de consultas, pero que al final atendieron su parto en otro modelo de atención. En el siguiente capítulo analizaré los factores que inciden en las mujeres embarazadas y sus familiares para optar por los servicios de una partera.



## Capítulo 5. Las mujeres: atención al embarazo y parto en la Zona Norte de San Cristóbal de Las Casas

En San Cristóbal de Las Casas se encuentran varios centros de atención a la salud públicos y privados a los que las mujeres pueden acudir para el cuidado del embarazo y el parto. En este municipio también permea la política de salud a nivel nacional, la cual está centrada en aumentar la cantidad de partos hospitalarios. En este sentido, en algunos lugares del estado, en el marco del programa *Salud Mesoamericana*<sup>33</sup>, se paga a la partera por cada mujer embarazada que lleva al hospital para la atención del parto, en tanto que a la mujer se le pagan los gastos de pasaje<sup>34</sup>.

Sin embargo, en la ciudad pese a contar con estos servicios de salud, no son pocas las mujeres que optan por los servicios de una partera para el control prenatal y el parto.

Es por ello que el interés de este capítulo se centra en presentar y analizar las representaciones que motivaron a estas mujeres y sus familiares para buscar la ayuda de una partera para la atención del embarazo y parto. Lo anterior a través de los testimonios de las mujeres que optaron por este tipo de atención.

El grupo de mujeres con las que llevé a cabo las entrevistas no es homogéneo, por el contrario, se presentan características diversas, como la edad, lengua, escolaridad, condiciones económicas y adscripciones religiosas; aunque algo que las une es la pertenencia a un grupo mayense de la región que las hace compartir una misma noción del cuerpo y consecuentemente formas de entender y de tratar la enfermedad.

Esta forma de vivir y tratar la enfermedad está basada en un sistema de creencias que proporciona una explicación lógica a los contratiempos, en este caso la enfermedad, como sugiere Fitzpatrick (1990:20).

Sin embargo, atribuir la decisión de las mujeres de acudir con una partera en vez de ir al hospital exclusivamente al sistema de prácticas y representaciones sería muy limitado.

---

<sup>33</sup> La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (ISM2015), tiene como objetivo reducir las muertes maternas en países de la región denominada Mesoamérica, que incluye a Guatemala, Panamá, Honduras, Nicaragua y el estado de Chiapas en México. Una de las principales estrategias para lograr la reducción consiste en la ampliación de cobertura y la calidad del parto institucional (Kolodin, 2015).

<sup>34</sup> Entrevista con integrante de Global Pediatric Alliance. 30 junio 2015. Entrevista en colaboración con Mounia El Kotni

En la trayectoria de una mujer en su búsqueda de atención del embarazo y parto intervienen además otra serie de factores, tales como el económico y la calidad de atención que ofrecen los servicios públicos de atención a la salud, dichos elementos se consideran en esta sección.

Para desarrollar este apartado llevé a cabo una serie de entrevistas con diez mujeres que acudieron a los servicios de una partera en el embarazo y parto. Las entrevistadas son mujeres migrantes en primera o segunda generación, hablantes de tseltal y tsotsil, y son habitantes de colonias en la periferia Norte de San Cristóbal, lugar donde se concentran el mayor número de parteras tradicionales o empíricas.

Las entrevistas se realizaron algunas veces en sus hogares y otras en sus lugares de trabajo. Las diez mujeres tienen alguna actividad remunerada, ya sea como revendedoras de artesanías, empleadas en el sector de servicios, algunas trabajan como empleadas del estado, es decir, como maestra bilingüe o técnica traductora, que es el caso de dos de las entrevistadas.

## **5.1 ¿Cómo viven el embarazo, parto y puerperio las mujeres que deciden recurrir a la partera?**

En este apartado presento el proceso de embarazo, parto y puerperio y cómo lo vivieron las mujeres. Aquí se exponen las trayectorias terapéuticas de cada mujer, es decir, se indaga en el tipo de atención que las mujeres buscaron en esta etapa de su vida. Osorio (2001) señala que la trayectoria terapéutica se divide en tres etapas: la detección de algún malestar, en este caso del embarazo; el desarrollo que incluye las decisiones en torno al tratamiento y su terminación.

Retomando este enfoque y para fines esquemáticos se dividió el proceso reproductivo en tres, embarazo, parto y puerperio a fin de conocer la trayectoria de las mujeres en su búsqueda de atención así mismo permitirá reconocer las representaciones y otros factores que intervienen en la toma de decisiones.

### **5.1.2 El embarazo**

Las mujeres entrevistadas dijeron notar su embarazo debido a la ausencia de la menstruación y síntomas como náuseas y mareos. Algunas confirmaron su embarazo con un análisis sanguíneo, aunque esto fue menos frecuente. También encontré que cada vez es

más constante que mujeres jóvenes en etapa gestante acudan a la realización del ultrasonido, casi siempre para saber el sexo del bebé pero también para cerciorarse que todo transcurre de manera normal.

Además, buscaron a su partera entre el segundo y sexto mes de gestación. Es común que en este período las mujeres consulten a más de una partera, para descartar cualquier complicación, pero también para probar los conocimientos de éstas.

Como en el caso de Gloria<sup>35</sup>:

“sólo fuimos a ultrasonido, sí ahí. En ultrasonido sólo queríamos ver qué iba a ser. Y nos habían dicho que es un niño. Luego ahí nos comentó el ultrasonido que estaba enredado el cordón del bebé [...] estaba enredado y yo salí de duda, no le dije nada a la partera, si es verdad o no, le pregunté [...] Sí, ya ellas me dijeron que sí estaba enredado. Luego pregunté con otra, allá en San Antonio, que conozco... Igual le pregunté. No le dije nada, que me tocara, se mueve mucho mi bebé, no sé por qué le digo, no sé si está mal le... sí dice, se mueve mucho porque está enredado dice”

Por lo general la partera es sugerida por algún familiar como la suegra, madre o cuñadas que han tenido contacto previo con ésta. Se acude a ella por vez primera con rejas de refresco, pan o tortillas, en compañía del esposo y la suegra para pedirle “de favor” a la partera que sea la encargada de atender el embarazo y parto.

De la pedida de favor, Rosa explica:

“...llevar algunos refrescos, o comida, así darle a la partera para que feliz venga a verte. Sí, ella cada semana cuando viene a verte pues ofrecerle un vasito de café, su pan, de lo que tenga, ya se siente tranquila, sí”<sup>36</sup>

Una vez convenido el trato o favor, las parteras visitan a las gestantes por lo menos una vez a la semana durante los primeros meses de embarazo, aumentando la frecuencia de las visitas en el último mes de embarazo.

La mayoría de las parteras indígenas de la periferia aún se distinguen por no cobrar estas visitas, pero se les recompensa con café y pan, además del pago de su pasaje. En cambio las parteras ladinas del centro u otras partes de la ciudad exigen una retribución monetaria por sus servicios (de cincuenta a cien pesos por cada consulta).

---

<sup>35</sup> Entrevista Gloria Ruiz. Col. La Florida. Marzo 2015.

<sup>36</sup> Entrevista con Rosa. Col. La Hormiga. Marzo 2015.

La retribución voluntaria o en especie a las parteras, es una práctica común en las localidades indígenas de Los Altos que persiste entre los indígenas migrados a la periferia de San Cristóbal. Aunque las mujeres suelen acudir a más de una partera durante la gestación, para el momento del parto se recurre a la que ha recibido los regalos previamente. De la consulta a más de una partera, Maricela dice:

“Sí porque mi mamá me comentó, me decía pues, de que, no, no te confíes con una partera, dice. Porque hay parteras que no saben, hay parteras que te dicen que está bien y a la mera hora está mal. O si no, puede que no sepa bien también, no, no lo sienta bien, todo eso. Por eso, como era mi primer bebé pues, me dio miedo...”

No obstante, una de las entrevistadas reportó que llevó a cabo su control prenatal con una partera con formación en enfermería. Esta partera-enfermera tiene su domicilio en uno de los barrios del centro de San Cristóbal y su tarifa es más elevada en comparación con las de la periferia. Esta partera cobra entre 100 y 150 pesos la consulta y el costo por la atención de un parto es de aproximadamente 10,000 pesos. Fue el precio de la atención el principal motivo por el que esta mujer se retiró en busca de otra partera.

Durante el periodo de gestación se deben tener ciertos cuidados, como la disminución de trabajos pesados, es decir, no lavar mucha ropa o cargar cosas pesadas; en la alimentación, incluir verduras, aunque algunas mencionaron la exclusión de vegetales como la cebolla, tomate y aguacate, por considerarlos alimentos fríos. Ruz encontró que entre los tojolabales, la ingesta de estos alimentos se encuentra asociada con el enfriamiento de la matriz que se considera puede provocar la interrupción del embarazo (1983: 170).

### **5.1.3 El parto**

La partera es llamada cuando empiezan los dolores de parto, algunas parteras que han aprendido a realizar un tacto vaginal -examinación de la vagina, que se hace con los dedos y funciona para saber si el cuello del útero se ha adelgazado (borramiento) y se ha abierto (dilatación) y por tanto reconocer que el parto está avanzando- que les permite estimar en cuánto tiempo la mujer llegará a parir. Si aún no ha comenzado la dilatación, la partera se retira, dando la indicación que si los dolores aumentan, la llamen nuevamente.

Para la apuración del parto las comadronas utilizan plantas como desde el *mishto*, canela, jengibre, entre otros. El uso de la oxitocina sintética para la apuración del parto se inicia a fines de la década de los noventa, su uso fue promocionado por las farmacias en

lengua indígena, actualmente es de uso corriente incluso en comunidades indígenas donde se podría decir que es más difícil conseguirlo. Una integrante de GPA apunta al respecto, que el uso de oxitócicos “ya ha pasado a lo que es costumbre y aunque la partera no lo vaya a poner o no lo quiera poner es el esposo el que pide que la pongan<sup>37</sup>”

Para las parteras de San Cristóbal, el acceso a este recurso es más restringido, debido a que en las charlas del centro de salud se les indica que no están autorizadas para el uso del oxitócico, aunado a que su venta requiere de receta médica y muchas de las parteras tienen ya internalizada esta restricción; pese a esto todavía se puede escuchar de parteras que utilizan este recurso para apresurar el parto.

Vale la pena resaltar que esta práctica no es del agrado de muchas mujeres. En las charlas que sostuve con ellas era frecuente escuchar que no acudieron a cierta partera “porque inyecta”.

Una de las cosas que las mujeres destacaron como buenas prácticas fue el hecho de que los familiares pueden permanecer a su lado en el momento del nacimiento. Este acompañamiento a menudo es proporcionado por la suegra, la madre, hermana y el mismo esposo. Las acompañantes algunas veces colaboran con la partera, calentando el agua, pasándole las herramientas necesarias, abrigando al bebé mientras la partera corta el cordón y esperan a que salga la placenta. Los esposos o padres ayudan en el momento del parto, sosteniendo a la parturienta cuando ella pare en cuclillas, del cuello o la cadera para darle más fuerza.

Lo anterior, sumado a que la mayoría de las veces son las mujeres las que deciden la posición en la que desean parir, acompañadas siempre de las sugerencias de la partera, de modo que las parturientas puedan encontrar la fuerza, como ellas dicen, para lograr la expulsión del bebé.

Respecto de las atenciones de la comadrona al momento del parto, Rosa dice:

“La partera está pendiente donde vas, te hace de caminar, que no te acuestes mucho, que ya no te sientas, que ya no te sientes porque lo puedes matar a tu hijo. Es lo que nos decía que hay que caminar para que nazca bien. Ya nosotros, según cómo queremos, acostada o te

---

<sup>37</sup> Entrevista con integrante de Alianza Pediátrica Global (GPA). 30 de junio 2015.

hincas. Hincada sí. Ya con mis dos hijos fueron hincados. Y ya mi esposo me agarró pa que ya, agarrara yo la fuerza para dar, para tenerlo”<sup>38</sup>

Una vez que nace el bebé, la partera se lo entrega a la madre, posteriormente se envuelve en cobijas y se espera a que salga la placenta posterior al alumbramiento, se procede a cortar el cordón umbilical. Lo anterior en un lapso de 5 hasta 30 minutos. Si la expulsión está tardando las parteras recurren a masajes para desprender la placenta, si a pesar de esto el alumbramiento no ocurre, es momento de trasladar al hospital más cercano.

Se ha documentado que en comunidades indígenas en ocasiones son los familiares, madre, esposo, suegras, quienes determinan el lugar donde la mujer recibe atención (Luna: 2013; Freyermuth: 2000). De tal suerte que, la partera debe enfrentarse primero a la familia, que en ocasiones se niega a la idea del traslado al hospital, por varias razones, entre las que destacan el miedo a que en el hospital les roben o cambien al recién nacido, por el mal trato que los doctores dan a las parturientas y a los bebés, en algunas ocasiones el padre o esposo se oponen a que las mujeres sean vistas por personas desconocidas<sup>39</sup>.

Durante las entrevistas sólo me encontré frente a un caso de complicación y traslado tardío, no fue de una de las entrevistadas, sino de la nuera de una de ellas. Lo que sucedió se presenta a continuación:

“Otra nuera [que se alivió con partera], pero sí tuvimos problemas. No nació bien el bebé. Tuvo casi tres días, 48 horas estuvo quejando mi nuera, entonces ya no sabíamos ni qué hacer ¿Llevar al hospital? Sus papás no querían que la lleváramos al hospital o que lo revise el doctor. Y lo llevamos, y nos dieron... nos “putearon” en hospital, porque no podía, se estaba... aaay ¿Qué tenía? No me acuerdo que tenía la niña. Entonces bien que nos “putearon” los doctores. Al rato llega.... Nosotros ya lo aceptamos que la operaran una cesárea, ya lo aceptamos porque no queremos que se mueran ni mi nuera, ni la hija. Llega el papá de la nuera, bien que nos llegaron a putear. Ay nos putearon los doctores, nos putearon los padres. Ay nosotros ya no escuchamos. Sólo le contestamos: “está bien si se hubiera muerto tu hija, entonces así estás feliz”. “Hay se van en la cárcel”. Perdóname la palabra, “estás bien pendejo”, le dijimos. Sí, porque si no se puede nacer la criatura, tenemos que buscar una alternativa ¿Dónde lo vas a llevar? Así lo tuvimos que llevar. La operaron ya se estaba muriendo porque la niña se hinchó su copete, se hinchó su cabeza y a ella [su nuera] ya estaba bien hinchada su parte. Ya no podía, ya no pasaba, entonces tuvieron que operar”<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Entrevista con Rosa. Col. La Hormiga. Abril 2015.

<sup>39</sup> Comunicación personal de María, habitante de la colonia La Hormiga. Noviembre 2013.

<sup>40</sup> Entrevista con María Ruiz. Col. La Hormiga. Enero 2015.

Esta situación ilustra las disputas entre familiares y prestadores de servicios de salud en torno al traslado de mujeres que sufren complicaciones y los temores de los familiares de enfrentar al sistema de salud se ven cumplidos con el maltrato a aquellos que deciden la búsqueda de atención en los hospitales públicos.

#### **5.1.4 El puerperio**

El puerperio incluye el periodo inmediato al nacimiento hasta los 42 días después del parto. En San Cristóbal, algunas parteras todavía visitan a las mujeres una o dos veces en la primera semana después del parto, para llevarle hierbas para té y baños calientes a fin de lograr una pronta recuperación. Incluso hay quienes utilizan el baño en temascal tanto para la madre como para el recién nacido. No obstante la atención en esta etapa es cada vez menos frecuente.

En el puerperio la partera y los familiares aconsejan a las mujeres guardar reposo, no realizar trabajos pesados, alimentarse bien, con alimentos calientes como caldo de gallina; sobre todo evitar la ingestión de alimentos fríos, como el aguacate, tomate, cebolla entre otros.

Las parteras de San Cristóbal han cambiado la atención, con esto me refiero a ciertas prácticas que ya no realizan, como el permanecer dos o tres días a lado de la mujer recién parida, lavar las ropas de la mujer e incluso prepara la comida para ésta. Doña María recuerda que hace un par de décadas, todavía pudo encontrar una partera en San Cristóbal que cumplía con estos quehaceres. A diferencia de las parteras actuales que a lo sumo visitan una o dos veces a las recién paridas durante el puerperio. Las mujeres atribuyen este cambio al mayor contacto con el sector salud, ahora ya se “creen” dicen. Esto en relación con el hecho de que la mayoría de parteras reciben capacitaciones por el sector salud.

Como se trata de mujeres que trabajan dentro y fuera de sus casas, estas regresan a sus empleos en una o dos semanas máximo, tiempo en que se les da licencia para su recuperación.

En esta etapa es cuando la presencia y las atenciones de los familiares se hacen más presente. Son principalmente las mujeres, hermanas, cuñadas, suegras o las madres de la recién parida, las que asumen el cuidado de esta, de cuidar su alimentación, lavar la ropa entre otras actividades.

También encontré a mujeres que a pesar de haber dado a luz en hospital, ya sea por parto normal o cesárea, acuden a las parteras para que les suministre estos baños, como también el “cierre de cadera”<sup>41</sup>; de igual manera es requerido el cuidado que se le proporciona a la herida umbilical del recién nacido.

## **5.2 ¿Qué servicios médicos utilizan las mujeres de la Zona Norte durante el embarazo, parto y puerperio?**

De las mujeres entrevistadas por lo menos la mitad aceptó haber acudido a los servicios de algún médico del sector privado, durante la gestación, principalmente para realizarse ultrasonidos y corroborar que el embarazo transcurría sin complicaciones. A la vez que acudían a los servicios de una partera para que les acomodara al bebé en caso de que éste no estuviera en la postura adecuada, es decir, que se encontrara atravesado o en posición podálica (de pies), situaciones que pueden representar una complicación al momento del parto.

Por lo anterior, las parteras resaltan la importancia de que las gestantes acudan a ellas desde los primeros meses, ya que estas visitas les permite saber la postura del bebé, lo pueden acomodar de modo que no derive en complicación o en determinado caso recomendarles mejor acudir al servicio médico alópata.

No son pocas las parteras de la ciudad que piden a las mujeres un ultrasonido ya que de presentarse alguna situación que para las parteras resulte complicada envían a las gestantes al sector salud, de modo que combinan la atención llamada tradicional con la alópata. Sin embargo, la mayoría de ellas no acudió a una consulta prenatal a la clínica de salud. A lo largo de la vida y de los múltiples partos de estas mujeres siempre estuvieron presentes las parteras y en raras ocasiones se hizo referencia al uso de las instituciones de salud. Aquí, también se presentan las experiencias de algunas de las entrevistadas en una institución pública de salud, a la que llegaron por diferentes circunstancias para la atención del parto, sin embargo, como veremos líneas abajo dichas instituciones no representaron su primera opción de atención.

---

<sup>41</sup> Las parteras dicen que en algunas ocasiones después del parto la cadera queda “abierta” debido al paso del bebé, por ello se utilizan los baños de temascal después de ocurrido el nacimiento para que esta se vuelva a cerrar, a quedar como antes. La “cadera abierta” puede provocar dolores en la columna vertebral y en la cadera. Comunicación personal de las parteras Teresa y Josefina. Noviembre 2015.



En el siguiente cuadro muestro el tipo de atención que recibieron estas mujeres a la hora del parto:

**Cuadro 7. Personal que atendió los partos**

Nombre	Edad	N° de hijos		Persona que atendió los partos
		Vivos	Muertos	
María Ruiz	56	3	0	Partera (3)
Maricela	28	1	0	Partero (1)
Elizabeth	30	2	0	Partera (2)
Gloria	30	2	0	Partera (2)
Rosa	35	2	0	Partera
Carmen	28	3	0	Partera (2) y médico (1)
Margarita	45	3	0	Partera (3)
Rosalía	30	3	0	Partera (2) y médico (1)
Elena	44	4	1	Partera (3) y médico (2)
Rebeca	25	2	0	Partera (2)

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la investigación de campo.

Como se puede observar, tres mujeres combinaron la atención del sistema médico alópata y el tradicional o indígena. Los perfiles de las parteras son diversos. Algunas parteras, herederas de la tradición familiar de atención a partos tienen escasa información acerca de técnicas médicas. Otras parteras están más medicalizadas y llegaron a utilizar suero y oxitocina durante el parto. La medicalización de la práctica de la partera conlleva un incremento en los costos, por lo que no representaron para las mujeres entrevistadas una opción para dar a luz con ellas. Cabe recordar que en las comunidades de Los Altos de Chiapas como apunta Graciela Freyermuth, “Los cuidados pueden ser proporcionados a la embarazada por una partera de prestigio, o por alguna mujer con vínculos parentales con ella o su marido, a la que se le reconozca cierta experiencia en partería” (2003: 267). En este último caso entran las denominadas parteras eventuales, que como veremos más adelante, fueron la primera opción para la atención del parto de tres de las entrevistadas.

### 5.3 Dos tipos de atención

De las diez mujeres entrevistadas todas acudieron a la partera para la atención del parto, sólo tres de ellas tuvieron también la experiencia de parir en un hospital público.

Rosalía<sup>42</sup> llegó al Hospital de la Mujer en su segundo parto, debido a que el primero ocurrió en casa con ayuda de su madre, pero esta experiencia no fue grata, porque fue un evento tardado y doloroso. Además Rosalía agrega que su mamá no sabe de los tés que deben injerirse para la apuración del parto a diferencia de las que “sí son parteras”.

Por tal motivo acudió al hospital en busca de una mejor atención, no obstante, esta tampoco fue una experiencia satisfactoria. De las cosas que más recuerda son los constantes tactos vaginales por diferentes personas, pero sobre todo la soledad y el frío que pasó después de que nació su bebé. Esta experiencia, que podría considerarse como exitosa para los prestadores de servicios en salud, no fue vista como tal por Rosalía y su esposo. De modo que como señala Freyermuth (2003), existe una discordancia en la percepción del “éxito terapéutico”, esto entre personal de salud y las usuarias indígenas. Lo que desemboca en que las mujeres no regresen al hospital en busca de atención.

Así, para el nacimiento de su tercer hijo buscó a una partera en la ciudad ¿Por qué Rosalía no acudió al hospital para el siguiente parto? Ella dice que prefería dormir al calor de su cama y en compañía de su esposo e hijas en vez de sola en un lugar frío, como resultó para ella la habitación del hospital.

La alusión al hospital como un lugar frío es uno de los factores que las mujeres esbozaron como determinantes para no acudir a este sitio a la hora del parto.

Carmen tuvo tres hijos, las dos primeras niñas nacieron en su casa de la colonia Emiliano Zapata con ayuda de su suegra, a quien se le reconoce cierto conocimiento en partería aunque no se dedica a ello. Esta mujer se desplazó desde un paraje del municipio cercano de Tenejapa para atender a Carmen.

Carmen había acudido a sus consultas prenatales con una partera reconocida de la ciudad y era su primera opción de atención al parto pero no pudo ser así, debido a que el costo del servicio era inaccesible para ella y su marido, alrededor de diez mil pesos.

---

<sup>42</sup>Entrevista con Rosalía. Col. Prudencio Moscoso. Marzo 2015.

Con esta partera “te dan suero, te tratan bien, te cuidan, pero mejor ya no quisimos porque era mucho dinero, es por eso, es por eso que ya no fuimos”.<sup>43</sup> Así que tuvo a sus dos primeras niñas en casa con su suegra. De ello Carmen comenta:

“como está cerca mi suegra, ya cuando empezó el dolor, ya le avisé. Pero sí lo sentí muy difícil, como era el primero y yo no sabía nada y ya me iban diciendo cómo era [...] Me decía como regañando mi suegra, pero dice que no, que me tenía que decir. Como no sabía de mi primera hijita cómo nacerla, mi mamá nunca me decía nada igual [...] Me hincaron, pero yo no quería hincada, yo como que quería estar acostada, pero me decían, “no es que tienes que hincarte para que puedes así” [...], pero sí me hubiera gustado que me hubieran preguntado “¿Cómo te sientes cómoda?”

Carmen no se sintió cómoda, le hubiera gustado que respetaran su decisión de querer tener a su hija acostada, que salieran todos de la habitación – suegro, papá y cuñadas- y se quedaran sólo su mamá y su esposo, pero nadie le preguntó.

Pese a esta experiencia no tan buena, ésta mujer dio a luz a su segunda hija, de nueva cuenta, en casa con ayuda de su suegra.

Para el nacimiento de su tercer hijo acudió al hospital, debido a que durante su embarazo fue operada del apéndice y su embarazo era considerado de alto riesgo. De no ser por esto, hubiera acudido a su suegra. En este caso se privilegió la red de parentesco del marido ante la imposibilidad de pagar los servicios de la partera a la que Carmen había acudido previamente.

En sus tres embarazos esta mujer acudió con la misma partera para que la sobara y verificara que todo se desarrollaba de manera normal, con esta partera estableció lazos de confianza, mismos que no tuvo con su suegra ni con el personal que la atendió en el hospital durante su último parto. Sin embargo, por motivos económicos -como se ha sugerido anteriormente- no pudo atenderse con esta partera; y al hospital llegó por otros motivos de salud -arriba mencionados- no expresamente para la atención del parto. De modo que este sistema de atención no fue su primera opción.

Elena<sup>44</sup> tuvo cinco hijos, el primero nació con ayuda de una partera en su comunidad, que pertenece al municipio de Palenque, un lugar donde hay clínica pero no hay mejor medicamento, no hay doctor pues. El niño murió a los pocos meses de nacido.

---

<sup>43</sup>Entrevista con Carmen. Col. Emiliano Zapata. Marzo 2015.

<sup>44</sup>Entrevista con Elena Col. La Hormiga. Noviembre 2014. En colaboración con Karina Asunción Gutiérrez de la Licenciatura en Gestión y Autodesarrollo Indígena-UNACH.

Ella nunca supo de qué murió, un día amaneció morado, decidió llevarlo a Palenque, era época de lluvias y fue difícil encontrar transporte. Para cuando llegó al Hospital el bebé había muerto. El médico que la atendió le sugirió regresar a su casa, sus palabras fueron: “dar media vuelta” y a “ver si puede pasar”, era un momento en el que el camino estaba resguardado por militares.

Después se mudó a San Cristóbal donde tuvo dos hijas en casa, la primera de ellas la tuvo prácticamente sola, para cuando su partera llegó la niña ya había nacido y sólo le ayudó para que expulsara la placenta y con el corte del cordón umbilical. En el siguiente parto, la ayudó su mamá quien estaba de visita en San Cristóbal. Elena pensó en llamar una partera, pero su mamá se lo impidió. Debido a que el marido de Elena es profesor bilingüe, pasaba largas jornadas fuera de casa, por lo que estuvo ausente en el nacimiento de una de las hijas. En el segundo parto prefirió esperar afuera, además que la madre de Elena fue quien tomó control de la situación.

En el último de sus embarazos, que fue de gemelos, acudía a las consultas prenatales al IMSS pero se mostraba renuente a este tipo de atención, asistía por insistencia de su marido. Cuando tenía siete meses de gestación acudió a una de estas citas en esta institución, donde le detectaron preeclampsia -presión elevada durante el embarazo-, y ya no la dejaron salir de la clínica, la mandaron a urgencias. “Llego ahí en la urgencia y me dijeron, “quita tu ropa”, “¿pero, por qué lo voy a quitar?” le dije, “no que quítalo, ahorita te vamos a checar”. Este proceso fue largo y tortuoso para ella, puesto que no entendía lo que ocurría.

Los médicos le dijeron “¿Quieres ver tu bebé o quieres que nace muerto? Porque ya está a punto de asfixiar”. Elena advirtió a su marido que no firmara la autorización para que le practicasen la cesárea, pues apenas tenía siete meses de embarazo, al final fue el padre de Elena quien firmó.

Finalmente los gemelos nacieron vía cesárea, a los siete meses, se quedaron en la clínica en una incubadora.

De esta experiencia ella recomienda a sus hijas a ser fuertes y dar la fuerza para tener hijos, y referente a la atención médica dice:

“Los doctores te dicen ábrete, y con tus piernas pa arriba, no es igual que en la casa todavía ¿caso te va a desnudar la partera? ¡No! Te deja hincada hasta te talla, hasta te agarra tu

estómago, hasta deja entrar tu esposo para que te ayude, otros familiares para que te alen; pero te vas en un doctor, nada de tu esposo, sólo están aquí los doctores, hasta te regañan”

En la anterior narración se puede observar cómo esta mujer comparte con la partera la representación o idea de cómo debe ocurrir el parto, mismo que difiere en gran medida del modelo biomédico de atención.

Para estas mujeres las instituciones de salud no fueron su primera opción de atención, sin embargo, terminaron atendiendo sus partos en estos lugares por cuestiones que ponían en riesgo sus vidas y la de sus hijos, de no presentarse estas complicaciones no hubieran asistido a dichas instituciones. O en el caso de Rosalía que buscaba una mejor atención en el hospital, pero no obtuvo satisfacción de esta experiencia, por tanto, volvió a inclinarse por los servicios de una partera.

Durante la investigación también me encontré con mujeres mestizas e indígenas, que a lo largo de su embarazo acudieron a las parteras para que les acomodaran al bebé y les dieran masajes, sin embargo a la hora del parto acudieron al IMSS o al sector privado para su atención. Los motivos que esgrimieron, son el miedo a que se presenten complicaciones durante la labor de parto y la comadrona no pueda llevar a buen fin su trabajo.

Del por qué Irma<sup>45</sup> no atendió su parto con su partera-enfermera, dice: “porque está muy caro la partera y otra porque tenía yo miedo a que no iba a ser parto normal, nadie me dijo que no podía ser normal, sólo yo tenía miedo de que no iba yo a poder tenerlo normal”. Preguntas cómo “¿Qué voy a hacer en caso de una complicación? ¿A dónde me va trasladar la partera? Me va trasladar pero un lugar más caro”; fueron las que movieron a Irma a atender su parto en la Clínica de Campo del IMSS.

#### **5.4 De las motivaciones que las impulsaron a acudir con la partera**

A continuación presento y analizo los datos obtenidos en la investigación de campo, acerca de los diferentes motivos que llevaron a las mujeres a recurrir con una partera para la atención del embarazo y parto.

---

<sup>45</sup> Comunicación personal de Irma Gómez. Abril 2015. Col. Emiliano Zapata.

#### 5.4.1 Las que acudieron con las parteras

Este otro conjunto de mujeres atendieron sus partos en casa con ayuda exclusivamente de una partera a la hora del nacimiento de los hijos. Sólo las más jóvenes, de menos de 35 años, reportaron haber acudido a la realización de ultrasonidos en el sector privado; el resto del control prenatal corrió a cargo de una comadrona.

María<sup>46</sup> es una mujer de tsotsil, de 56 años, originaria de Chenalhó, llegó a vivir a San Cristóbal a los dieciséis años. Tuvo tres hijos en casa con ayuda de una partera chamula, sus partos ocurrieron en el cuarto donde rentaba y sin más compañía que su partera. Dice que las parteras ya no son como antes, a ella su partera le ayudaba a lavar la ropa “ahora ya no quieren hacer nada pero bien que quieren cobrar”.

El motivo que la llevó a buscar una partera es que le da pena que las miren los médicos, que en su mayoría son hombres. Aunado a esto se encuentra el miedo a la cesárea, que es algo muy presente entre las mujeres entrevistadas, como se ilustra a continuación:

“¿Los doctores? ¿Yo? Yo crecí en la comunidad no conozco los doctores. No sé cómo atienden. Si ve que no nace rápido tu criatura, pues solo cuchillo lo aplican rápido, y eso es lo que yo no quiero y yo soy muy penosa. No, no, entonces era eso, pero hasta ya después, yo decidí sí, yo por eso ya tuve que aceptarlo cualquier cosas de unas pruebas de infecciones pues ya... pero antes no era así, no, yo no quería ir [...] como veo que sí, cuando son cesárea tienen que estar muchos tiempos en la cama, atendidas... entonces ¿yo? Si me dan cesárea, ¿quién me va a atender? ¿Quién me va a cuidar en mi casa? Era eso y por eso. Nomás entonces he decidido con parteras, con partera, lo tuve mis tres hijos”

Otra de las mujeres que acudieron con una partera es Margarita, una maestra bilingüe, originaria de Oxchuc, ella vive en San Cristóbal desde los ochos años, actualmente Margarita tiene 45 años y tres hijos.

Esta mujer tiene derecho a los servicios médicos del ISSSTE, debido a su trabajo como profesora, no obstante sus tres partos ocurrieron con el auxilio de una comadrona del centro de la ciudad.

En el nacimiento del primero de sus hijos acudió al ISSSTE pero le dijeron que sus dolores no eran de parto y que tenía que esperar y caminar. La mujer no entraba en labor de parto, por tal motivo los médicos indicaron una cesárea, fue entonces cuando su esposo y

---

<sup>46</sup> Entrevista con María Ruiz. Col. La Hormiga. Enero 2015.

cuñada la sacaron y llevaron con la comadrona que le había llevado el control prenatal. Ahí nació su primer bebé y los siguientes dos, siempre con ayuda de oxitocina.

De los médicos Margarita<sup>47</sup> dice “Doctor cesárea me da, la partera no. La partera nos apoya”. Otro de los factores que motivaron la confianza con su partera es que ésta última había sido capacitada además utilizaba inyecciones y suero, algo a lo que Margarita le atribuye su pronta recuperación.

El pudor como argumento principal móvil para no asistir al hospital y, por otro lado, la confianza y la motivación que se recibe de la partera son factores que impulsan a las preñadas a acudir con ésta.

Así lo comentó Elizabeth, cuyos dos hijos nacieron en casa con la compañía de su familia y de una partera chamula.

“Me da miedo. Los doctores, que no me cuiden bien. Ajá, dicen que cuidan, pero a mí pienso que no, nos dejan solos, solas ahí. En cambio la partera ahí está apoyándonos y dónde te duele, ella es que... la partera sabe dónde duele. Ahí me agarra donde duele y ese es lo que quiero y en cambio los doctores dicen que ahí te dejan tirado ahí [...] no me gusta que me viera, el doctor me da pena”.<sup>48</sup>

Rosa tuvo dos hijos en su hogar, en este caso también buscaron a una partera. El motivo principal es la pena a que otros hombres la miren al momento del parto; además comentó que en el hospital “pasan muchas cosas, que hay veces que algunos doctores que no te cuidan bien, que no te tratan bien. Es que hay, hemos escuchado que hay veces naciendo tu bebé te meten a bañar pero con agua fría, que no sé qué, por eso mismo, sí, más mejor en casa<sup>49</sup>”.

Otro caso es el de Rebeca, quien tuvo a sus dos hijos en casa también con partera. Ella atribuye la elección de este tipo de atención a la costumbre “Así estamos acostumbrados, así es la costumbre de mi esposo<sup>50</sup>”. A lo anterior se suma la pena a que los doctores la vean, en cambio dice “La partera no regaña. También porque si me da pena que esté más gente pueden salir, hasta la partera, y ya cuando siento que va a nacer lo llamo”.

---

<sup>47</sup> Entrevista con Margarita López. Col. Morelos. Abril 2015.

<sup>48</sup> Entrevista con Elizabeth. Col. Emiliano Zapata. Abril 2015.

<sup>49</sup> Entrevista con Rosa. Col. La Hormiga. Marzo 2015.

<sup>50</sup> Entrevista con Rebeca. Col. La Hormiga. Abril 2015.

En este caso, se puede observar que la mujer tiene cierto poder de decidir quiénes pueden estar a la hora del evento, proporcionándole mayor confianza, sin embargo, no en todos los casos sucede de esta manera, como lo señaló Carmen líneas arriba.

Una de las cosas que Rebeca resaltó es la predisposición que deben mostrar las mujeres a parir en casa, ya que si ellas no quieren y por el contrario son presionadas para llevar a cabo el nacimiento con partera, el bebé no nace. Narra otras experiencias de familiares que se quedaron en casa, pero que al final tuvieron que ser trasladadas al hospital. Rebeca, como la mayoría de las mujeres entrevistadas, utiliza métodos anticonceptivos porque ella y su marido no quieren tener más de tres hijos, esto a diferencia de su suegra quien tuvo quince hijos.

Esta mujer considera que se debe a la falta de conocimientos acerca de los métodos de anticoncepción. Como Rebeca encontré a otras mujeres jóvenes que cada vez más prefieren planificar, aunque no les agradan los efectos que los métodos provocan en sus cuerpos, como los cambios bruscos de humor, aumento o pérdida repentina de peso, entre otros.

El caso de Gloria es otro en el que la decisión de acudir a una comadrona está motivada por la tradición y el pudor, dos factores que como hemos visto hasta ahora son los predominantes a la hora de elegir entre la medicina alópata y la tradicional o indígena. Se busca a una partera porque “así es la costumbre”, porque la mamá, la suegra o las hermanas así lo han hecho y el recurso médico alópata es una posibilidad casi reciente para la población de la región así lo evidenció Graciela Freyermuth en un estudio en 1993.

Por otro lado, las mujeres no quieren ser vistas por hombres desconocidos, esta se encuentra directamente relacionado con la atención en los hospitales es un medio predominantemente masculino.

Sin embargo el motivo económico va ganando terreno en las mujeres más jóvenes, ya que al menos tres de las aspiraban a la atención médica en el sector privado, pues se tiene la idea de que al pagar por este servicio la atención será mejor. No obstante, sus limitadas posibilidades económicas no se los permitieron y no vieron al hospital público como una posibilidad, por el temor al maltrato (como se verá más adelante) o a que es un medio predominantemente masculino.



Así la respuesta de Gloria al preguntarle ¿Por qué no acudir al hospital para la atención del parto? fue: “es que en hospital no me gusta. No me gusta porque a veces hay doctores que atienden o, casi, casi son doctores y a mí me da pena con los hombres”.<sup>51</sup>

Gloria fue la única mujer que reportó haber presentado una situación que puso en peligro su vida y la del bebé, fue su primer parto muy prolongado, por lo que su partera utilizó tres dosis de oxitocina, después de varias horas de espera la partera se retiró con la excusa de ir en busca de otras dosis de oxitocina y no volvió. A pesar de esto, no pensaron en acudir al hospital, decidieron ir en busca de otra partera, conocida de la suegra de Gloria.

Uno de los motivos por los que rehusó ir al hospital, lo describe de la siguiente manera “bueno a mí me han comentado en el doctor, que pues en el doctor no atienden bien, que a veces la vagina te raspan, te lastiman dice. Te meten la mano, eso me han comentado”.

Otra de las razones es la cuestión económica, ilustrado en el caso de una de sus cuñadas que acudió a una institución privada “[ellos] fueron al hospital, pagaron hospital, particular. Y ahí me di cuenta que en hospital particular se gasta demasiado. Y la atención del bebé también, pagaron como ocho mil o nueve mil”; esto en comparación con los 500 pesos que esta pareja pagó por cada parto atendido.

La referencia al factor económico fue planteada por al menos tres de las entrevistadas, como Maricela:

“Iría en particular, pero si llegara yo a tener dinero pues, pero y si no, no. Prefiero con partera, del gobierno, no. Sí a menos que como digo, tenga yo complicaciones, ponte que está mal el bebé. Ves que es muy importante también ir a checar pues en doctor antes que nazca, y ve si todo va bien el bebé, si no está muy grande, si no está alguna enfermedad. Entonces si todo bien, va a nacer bien también. Ajá, sí. De hecho si me gustaría pues en un doctor, pero particular...”<sup>52</sup>

Esta mujer fue atendida por su suegro, que es partero y se trasladó de San Cristóbal al municipio de San Andrés Larráinzar para ser atendida por este.

Respecto de las razones que la llevaron a elegir la atención en casa, comentó:

---

<sup>51</sup>Entrevista con Gloria Ruiz. Col. La Florida. Marzo 2015.

<sup>52</sup>Entrevista con Maricela López. Col. Emiliano Zapata. Marzo 2015.

“[En el parto] nos da dolor, mucho dolor en la espalda es, un así, es insoportable el dolor que da. Entonces la partera es algo que agarra la espalda, te agarra pues, para que se va un poco el dolor y ya te ayuda mucho pues. Y sí ella, él (su suegro, partero) me me agarró de mi espalda. No sé cómo lo hacen. Y así, así. Cada vez que viene el dolor pues es cuando doy la fuerza también y el partero ayuda a moverlo. A empujarlo y así nació”

En el momento del parto, estuvieron presentes otras mujeres y su marido, que le ayudó sosteniéndola y dándole fuerza como dice Maricela. Actualmente Maricela se encuentra embarazada y piensa en dar a luz en casa con ayuda, nuevamente, de su suegro, sólo que esta vez ha pedido que sea él quien se traslade a San Cristóbal para atenderla.

Referente a su negativa de acudir a un hospital público para la atención de su parto, Maricela comenta:

“Porque, bueno según dice, pues, de que al llegar ahí a veces no atienden rápido. A veces que te dicen de no que falta, que falta y falta, a caminar, a caminar y a veces es el tiempo otra vez de nazca, entonces me dio miedo ¡Capaz que hacen así pue! No atienden y todo eso, como que no [...] Bueno pues yo dije, “ya si no nace mi bebé, ahí me lleven entonces dije, porque ahí ya también si no nace lo abren, lo, lo... cesárea dan pues. Pero mientras todo bien pue, aaay, le dije mi familia, “ah si no nace, llévenme, ahí que me hacen, ahí que me hagan cesárea” le dije, pero mientras no. Y otra cosa que han dicho pue de que cuando ven pues de que no lo podemos nacer y que estás ahí con dolor, los doctores no tienen paciencia, y te dicen cosas y nos cortan rápido, la parte de la vagina nos cortan rápido...”

Como se puede observar, el miedo a la cesárea es una constante entre estas mujeres, además de las referencias negativas que otros familiares han dado relativo a la atención en hospitales públicos. El temor no es injustificado si consideramos que en 2012 México encabezó la lista de países –para la región de América Latina y el Caribe- con la tasa más alta de cesáreas. Para ese año México presentó una tasa de 39.1 % de cesáreas, seguido por Brasil y República Dominicana con 36.7% y 31.3% respectivamente (Freyermuth y Ochoa, 2015).

Aunado a esto se le suman prácticas médicas que ya son consideradas de rutina como la depilación vaginal y la episiotomía, que incluso la misma OMS ha reconocido que no son necesarias (Liljestrand, 2003), pero que siguen ocurriendo hasta de manera rutinaria en los hospitales.

Respecto de las capacitaciones que actualmente las parteras están recibiendo con más frecuencia, me encontré antes dos opiniones encontradas, presentadas en las palabras de dos mujeres de diferentes edades, como Maricela que dice:

“sí, es que es mejor [que reciban capacitaciones] para que sepa muchas cosas, porque como le digo pues a veces, los que no tienen ese reloj, los que no checan, no, no saben pues, como que no lo saben, pero los que ya saben lo checan por segundo, por minuto. Nos da mucha confianza, unos que traen para pesar el bebé creo también. Algunos traen. Una señora que conozco, se trae su para pesar el bebé.”

En contraparte, María de 55 años, no ve con buenos ojos las capacitaciones y las nuevas prácticas de las parteras, como el uso de guantes, para esta mujer es indicio de la comadrona siente asco, repugnancia por la madre y el recién nacido. Además atribuye a las capacitaciones el hecho que las parteras hayan incrementado sus tarifas en los últimos años y limitado los cuidados que proporciona.

La mayoría de estas mujeres reportó la presencia de familiares en el momento del nacimiento así como la ayuda del marido. Casos como estos han sido reportados en otros estudios de grupos mayenses del estado de Chiapas, entre los tojolabales (Ruz, 1983: 146), en los tsotsiles de Chenalhó (Freyermuth: 2003).

Por otro lado, el nacimiento de un nuevo miembro en la familia es de gran regocijo para los familiares de la parturienta, por lo que después del nacimiento los familiares, es decir, los padres, suegros, hermanas, cuñadas y desde luego, la partera, se reúnen para convivir y dar gracias por el nuevo integrante, esto a pocos días de ocurrido el evento, llegan con tortillas, caldo de pollo, *pox* o refresco.

Las mujeres entrevistadas utilizaron una mezcla de servicios, desde el sector privado para consultas prenatales en el papel de una partera-enfermera o en la realización de ultrasonidos.

Algunas acudieron al hospital público para la atención de al menos uno de sus partos, sin embargo éstos no representan la primera opción de atención a la salud. Entre las mujeres más jóvenes (25-30 años) se tiene la idea de que en los servicios públicos la calidad de atención es deficiente y de mala calidad. Las mujeres de más de 35 años reportaron no haber acudido con el médico movidas por la vergüenza a que un hombre las revisara. En lo que las diez entrevistadas coincidieron fue en el temor a la cesárea.

Por estos motivos las mujeres más jóvenes antes que ir al sector público de atención a la salud prefirieron acudir al sector privado para la realización de ultrasonidos durante el embarazo. No obstante al momento del parto optaron por una partera debido a que sus limitados recursos económicos no les permitieron acceder a otro tipo de atención. se sugiere entonces que entre las mujeres más jóvenes las representaciones están cambiando, pues si a

las mujeres de antaño las movía principalmente la vergüenza para no acudir al sistema alópata de atención, a las mujeres más jóvenes las impulsa el buscar una mejor calidad de atención.

La variable económica, pues la mayoría de las entrevistadas reportó que acuden con más frecuencia con parteras que no tienen una tarifa establecida, son quienes aceptan un pago voluntario, lo que la parturienta y su familia consideren adecuado oscila 200 a 500 pesos.

Además comparan entre lo que cuesta tener una atención más personalizada en hospitales privados y lo que pueden obtener a menor costo en sus casas y con parteras; como en el caso de Maricela y Gloria, mujeres que al final decidieron atenderse en su casa y con parteras a las que además les unía un lazo parental por el lado de sus maridos.

Las entrevistas revelaron la supervivencia de diferentes formas de explicar y tratar la enfermedad que difieren de la ciencia occidental, como sugiere Fitzpatrick (20: 1990) y así han apuntado diversos estudios antropológicos para el caso de los grupos mayenses de Chiapas (Freyermuth, 2003; Page, 2010; Ruz: 1983; Holland, 1978), quienes además cuenta con terapeutas propios para la atención de la salud-enfermedad.

Dicho factor media la conducta de las gestantes y sus familiares, cuando por ejemplo, deciden no acudir al hospital por considerarlo un lugar frío y todo lo que se relaciona con este, como la comida, que chocan con su noción de cuerpo. Para ellas lo frío representa algo malo que incluso puede traer consecuencias negativas para su recuperación o el desarrollo de sus vástagos.

Sin embargo, con la partera se comparte la misma lengua así como la noción del cuerpo, por lo que la partera procurara elementos calientes para la atención de la mujer, es por ello también que se busca a una partera de la misma etnia.

Sumado a esto se encuentra la posibilidad de estar acompañadas por sus familiares más cercanos, como esposo, madre, suegra, cuñadas y hermanas. En varias de las entrevistas las mujeres refirieron que al menos otras cuatro personas estuvieron presentes en la habitación donde estaba ocurriendo el parto, proporcionándole así mayor comodidad y confianza. Como se puede observar, las mujeres se sienten más cómodas y en confianza si están acompañadas por familiares

El pudor interviene, si se toma en cuenta que este evento incluye partes íntimas de la mujer que nadie más puede mirar incluso la comadrona, que sigue atendiendo sobre la vestimenta de la mujer. Es por ello que la atención del embarazo y parto entre los tsotsiles y tseltales recae principalmente en las mujeres, y sólo hombres con figura de autoridad en la familia, como esposo, padre o suegro de la parturienta pueden presenciar el nacimiento,

Se puede apreciar también que, para estas mujeres las instituciones públicas de salud no representaron una opción de atención al embarazo y parto, debido a la deficiente calidad de la atención, presente en las largas horas de espera para una consulta prenatal, la atención no personalizada. Debido también a que la comida que proporcionan en los hospitales choca con la que las mujeres tsotsiles y tseltales están acostumbradas, sobre todo en el puerperio. Para estas mujeres hay una representación de lo que se debe y no se debe comer durante este período, alimentos considerados como fríos deben ser evitados, en cambio, el caldo de gallina de rancho o el pozol son considerados como benéficos, estos últimos alimentos no son permitidos en los hospitales.

A esto se suma que el personal médico no proporciona información apropiada acerca de los procedimientos y en el lenguaje apropiado para que las pacientes puedan comprenderlas, como en el caso de Elena, quien fue sometida a una cesárea por diagnosticársele preeclampsia, pero que el proceso fue traumático porque nadie le explicó de qué se trataba este padecimiento y de su gravedad.

La mayor medicalización se hace cada vez más recurrente en las cesáreas, este es otro de los aspectos que alejan a las mujeres de los hospitales.

Por otro lado, las parteras se presentan como una alternativa de atención en el proceso de embarazo y parto y en ocasiones el puerperio.

## Conclusiones

La realización de este trabajo de investigación me permitió reconocer y presentar aquí las diferentes formas de ser y de ejercer la partería en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Desde la partera enfermera que ha desarrollado cursos en ésta última área; la partera empírica que tuvo que aprender por necesidad el oficio de partear; hasta la partera que recibió su mandato por la vía onírica pero que tiene escaso o nulo contacto con las instituciones de salud.

Las cuatro parteras, cuyas historias se presentan en este documento, tienen en común el antecedente de la partería en su familia, conocimiento que les fue transmitido de abuelas, madres o tías, y que actualmente tienen como trabajo la atención de la mujer en la etapa reproductiva. De las hipótesis que se presentaron al principio, pude corroborar que efectivamente desde el Sector Salud se ha excluido a las parteras como una opción de atención a la salud, ya que desde dichas instituciones existe una fuerte tendencia hacia el desplazamiento y control de la práctica en el marco de los programas enfocados en la reducción de las Muertes Maternas. Lo anterior, sin considerar que el Sector Salud aún dista mucho de poder cubrir las necesidades y expectativas de poblaciones rurales o urbano marginales, como es el caso de las mujeres a las que alude este estudio.

Se prefiere entonces, que las parteras funjan como el puente entre el sector salud y las gestantes. Se les encomiendan tareas de acompañamiento en el período prenatal, incluso son las encargadas de dar pláticas acerca de métodos anticonceptivos. A pesar de las múltiples responsabilidades que le son conferidas, no hay un programa que trabaje de cerca con estas mujeres, que tome en cuenta sus necesidades como parteras. Mismas que pueden ir desde material para el ejercicio de su práctica, el reconocimiento de su actividad por parte de los médicos, hasta el respeto a su espacio de trabajo (en el caso del Área de Medicina Tradicional del Hospital de Las Culturas).

Pese a las vicisitudes de su labor, las parteras representan una opción de atención durante el embarazo, parto y cada vez menos en el posparto para las mujeres pobres de la ciudad, que buscan una atención más personalizada a la hora de parir. A esto se le suma que este tipo de atención la mayoría de las veces es domiciliaria a un precio accesible.

Las parteras también permiten la presencia y ayuda de más familiares durante el nacimiento, quien puede ser el marido, que en ocasiones es el encargado de sostener a la

mujer en labor de parto, esto mientras la comadrona recibe al bebé. Otra de las bondades del parto domiciliario, según las entrevistadas, es que al final pueden dormir en su cama en compañía de su familia.

De las parteras, las mujeres comentaron:

“La partera está pendiente donde vas, te hace de caminar”

“¿caso te va a desnudar la partera? ¡No! Te deja hincada, hasta te talla, hasta te agarra tu estómago, hasta deja entrar tu esposo para que te ayude...”

Y es que la llegada de un nuevo integrante al grupo familiar, es un acontecimiento que no atañe únicamente a los padres, sino al resto de la familia.

Se establece también un lazo de confianza entre la partera, la mujer y los familiares de ésta última, ya que la partera visita a la mujer embarazada desde los primeros meses de gestación, las visitas son domiciliarias, contrario a las largas horas de espera en un hospital público o a los altos costos que representa acudir al sector privado de atención a la salud. Un cambio importante es, la cada vez más frecuente, ausencia de la partera en el período del puerperio, ya que anteriormente se quedaba varios días al lado de la mujer recién parida, supliéndola en actividades como el cuidado de los hijos, en la elaboración de la comida e incluso lavaba la ropa.

Durante las entrevistas pude percatarme que, aunque las mujeres no lo expresaron de manera textual, buscan un trato digno, traducido en que nos las dejen largas horas en una sala de espera, que no las regañen, que les dejen estar acompañadas al momento del parto, y comer después de ocurrido este. Las situaciones antes descritas son las representaciones que las mujeres tienen de un hospital público, estas son derivadas de experiencias previas, tanto de ellas como de familiares cercanos.

Sin embargo, no todas las experiencias con parteras son gratas, representado en el caso de la mujer que fue abandonada por la comadrona a la hora del parto. De modo que la denominada violencia obstétrica o falta de respeto en el parto no es exclusivo de los hospitales públicos o privados.

El acercarme al proceso reproductivo de mujeres tsotsiles y tseltales de la periferia de San Cristóbal y de cómo ellas viven este período, así como a las ideas y prácticas que intervienen al momento de elegir un tipo de atención -en este caso, los servicios de una partera para atender el control prenatal y el parto- me permitió esbozar las principales

razones por las que las mujeres rehúsan acudir a los servicios públicos de salud y se inclinan por los servicios de una partera.

Uno de los motivos es el temor a la cesárea y a la episiotomía, prácticas de uso corriente en el modelo biomédico; dichos procedimientos no los realizan las parteras por lo que incentivan la confianza de las usuarias. Así lo especificaron María y Margarita:

“Si ve [el médico] que no nace rápido tu criatura, pues solo cuchillo lo aplican rápido, y eso es lo que yo no quiero”

“Doctor cesárea me da, la partera no. La partera nos apoya.”

Maricela argumentó:

“Los doctores no tienen paciencia, y te dicen cosas y nos cortan rápido, la parte de la vagina nos cortan rápido...”

Otro de los factores que alejan a las mujeres de las unidades de salud es que se presenta como un medio predominantemente masculino. De esto, Gloria y Elizabeth expresaron:

“casi son doctores [en el hospital] y a mí me da pena con los hombres”

“no me gusta que me viera el doctor, me da pena”

A esto se le suman las barreras conceptuales y de creencias en el tratamiento durante este período. Así lo han sugerido diversos estudios como el de Freyermuth (2014, 2003), Weidner (2007), Luna (2013) entre otros. Cuando hablo de barreras conceptuales me refiero a que la forma de entender la enfermedad entre los tsotsiles y tseltales difiere de la occidental, y que esta diferencia deriva en formas distintas de tratarlas. Así que las prácticas y la infraestructura de los hospitales (basadas en la manera occidental de entender y atender) se contraponen al modelo de cuidado al que las mujeres mayas de Los Altos de Chiapas se encuentran más apegadas. Como el parir hincadas al calor de sus hogares y no en la frialdad y soledad de un hospital.

Otro de los principales hallazgos de esta investigación, es el cambio en las representaciones entre dos generaciones de mujeres, ya que entre las mujeres de más edad predomina la idea de que en el modelo biomédico la atención es proporcionada principalmente por hombres, esta situación les infunde temor y vergüenza.

Mientras que las representaciones y prácticas en torno a la forma de atender el proceso reproductivo de las mujeres más jóvenes están cambiando, pues a nivel de



pensamiento se cree que la atención médica privada es mejor que en el sector público e incluso mejor que una partera, sobre estas mujeres pesa la limitante económica. Puesto que la mayoría de ellas se emplea en el sector de servicios en la ciudad o como revendedoras de artesanías y cuyos ingresos no les permiten acudir al sector privado donde ellas piensan que podrían tener una mejor calidad de atención. Estas mujeres se encuentran ante la disyuntiva de acudir a la medicina alópata o a su propio sistema médico de atención representado por la figura de una partera. Así estos cambios en sus representaciones no se ven reflejados en la práctica, influido principalmente por motivos económicos que no les permite acceder al modelo privado de atención.

Así, a lo largo de este texto se van trazando algunas de las más trascendentales limitaciones que el sector de servicios públicos de salud presenta en el área materna e infantil. Mismas que deben ser atendidas si lo que se busca es mejorar la calidad de la atención a favor de las mujeres.

## Referencias bibliográficas

Abric, J. (2001). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Jean-Claude Abric. *Prácticas sociales y representaciones*. México. pp. 11-32.

Ángulo, J. (2003). Procesos de población y organización social en comunidades indígenas de San Cristóbal. *Anuario de Estudios Indígenas*, IX. IEI-UNACH. San Cristóbal de Las Casas. pp. 63-81.

Akrich, M. (2000). ¿Un modelo único de desarrollo para la obstetricia mexicana? *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 15, No. 2 (44) 455-464. <http://www.jstor.org/stable/40315040> [5 de diciembre 2014]

Alarcón, M. Á., Sepúlveda, J. & Alarcón, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2) 188-195. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19522250201> [12 de diciembre 2014]

Argüello, H. y Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? Evolución de los discursos de los organismos internacionales en los últimos 20 años. Borrador.

Argüello, H. y Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? Evolución de los discursos de los organismos internacionales en los últimos 20 años. *LiminaR. Estudio sociales y humanísticos*. XII (2). <http://liminar.cesmecha.mx/index.php/r1/article/view/339> [15 de julio 2014]

Barría, V. (2007) *Parteras profesionales en México: las nuevas herederas de una antigua tradición*. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de México.

Berrio, L. (2015). Partería, estrategia para atender salud sexual y reproductiva. <http://www.expresszacatecas.com/sociedad/22515-parteria-estrategia-para-atender-salud-sexual-y-reproductiva> [30 de mayo 2015]

Birn, A. (2006). Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico. En Argüello, H. y Mateo, A. (2014).

Bissel, S. (2009). La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación del movimiento. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia. (Coords). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS. Pp. 23.36.

Cantoral, A. Y Nazar, A (2004). La muerte Materna en Chiapas. La atención al parto y puerperio. En *ECOfronteras*. (22). p. 33-38.

Carrillo, A. (1998). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. <http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/carrilloparterastituladas.pdf>, [18 de agosto 2014]

Castañeda, X. (1992). Embarazo, parto y puerperio: Conceptos y prácticas en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). (2009). Estrategia integral para Acelerar la Reducción de la Muerte Materna en México [http://www.omm.org.mx/images/estrategia\\_cnegsr.pdf](http://www.omm.org.mx/images/estrategia_cnegsr.pdf) [30 de septiembre 2015]

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica (CEIEG). Regiones socioeconómicas. <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx>. [22 de enero de 201]

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2012). Informe de pobreza en México 2012. [http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012\\_131025.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf). [28 de mayo 2015]

Cordero, L. (2010). La iniciación y el don de las parteras totonacas de Huehuetla, Sierra Norte de Puebla. En Antonella Fagetti. *Iniciaciones, trances, sueños: investigaciones sobre el chamanismo en México*. México: Plaza y Valdés. pp. 149-168.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DGIS (2014). Sectorial. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_recursos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos.html) 15 de septiembre de 2015.

DGIS (2014) parteras. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cernac\\_sinac2014.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cernac_sinac2014.html). 12 de septiembre 2015.

Elú, M. (2000). Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en México. En Freyermuth, G. y Manca, C (Coords). *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la maternidad*. México: ACASAC. pp. 13-17.

Estermann, J. (2010). Interculturalidad. Vivir la diversidad. La paz: Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología.

Federici, S. (2006). *Calibán y la bruja. Mujeres cuerpo y acumulación primitiva*. Madrid: Editorial Traficante de sueños. <http://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>, [14 de mayo 2014]

Fernández, E. (2007). Tres testimonios del control y desplazamiento de las comadronas en España (siglos XIII al XVII). En *Revista Canadiense de Estudios Hispánicos* (32). <http://www.jstor.org/stable/27764177> [5 de diciembre 2015]

Fernández Galán, M. y Rodríguez, A. (2014) ¿Aprender tsotsil? Experiencia con niños de una primaria urbana en San Cristóbal. *Entrediversidades*. Núm. 3. pp. 85-127. [http://www.entrediversidades.unach.mx/num\\_a/num3/art\\_3.html](http://www.entrediversidades.unach.mx/num_a/num3/art_3.html)[05 de mayo 2015]

Fitzpatrick. R. (1990). La enfermedad como experiencia. En Fitzpatrick. et.al. *Conceptos comunes de enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Freyermuth, G, Cadena B., Micaela, I. (1989). En *México Indígena*, núm. 3. Instituto Nacional Indigenista-Centro de Investigaciones Cultural y Científica A.C. México. pp. 39-41.

Freyermuth, G. (1993). *Médicos tradicionales y Médicos Alópatas. Un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas*. México: CIESAS.

Freyermuth, G. (2003). *Mujeres de Humo, morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS, INMUJERES, Comité por una Maternidad sin Riesgos.

Freyermuth, G. (2000). *Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, (Tesis doctoral) Universidad Nacional Autónoma de México.

Freyermuth, G. y Argüello, H. (2014). Viejos y nuevos rumbos de la partería. Artículo en dictaminación.

Freyermuth, G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la presentación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. *LiminaR. Estudio sociales y humanísticos*. XII (2). <http://liminar.cesmecca.mx/index.php/r1/article/view/339> [13 de septiembre 2015]

Freyermuth, G. y Ochoa, P. (2015). De la cesárea terapéutica a la electiva. Efectos de la medicalización en Chiapas. Artículo en dictaminación.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2013). Violencia obstétrica. En GIRE. *Omisión e indiferencia, derechos reproductivos en México*. pp. 119-147 [https://www.gire.org.mx/publicaciones/libros/omision\\_indiferencia.pdf](https://www.gire.org.mx/publicaciones/libros/omision_indiferencia.pdf). [25 marzo 2015]

Gómez, M. (2005). *J-iloletik médicos tradicionales de Los Altos de Chiapas*. Tuxtla Gtz. CELALI-Gobierno del Estado de Chiapas.

Guiteras, C. (1965). *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tsotsil*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gutiérrez, N. (20014). Padecen violencia obstétrica cuatro de cada 5 indígenas: experta de la UNAM. <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/10/politica/004n1pol>, [15 de febrero 2015]

Holland, W. (1978). *Medicina maya en Los Altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=07> [20 de mayo 2014].

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. [http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet\\_ResultadosNacionales14Nov.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf) [24 de septiembre 2014].

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Sergei Moscovici. *Psicología social, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós. pp. 469-494.

Kolodin. et.al. (2015). Asuntos de familia. Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica. Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6954/Asuntos-de-familia-Estudio-cualitativo-sobre-las-redes-sociales-durante-el-embarazo-y-parto-en-mesoamerica-Chiapas-Mexico-Guatemala-Panama-Honduras-y-Nicaragua.pdf?sequence=1> [25 de agosto de 2015]

Lawn, J. Tinker, A, Mujanja, S. Y Simon Cousens. (2006)¿Dónde está la salud materno infantil ahora? En *The Lancet*. 28 de septiembre 2006. DOI 10.1016/S0140-6736(06)69385-9. pp 17-33

Liljestrand J. (2003). Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.[http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/2nd\\_stage/jlcom/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/)[27 de enero de 2016]

Luna. J. (2013). *Género y la atención a la salud que brinda OSECAPIACH a las mujeres en Nuevo Yibeljoj y Majumut, municipio de Chenalhó* (Tesis de licenciatura para obtener el Título de Licenciada en Gestión y Autodesarrollo Indígena. Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Mendoza, Z. (2005). ¿Dónde quedó el árbol de las placentas? Transformación en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la ciudad de México. En *Salud colectiva* 1(002). pp. 225-236. <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=73110206>[13 de marzo 2014]

Méndez, H. (2010). El papel de la partera indígena durante la maternidad en el ejido Nuevo Paraíso, Municipio de Yajalón, Chiapas. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, IV (7) 71-83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>, [11 febrero 2013]

Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) (2014). Iniciativas nacionales. Programas en marcha. [04 de noviembre 2014].

Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). (1989). *Memorias del cuarto encuentro de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). (2008). *Meiletik ti jayimschamik té alajel. "Mortalidad Materna"*. Boletín número 19. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2005). Objetivo 5: mejorar la salud materna. Recuperado de: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>. [10 de abril 2014]

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Asistentes de partería cualificados. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/skilled\\_birth/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/es/), [10 de abril 2014]

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Mortalidad Materna. Datos y cifras. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>, [05 de noviembre 2015]

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1966). *Comité de expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia a la madre*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto. Suiza. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf) [27 de marzo 2015]

Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México. CIESAS: INI: INAH.

Ortega, J., Hoil, J y Lendechy, A. (1999) (Vol. 2). Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco. En Esperanza Tuñón (Coord.), *Género y salud en el sureste de México*. México: Ecosur, UNFPA, CONAPO. pp. 423-445

Page (2010). *Puesta su flor en el altar. Una mirada a la etnomedicina en Oxchuc, Chiapas a partir de los j-poxhawanej organizados*. México: UNAM.

Page, T. (2005). *El mandato de los dioses: medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó*. México: UNAM.

Page, T. (2002). *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas. 1857-1995*. México: UNAM, UNACH.

Parra, P. (1991). La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud. En *Estudios demográficos y urbanos* 6 (1). pp. 69-88. <http://www.jstor.org/stable/40368380?origin=JSTOR-pdf> [5 de diciembre 2014]

Pérezgrovas, R. (1996). Los borregos sagrados de las pastoras tzotziles. Ayer, hoy y mañana de los estudios etnoveterinarios en Chiapas. En *Anuario de Estudios indígenas*. IV. México. pp. 285-306.

Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Chiapas/Todos%20los%20Municipios/wo95198.pdf> [12 de abril 2015]

Quezada, N. (1977). Creencias tradicionales sobre embarazo y parto. En *Anales de Antropología*. XV pp. 307-326.

Reyes, M. (2009). *Mujeres, parteras y anticonceptivos: Construcción del conocimiento médico local entre indígenas migrantes en San Cristóbal de Las Casas*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Ruiz, J (1996). Los primeros pobladores de Nich'ix, la colonia La Hormiga. En *Anuario de Estudios indígenas*. IV. México. pp. 11-24

Rus, J. (2009). "La nueva ciudad maya en el valle de Jovel: de una nueva indianidad urbana en las zonas periféricas tzotziles y tzeltales de San Cristóbal de las Casas", en Estrada, Marco (editor), *Chiapas, después de la tormenta: estudios sobre economía, sociedad y política*. México: El Colegio de México, pp. 169-220

Ruz, M (1990). (Vol. 3). Médicos y Loktores. Enfermedad y cultura en dos comunidades tojolabales. En Mario Ruz (Ed). *Los legítimos hombres. Una aproximación antropológica al grupo tojolabal*. México: UNAM. pp. 143-194

Secretaría de Salud (2012). Censo Nacional de Parteras Tradicionales de la SSA, 2012.

Secretaría de Salud. (s/f). Suman 13 casas maternas para mejorar salud materno-infantil. <http://salud.chiapas.gob.mx/noticias/suman-13-casas-maternas-para-mejorar-salud-materno-infantil/> [18 de Febrero 2015]

Semanario Mirada Sur (2013). Mujeres parteras: sin reconocimiento a su labor y olvidadas por el gobierno. <http://miradasur.com/index.php/noticias/3-newsflash/1360-en-octubre-cumbre-mundial-de-turismo-y-festival-cervantino-barroco> [13 de diciembre 2013]

Sistema Nacional de Información Municipal. Ficha básica municipal. <http://www.snim.rami.gob.mx/> [24 de Febrero 2015]

Fuente: Instituto Nacional para el Federalismo y desarrollo Municipal (SNIM). Municipios en cifras. <http://www.snim.rami.gob.mx/>. Fecha de consulta: 24 de Febrero 2015.

Starrs, A. (2006) Iniciativa por una maternidad sin riesgo: 20 años y más. *The Lancet*. 28 de septiembre 2006. DOI 10.1016/S0140-6736(06)69385-9. pp. 1-4

Soledad, S. (2013). De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. En *Nómadas*, (37) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18127803015>[15 de diciembre 2014]

Sullivan, K. (1995), Reestructuración rural-urbana entre los indígenas de Los Altos de Chiapas, México. En *La Explosión de Comunidades en Chiapas*. Copenhague, IWGIA. pp. 69-95.

Tibaduiza, Y. L., Sánchez, G. & Eroza, E. (2011). ¿Y a mí quién me cura? Terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 25(42) 84-101. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55722568003> [15 de mayo 2015]

UNFPA (2002). Sistema de Aprendizaje a Distancia Sobre Cuestiones de Población. Curso 6. Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso. Italia.

Universidad de la República (UDELAR). Nuestra historia. Escuela de parteras, Facultad de Medicina. Uruguay. <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/nuestra-historia> [15 de mayo 2015]

Uriburu, G. (2006). Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? En Salud e interculturalidad en América Latina. En Gerardo Fernández. *Salud e interculturalidad en América Latina* [Libro en versión electrónica] Recuperado de [http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/ag\\_saludinterculturalidad.pdf](http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/ag_saludinterculturalidad.pdf) p.173-186[15 de diciembre 2015]

Weidner, J. (2007). Mortalidad Materna- Conceptos culturales, recursos y herramientas utilizadas por parteras tradicionales indígenas de Chiapas.

Viesca, C. (1986). *Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas*. México: Panorama editorial.



## Anexos

### Entrevistas, mujeres

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>No de hijos</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Fecha de entrevista</b>
María	56	Unión libre	3	La Hormiga	ene-15
Gloria	30	Casada	2	La Florida	mar-15
Elizabeth	30	Unión libre	2	Emiliano Zapata	abr-15
Maricela	28	Unión libre	1	Emiliano Zapata	mar-15
Rosa	35	Unión libre	2	La Hormiga	mar-15
Rebeca	25	Casada	2	La Hormiga	abr-15
Carmen	28	Casada	3	Emiliano Zapata	mar-15
Margarita	45	Casada	3	Morelos	abr-15
Rosalía	30	Casada	3	Prudencio Moscoso	mar-15
Elena	44	Casada	4	La Hormiga	nov-14

### Personal de Salud

<b>Nombre</b>	<b>Lugar de trabajo</b>	<b>Fecha de entrevista</b>
Ofelia Martínez	Hospital de la Mujer	7 de abril 2015
Norma Salazar	Centro de Salud Los Pinos	7 de junio 2015
Francisco Encinos	Jurisdicción Sanitaria II	27 de mayo 2015
Carolina Herrada	Casa de La Partera	16 de febrero 2015
Dolores Fernández	Maternidad San Juan Chamula	24 de enero 2015
Filiberto Gómez	Centro de Salud Zona Norte	5 de octubre 2015
Erika Flores	Casa Materna Larráinzar	13 de Enero 2015
Eduardo Jiménez	Encargado de Posada para mujeres gestantes. San Cristóbal de Las Casas	Junio 2015

Organizaciones No Gubernamentales

<b>Organización</b>	<b>Fecha</b>
Formación y Capacitación A.C (FOCA)	15 de junio 2015
Global Pediatric Alliance (GPA)	30 de junio 2015
Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH)	Octubre 2015